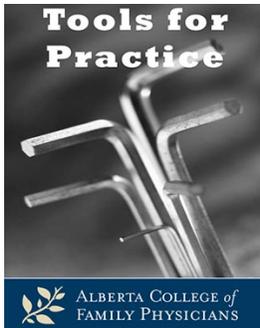


**Tools for Practice** est fièrement soutenu par l'Alberta College of Family Physicians (ACFP). L'ACFP est un organisme professionnel bénévole qui représente en Alberta plus de 4 400 médecins de famille, résidents en médecine familiale et étudiants en médecine. Établi il y a plus de soixante ans, l'ACFP s'efforce d'atteindre l'excellence en médecine familiale grâce à des activités de sensibilisation, à la formation médicale continue et à la recherche en soins primaires. [www.acfp.ca](http://www.acfp.ca)

21 novembre 2016



## **Le chocolat : un aliment aussi savoureux peut-il être bon pour la santé?**

**Question clinique : La consommation de chocolat est-elle bénéfique pour certains problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires?**

**Conclusion : Il ressort d'études de cohortes que l'on peut attribuer au chocolat une petite diminution des maladies cardiovasculaires, voire aucune. Il n'y a pas suffisamment de données probantes pour recommander la consommation de chocolat afin d'améliorer la santé. Les changements dans les marqueurs de substitution sont minimes et ils ne sont peut-être pas fiables. Par ailleurs, il semble que le chocolat augmente les lésions acnéiques chez les sujets réceptifs.**

### **Données probantes**

- Six revues systématiques<sup>1-6</sup> ayant chacune porté sur cinq à neuf études d'observation (surtout des études de cohortes prospectives) menées auprès de 75 408 à 157 809 adultes. Comparaison entre une consommation élevée, une consommation faible et aucune consommation de chocolat, après 8 à 16 ans :
  - Maladie cardiovasculaire : risque relatif (RR) de 0,63 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 0,44-0,90)<sup>1</sup>.
  - Infarctus du myocarde et angine de poitrine : RR de 0,90 (IC à 95 %, 0,82-0,97)<sup>3</sup>.
  - Accident vasculaire cérébral : RR de 0,81 (IC à 95 %, 0,73-0,90)<sup>4</sup>.
  - Insuffisance cardiaque (hospitalisation ou décès) : RR de 0,81 (IC à 95 %, 0,66-1,01)<sup>5</sup>.
  - Problèmes : la mortalité globale n'est pas déclarée, les résultats d'études individuelles varient considérablement<sup>1,2,5</sup> et on fait une piètre évaluation des biais possibles<sup>2-6</sup>.
    - Les études ne sont pas randomisées, et par conséquent, les groupes sont déséquilibrés : les personnes qui mangent du chocolat sont généralement plus jeunes, ont un faible IMC, sont actives, etc. (personnes en bonne santé)<sup>2,4,5</sup>. Même si les chercheurs tiennent compte de ces facteurs, les adaptations faites sont sous-optimales.
    - Aucune précision n'est donnée quant au type de chocolat consommé (chocolat noir ou chocolat au lait)<sup>1-5</sup>, mais il est possible qu'il s'agisse de chocolat au lait dans environ 90 % des cas<sup>4</sup>.

- La mesure de la consommation variait considérablement, mais la consommation la plus élevée était souvent supérieure à 50 grammes par semaine, soit au moins une à deux portions par semaine<sup>1-5</sup>.
- Facteurs de risque cardiovasculaire :
  - Pression artérielle (PA) : selon trois revues systématiques (de 10 à 20 essais cliniques randomisés [ECR] menés auprès de 297 à 856 patients)<sup>7-9</sup> :
    - Réduction statistiquement significative de la PA systolique (de 2,8 à 4,5 mm Hg) et de la PA diastolique (de 2,0 à 2,7 mm Hg)<sup>7-9</sup>.
    - Plus faible réduction de la pression artérielle (PA) si le sujet est normotensif, s'il a été étudié plus longtemps ou si le comparateur comprenait un produit dérivé du cacao (p. ex. chocolat noir ou chocolat au lait)<sup>7</sup>.
  - Lipides : selon deux revues systématiques (de 8 à 10 ECR menés auprès de 215 à 320 patients)<sup>10,11</sup> :
    - Réduction de 0,15 mmole/L des LDL, mais aucune différence statistique dans les autres paramètres lipidiques.
  - Problèmes : études de courte durée (4,4 semaines en moyenne)<sup>7</sup>, écarts considérables dans les résultats de la PA à l'étude<sup>7</sup>.
- Effets indésirables chez 5 % des personnes ayant consommé du chocolat contre 1 % des membres des groupes témoins (affections gastro-intestinales, dégoût, maux de tête, agitation, mais les chiffres sont peu élevés)<sup>7</sup>.

