

# REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

7 mai 2025

917

## MÉDECINE DE FAMILLE

### SANTÉ MENTALE POUR TOUTES ET TOUS

Approches non pharmacologiques  
en santé mentale

Collaboration entre médecins de  
famille et psychiatres

Personnes âgées: isolement et santé  
mentale

Soutenir la santé mentale des futurs  
médecins

Santé mentale des médecins de famille

Santé mentale et soins primaires

Décarboner notre système de santé

Tendinite calcifiante rétropharyngée

Orthodéoxie et platypnée

Volume 21, 937-996

ISSN 1660-9379 (Imprimé)

ISSN 3042-6782 (En ligne)

**M.H**  
MÉDECINE & HYGIÈNE

**RMS**

**SMSR**  
SOCIÉTÉ MÉDICALE  
DE LA SUISSE ROMANDE



# Condrosulf®

Le beurre **et** l'argent du beurre en cas d'arthrose!



Aussi efficace que le célécoxib **et** très bien toléré.<sup>1,2</sup>

[www.condrosulf.swiss](http://www.condrosulf.swiss)



- Au moins 6 mois de thérapie selon la version actualisée de l'information professionnelle.<sup>2</sup>
- Thérapie médicamenteuse de 1<sup>ère</sup> ligne et de base dans l'algorithme thérapeutique de l'ESCEO pour le traitement de la gonarthrose.<sup>3</sup>
- Indiqué pour toutes les articulations.<sup>2</sup>
- 1 fois par jour.<sup>2</sup>
- Principe actif (sulfate de chondroïtine) de structure moléculaire unique.<sup>4,5</sup>

1. Relatif à la réduction de la douleur après 6 mois ainsi que relatif à l'amélioration de la fonction après 3 et 6 mois. Reginster JY, Dudler J, Blicharski T, et al. Pharmaceutical-grade chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CElecoxib versus Placebo Trial (CONCEPT). *Ann Rheum Dis* 2017; 76(9): 1537-1543. 2. [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) – pas d'effets indésirables graves ou irréversibles connus. 3. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2019; 49(3): 337-350. 4. Restaino OF, Finamore R, Stellavato A, et al. European chondroitin sulfate and glucosamine food supplements: A systematic quality and quantity assessment compared to pharmaceuticals. *Carbohydr Polym* 2019; 222: 114984. doi: 10.1016/j.carbpol.2019.114984. Epub 2019 Jun 20. 5. Stellavato A, Restaino OF, Vassallo V, et al. Comparative analyses of pharmaceuticals or food supplements containing chondroitin sulfate: Are their bioactivities equivalent? *Adv Ther* 2019; 36(11): 3221-3237. – Les professionnels peuvent demander les références à IBSA – Dernière mise à jour de l'annonce : 05.2023.

C: chondroitini sulfas natriicus. I: traitement symptomatique de l'ostéoarthrose. P: 800 mg/j. pour au moins 6 mois. CI: intolérance à la substance active. EI: légers troubles gastro-intestinaux, rarement allergies. INT: aucune connue. PR: comprimés de 800 mg: 30\*/90\*; granulé en sachets de 800 mg: 30\*/90\*; comprimés de 400 mg: 60\*/180\*; granulé en sachet de 400 mg: 60\*/180\*; capsules de 400 mg: 60\*/180\*. Liste B. \*Admis par les caisses-maladie. Pour de plus amples informations, veuillez consulter [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).



## MÉDECINE DE FAMILLE

- 939 **ÉDITORIAL** Santé mentale pour toutes et tous.  
*H. Maisonneuve, N. T. Tran, N. Senn  
et D. M. Haller*
- 942 Approches non pharmacologiques en santé  
mentale pour le médecin de famille. *N. T. Tran,  
F. Jermann, H. Maisonneuve et M. Coen*
- 947 Communauté de pratique: collaborer entre  
médecins de famille et psychiatres.  
*H. Maisonneuve, P.-Y. Sarron, S. De Lucia  
et A. Senchyna*
- 952 Isolement, santé mentale et personnes  
âgées: expérience interprofessionnelle.  
*I. Gérard, S. Velho et J. Sommer*
- 957 Soutenir la santé mentale des futurs  
médecins: pistes de réflexion. *M.-A. Pham,  
P. Bochet, F. Jermann, D. M. Haller et C. Piguet*
- 964 Et si l'on s'intéressait aussi à la santé  
mentale des médecins de famille? *C. Cohidon  
et N. T. Tran*
- 968 Santé mentale et soins primaires: quoi de  
neuf dans la littérature en 2025? *C. Cohidon,  
N. Senn et N. T. Tran*
- 975 Promotion de la santé en soins primaires:  
enseignements du 6<sup>e</sup> symposium du Groupe  
francophone de soins primaires. *T. Van Durme,  
C. Cohidon, H. Jamart, G. Layani, A. Ramond-  
Roquin, N. Senn, L. Van Maele et M. Breton*

941 Résumés des articles

980 QCM d'autoévaluation

### SANTÉ DE DEMAIN

982 Santé-environnement. Comment décarboner  
notre système de santé: le cas du canton  
de Genève. *B. Mermillod, R. Tornare, N. Ray  
et A. Flahault*

### ORL

987 Tendinite calcifiante rétropharyngée: une  
maladie peu connue. *N. Tabouring, G. Defrance  
et J. Ombelli*

### EXAMEN CLINIQUE

990 C'est bon signe. Orthodéoxie et platypnée:  
des signes rares à ne pas manquer. *O. Lovey,  
N. Garin et A. Geiser-Hirschler*

### TRIBUNE

993 Personnel médical en détention arbitraire:  
torture et maltraitance. *N. Tebib*

### ACTUALITÉ

994 **Lu pour vous.** Risque de neuropathie  
optique ischémique chez les utilisateurs  
de sémaglutide. *G. Grandmaison*

994 **Carte blanche.** Scientophobie. *B. Schaad*

### CORTEX

996 Réinventer le soin des addictions  
comportementales: la médecine centrée  
sur la personne. *S. Achab*

## Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Gravière 16 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

### ÉDITION

Médecine et Hygiène,  
société coopérative;  
www.medhyg.ch  
Président du Conseil d'administration:  
Dr Bertrand Kiefer  
Directeur: Michael Balavoine  
Directrice adjointe: Marion Favier

### RÉDACTION

Rédacteurs-trices en chef: Pre Carole  
Clair (Unisanté), Dre Melissa  
Dominicé Dao (HUG), Dre Sanae  
Mazouri (Centre Médical Terre-Bonne),  
Pr Omar Kherad (Hôpital de la Tour)

et Pr Nicolas Senn (Unisanté)  
Rédacteur en chef adjoint:  
Dr Pierre-Alain Plan  
Secrétaires de rédaction:  
Chantal Lavanchy (resp.) et  
Joanna Szymanski  
E-mail: redaction@revmed.ch  
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)  
Tél. publicité: 022 702 93 41  
E-mail: pub@medhyg.ch  
Responsable web: Marion Favier  
E-mail: webmaster@revmed.ch  
Préresse: Frédéric Michiels  
Impression: AVD Goldach AG

### ABONNEMENTS RMS

Tél.: 022 702 93 11  
E-mail: abonnement@revmed.ch  
**Suisse:** Papier + numérique: CHF 250.-  
100% numérique: CHF 170.-;  
Étudiants: 100% numérique  
(sur justificatif): CHF 80.-  
**Étranger:** Papier + numérique: 290 €  
100% numérique: 150 €  
Étudiant: 100% numérique  
(sur justificatif): 75 €  
**Institutions:** Contactez  
marketing@medhyg.ch ou appelez le  
+41 22 702 93 41 afin d'obtenir une  
offre sur mesure.