### Contexte

- Le chocolat noir contient de 50 à 85 % de cacao, contre 20 à 30 % pour le chocolat au lait<sup>7</sup>.
  - Le cacao contient des flavanols, une source proposée, mais non éprouvée, de bienfaits pour la santé.
- Liens avec d'autres problèmes de santé :
  - Dépression : aucune évaluation clinique à l'appui<sup>12</sup>.
  - Migraine : aucune association fiable<sup>13</sup>.
  - Acné : selon deux ECR menés auprès de 13 et de 54 patients acnéiques, on note une augmentation de quatre à cinq lésions acnéiques de deux à trois jours après la consommation de chocolat<sup>14,15</sup>.
- Des études d'observation laissent entendre qu'on attribue à la consommation de chocolat un risque plus faible de surpoids/d'obésité, malgré un biais confusionnel probable<sup>16</sup>.

### Auteurs

G. Michael Allan, M.D., CCMF, Mary Anne Zupancic, M.Sc.

### Divulgestion

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à divulguer.

### Références

1. Buitrago-Lopez A, Sanderson J, Johnson L, *et al*, *BMJ*, 2011; 343:d4488.
2. Kwok CS, Boekholdt SM, Lentjes MA, *et al*, *Heart*, 2015; 101(16):1279-1287.
3. Larsson SC, Åkesson A, Gigante B, *et al*, *Heart*, 2016; 102(13):1017-1022.
4. Larsson SC, Virtamo J, Wolk A, *Neurology*, 2012; 79(12):1223-1229.
5. Kwok CS, Loke YK, Welch AA, *et al*, *Nutr Metab Cardiovasc Dis*, 2016; 26(8):722-734.
6. Khawaja O, Gaziano JM, Djoussé L, *Curr Atheroscler Rep*, 2011; 13(6):447-52.
7. Ried K, Sullivan TR, Fakler P, *et al*, *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; (8):CD008893 (résumé scientifique en français).
8. Desch S, Schmidt J, Kobler D, *et al*, *Am J Hypertens*, 2010; 23(1):97-103.
9. Ried K, Sullivan T, Fakler P, *et al*, *BMC Med*, 2010; 8:39.

10. Tokede OA, Gaziano JM, Djoussé L, Eur J Clin Nutr, 2011; 65(8):879-886.
11. Jia L, Liu X, Bai YY, *et al*, Am J Clin Nutr, 2010; 92(1):218-225.
12. Scholey A, Owen L, Nutr Rev, 2013; 71(10):665-681.
13. Lippi G, Mattiuzzi C, Cervellin G, Acta Biomed, 2014; 85:216-221.
14. Caperton C, Block S, Viera M, *et al*, J Clin Aesthet Dermatol, 2014; 7:19-23.
15. Delost GR, Delost ME, Lloyd J, J Am Acad Dermatol, 2016; 75:220-222.
16. Gasser CE, Mensah FK, Russell M, *et al*, Am J Clin Nutr, 2016; 103:1344-1356.

**Tools for Practice** est un article bimensuel qui résume des données médicales probantes portant surtout sur des questions d'actualité et de l'information destinée à modifier la pratique. L'article est coordonné par G. Michael Allan, M.D., CCMF, et le contenu est rédigé par des médecins de famille praticiens auxquels se joint à l'occasion un professionnel de la santé d'une autre spécialité médicale ou d'une autre discipline de la santé. Chaque article est évalué par les pairs, ce qui garantit le respect de normes élevées de qualité, d'exactitude et d'intégrité scientifique. Si vous n'êtes pas membre de l'ACFP et que vous souhaitez recevoir les articles par courriel, veuillez vous abonner à la liste de distribution, à l'adresse <http://bit.ly/signupfortfp>. Vous pouvez consulter les articles archivés sur le site Web de l'ACFP.

Les opinions exprimées dans la présente communication sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement le point de vue et la politique de l'Alberta College of Family Physicians.