Organe officiel de la Société médicale  
de la Suisse romande (www.smsr.ch)  
Revue officielle de la Société suisse  
de médecine interne générale  
La Revue Médicale Suisse bénéficie  
d'un soutien de la FMH (Fédération  
des médecins suisses)

### Indexée dans:

- MEDLINE/PubMed
  - EMBASE/Excerpta Medica
  - EMCare
  - Scopus
- Médecine et Hygiène édite aussi  
le site de santé grand public:  
www.planetesante.ch

# Imaginer les soins primaires de demain

Sous la direction de  
Nicolas Senn

Yann Bourguell  
Mylaine Breton  
Christine Cohidon  
Hector Falcoff  
Monique Ferguson  
Catherine Hudon  
Jean Macq  
Thérèse Van Durme



**RMS**  
EDITIONS  
**GFSP**  
Groupe Francophone  
de Soins Primaires

16,5 x 23,5 cm  
376 pages  
Version papier: 39 CHF, 39 €  
PDF en libre accès avec le soutien du FNS  
ISBN: 9782880495374  
© 2025

## IMAGINER LES SOINS PRIMAIRES DE DEMAIN

Alors que les soins primaires devraient être le pivot de tout système de santé, nous observons dans les pays occidentaux un déficit encore important de leur déploiement. Les causes en sont multiples: prépondérance d'une médecine technologique centrée sur l'hôpital et les soins aigus, manque de culture de santé publique des professionnel·les, déficits structureaux et de gouvernance des systèmes de santé ou encore manque de volonté politique... Ce livre coécrit par plus de quarante chercheur·euses et professionnel·les de santé issus de toute la francophonie, en association avec le Groupe francophone de soins primaires, fait le bilan de cinquante ans «d'histoire du futur des soins primaires» et propose de nouvelles voies pour la recherche sur les services de santé et pour les pratiques professionnelles. Le cœur de l'ouvrage est articulé autour des six enjeux majeurs pour les soins primaires que sont les dimensions sociale, environnementale et politique de la santé, la santé mentale, la résilience et l'intégration des services de santé.

## COMMANDE



Je commande:

\_\_\_ ex. de **IMAGINER LES SOINS PRIMAIRES DE DEMAIN**

CHF 39.-/39 €

Port offert pour la Suisse; autres pays: 5 €

**En ligne:** [www.revmed.ch/livres](http://www.revmed.ch/livres)

**e-mail:** [commande@medhyg.ch](mailto:commande@medhyg.ch)

**tél:** +41 22 702 93 11

**ou retourner ce coupon à:**

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....  
.....  
.....

Date et signature

.....

Je désire une facture



Articles publiés  
sous la direction de

#### HUBERT MAISONNEUVE

Institut universitaire  
de médecine de  
famille et de  
l'enfance, Université  
de Genève

#### NGUYEN TOAN TRAN ET NICOLAS SENN

Département de  
médecine de famille,  
Unisanté, Université  
de Lausanne

#### DAGMAR M. HALLER

Institut universitaire  
de médecine de  
famille et de  
l'enfance, Université  
de Genève

# Santé mentale pour toutes et tous

Dr HUBERT MAISONNEUVE, Pr NGUYEN TOAN TRAN, Pr NICOLAS SENN et Pre DAGMAR M. HALLER

Rev Med Suisse 2025; 21: 939-40 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.917.47288

Dominique a 25 ans. Étudiante en 5<sup>e</sup> année de médecine, elle évolue en milieu clinique depuis bientôt deux ans. Elle a débuté son stage dans la maison de santé où je travaille début mars 2025. À la fin de sa 2<sup>e</sup> journée, quand je l'invite à partager son expérience, elle me regarde, les yeux pleins d'enthousiasme, mais aussi avec une pointe d'inquiétude: elle me livre qu'elle a l'impression de redécouvrir ce qu'est la médecine. Je l'encourage à approfondir. Elle évoque l'intérêt de l'approche globale en médecine de famille, et l'impression vive que, pour la première fois, de vraies personnes existent derrière les pathologies, là où son regard se focalisait jusqu'ici sur des signes cliniques. Après toutes ces années d'étude, elle est impressionnée par la prévalence des troubles de santé mentale, mais surtout, par leur intrication fine avec d'autres pathologies, l'ensemble des défis sous-tendus par leur prise en compte et les émotions – parfois enrichissantes, parfois éprouvantes – qu'elle a ressenties durant ces deux jours.

L'expérience de Dominique, par son regard neuf sur la réalité de la médecine de famille, met en lumière des réalités bien connues des médecins de famille. Accueillir des étudiant-e-s en cabinet est une source d'échanges enrichissants, une opportunité unique qui nous pousse à réfléchir sur notre pratique. Dominique nous rappelle aussi que l'exposition au milieu clinique sollicite intensément les étudiant-e-s. Investir dans des ressources adaptées, notamment en soutenant un accompagnement de qualité, est indispensable pour les aider à traverser cette période sans compromettre leur propre santé mentale. Enfin, son témoignage illustre que les préoccupations en matière de santé mentale sont omniprésentes dans le quotidien des médecins de famille. Par santé mentale, on entend un

état de bien-être global, c'est-à-dire émotionnel, social, physique, spirituel et économique. Cet état permet à chacun de réaliser son potentiel, d'affronter les aléas de la vie, d'être productif dans son travail et de contribuer à sa communauté.<sup>1</sup>

Cette définition illustre pourquoi la prise en charge des troubles de la santé mentale est complexe et constitue souvent une source de difficultés.<sup>2,3</sup> Elle mobilise en effet l'ensemble

des compétences du médecin de famille, y compris le travail en réseau. L'approche holistique de la médecine de famille doit pouvoir proposer une intégration de la santé mentale et physique des patients. Malheureusement,

comme souligné par nos collègues psychiatres et confirmé par une étude auprès de médecins en formation postgraduée, les médecins de famille manquent d'outils pour réaliser cette intégration. De plus, les conditions structurelles de l'organisation des services de santé ne favorisent pas l'interprofessionnalité de proximité, par exemple la présence, sur un même lieu, de médecins et infirmier-ère-s en santé mentale.<sup>4</sup>

Contrairement aux psychiatres, peu de médecins de famille ont été formés à prendre soin de leur propre santé mentale. Or, cette aptitude est essentielle pour accueillir les émotions et questionnements de nos patients. Dès la première année de médecine, les étudiant-e-s de plusieurs facultés suisses subissent encore une pression intense, exacerbée par le (de facto) *numerus clausus*. Ce climat compétitif engendre un stress considérable, compromettant dès le départ leur santé mentale et façonnant une culture où le déni de souffrance psychologique est trop souvent synonyme de résilience. Dès l'entrée en médecine – et tout au long du parcours, du

**L'EXPOSITION AU  
MILIEU CLINIQUE  
SOLLICITE  
INTENSÉMENT LES  
ÉTUDIANT-E-S**

#### Bibliographie

1  
– World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Mar 26]. Available from: [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response)

2  
– Plessen KJ, et al. Investir dans la santé mentale, cela vaut la peine ! Rev Med Suisse. 2024;20(887):1635-6

3  
– Senchyna A, et al. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract 2020;21(1):156

4  
– Kaiser S, et al. Le rôle des médecins généralistes dans les soins de santé mentale. Rev Med Suisse. 2023;19(842):1683-4

postgrade à la formation continue – il est crucial de favoriser une approche plus équilibrée et humaine. Cela aiderait les futur-e-s médecins à être mieux outillé-e-s pour exercer leur profession, et à la vivre avec davantage d'ouverture, tant envers eux-mêmes qu'envers les autres.

Ces transformations s'inscrivent dans le temps et nécessiteront une mise en place progressive. En attendant, nous pouvons, par exemple, nous appuyer sur les nouveaux modèles de soins et promouvoir des exemples de dispositifs concrets, susceptibles de relever les défis posés par la prise en soins de ces situations au quotidien. Le travail en interprofessionnalité dans les maisons de santé, ainsi que les différentes modalités de collabora-

tion entre médecins de famille et psychiatres constituent des pistes prometteuses. Ces dispositifs permettent d'améliorer la prise en charge des patients, soutenir leur maintien à domicile, renforcer les compétences des professionnels de la médecine de famille et, in fine, améliorer leur qualité de vie au travail.

L'enjeu est de soutenir tous ces processus de manière dynamique. Il s'agit non seulement de garantir des soins de qualité à nos patients, mais aussi d'accompagner les nouvelles générations de médecins pour que des jeunes collègues comme Dominique vivent cette expérience comme fondatrice et stimulante, plutôt que comme une source de découragement face à leur avenir professionnel.

# Résumés

Rev Med Suisse 2025; 21: 964-7

## Et si l'on s'intéressait aussi à la santé mentale des médecins de famille?

C. Cohidon et N. T. Tran

**L**a préservation du bien-être des professionnels fait partie des objectifs de tout système de santé qui se veut durable. Dans ce domaine, les médecins de famille présentent des risques élevés d'atteinte à leur santé mentale, en partie dus à une charge de travail et à un niveau de stress élevés. Une des difficultés concerne la mesure objective du mal-être. Le Physician Well-Being Index a été développé en ce sens et a montré des qualités prédictives intéressantes. La question de la santé mentale des professionnels de soins primaires doit aussi être replacée dans la perspective du contexte actuel de transformation des modèles organisationnels. Si ces évolutions sont présentées comme des réponses à la surcharge des médecins de famille, les rares études disponibles ne vont pas toujours dans le sens d'une amélioration de leur bien-être.

Rev Med Suisse 2025; 21: 947-51

## Communauté de pratique: collaborer entre médecins de famille et psychiatres

H. Maisonneuve, P.-Y. Sarron, S. De Lucia et A. Senchyna

**L**es troubles de santé mentale touchent 13% de la population mondiale. Leur prise en charge est majoritairement ambulatoire. En Suisse, 8% de la population a reçu des soins en santé mentale en 2022. En médecine de famille, répondre aux besoins de santé mentale est souvent difficile, avec de nombreuses barrières décrites dans la littérature. Le Barriers to Depression Care Questionnaire est un questionnaire développé pour identifier ces barrières. La difficulté la plus fréquemment retrouvée dans nos populations concerne la collaboration entre médecins de famille et spécialistes en psychiatrie. Cet article propose des solutions, parmi lesquelles la constitution d'une communauté de pratique entre médecins de famille et psychiatres.

Rev Med Suisse 2025; 21: 942-6

## Approches non pharmacologiques en santé mentale pour le médecin de famille

N. T. Tran, F. Jermann, H. Maisonneuve et M. Coen

**C**et article présente des exemples d'approches non pharmacologiques en santé mentale, notamment la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie, la pleine conscience, l'autohypnose, la relaxation, les remèdes traditionnels, l'activité physique et le contact avec la nature. L'article fournit aussi une synthèse des compétences et des ressources pratiques pour enrichir la boîte à outils des médecins, ouvrant la voie à une médecine préventive et durable. Alignées avec l'approche holistique de la médecine de famille, ces interventions renforcent l'autonomie du patient et offrent des alternatives ou des compléments aux traitements psychotropes classiques. La formation médicale, tant initiale que continue, doit intégrer ces stratégies pour répondre efficacement aux besoins croissants en santé mentale de la population.

Rev Med Suisse 2025; 21: 957-61

## Soutenir la santé mentale des futurs médecins: pistes de réflexion

M.-A. Pham, P. Bochet, F. Jermann, D. M. Haller et C. Piguet

**L**es difficultés de santé mentale sont fréquentes chez les étudiants, et en particulier chez les étudiants en médecine. Ces derniers souffrent de niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression et de burnout que la population du même âge. Ce domaine de recherche en pleine expansion offre quelques pistes de compréhension des facteurs individuels et systémiques. Malgré un niveau de preuve encore faible, la littérature internationale suggère des axes d'amélioration à intégrer dans le curriculum afin de soutenir la santé mentale des étudiants. Nous résumons ici les principales données disponibles à ce jour, ainsi que l'état des lieux actuel à Genève et les perspectives futures.

Rev Med Suisse 2025; 21: 968-74

## Santé mentale et soins primaires: quoi de neuf dans la littérature en 2025?

C. Cohidon, N. Senn et N. T. Tran

**L**a prise en charge de patients souffrant de symptômes psychiques est courante pour les médecins de famille. En matière de dépistage, de nombreux outils validés existent. Les plus utiles sont dérivés du Patient Health Questionnaire (syndromes anxio-dépressifs) et du Patient Stress Questionnaire (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise pour les problèmes d'alcool et General Anxiety Disorder Questionnaire pour les troubles anxieux). Dans un objectif d'amélioration de la prise en charge de ces patients, une meilleure intégration des soins somatiques et psychiques est recherchée. Plusieurs options sont possibles et l'évaluation de leur impact est encourageante: intégration de professionnels de santé mentale dans les structures de soins primaires et, inversement, intégration de professionnels de soins primaires dans les structures communautaires de santé mentale.

Rev Med Suisse 2025; 21: 952-6

## Isolement, santé mentale et personnes âgées: expérience interprofessionnelle

I. Gérard, S. Velho et J. Sommer

**A**vec une population vieillissante et une prévalence d'isolement social croissante dans nos contrées occidentales, le risque d'atteinte à la santé mentale des personnes âgées devient un point d'attention particulier en médecine de premier recours. Nous relatons dans cet article un exemple de prise en charge interprofessionnelle, conforme aux recommandations, pour garder cette tranche de la population à domicile dans des conditions décentes aussi longtemps que possible.

# Approches non pharmacologiques en santé mentale pour le médecin de famille

Pr NGUYEN TOAN TRAN<sup>a,b</sup>, FRANÇOISE JERMANN<sup>c</sup>, Dr HUBERT MAISONNEUVE<sup>d</sup> et Dr MATTEO COEN<sup>e,f</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 942-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47196

Cet article présente des exemples d'approches non pharmacologiques en santé mentale, notamment la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie, la pleine conscience, l'autohypnose, la relaxation, les remèdes traditionnels, l'activité physique et le contact avec la nature. L'article fournit aussi une synthèse des compétences et des ressources pratiques pour enrichir la boîte à outils des médecins, ouvrant la voie à une médecine préventive et durable. Alignées avec l'approche holistique de la médecine de famille, ces interventions renforcent l'autonomie du patient et offrent des alternatives ou des compléments aux traitements psychotropes classiques. La formation médicale, tant initiale que continue, doit intégrer ces stratégies pour répondre efficacement aux besoins croissants en santé mentale de la population.

## Non-pharmacological approaches in mental health for general practitioners

*This article presents examples of non-pharmacological approaches in mental health, including cognitive behavioral therapy for insomnia, mindfulness, self-hypnosis, relaxation, traditional remedies, physical activity, and contact with nature. The article also provides a synthesis of skills and practical resources to enrich the physicians' therapeutic toolbox, paving the way for preventive and sustainable medicine. In keeping with the holistic approach of family medicine, these interventions strengthen patient autonomy and offer alternatives or complements to conventional psychotropic treatments. Both undergraduate and continuing medical education must integrate these approaches to effectively address the growing mental health needs of the population.*

## COMPÉTENCES DES MÉDECINS DE FAMILLE

Les médecins de famille (MF) sont en première ligne pour identifier et prendre en charge les patients présentant des troubles de santé mentale, que ce soit par des conseils, des interventions psychosociales brèves en cabinet (counseling), la réorientation, la prescription de psychotropes ou encore la coordination des soins spécialisés.<sup>1</sup> Les approches non

pharmacologiques en santé mentale (ANPSM) sont de plus en plus reconnues pour leur efficacité sur les symptômes courants, tels que le stress, l'anxiété ou la dépression mineure.<sup>2</sup> Ces approches incluent par exemple des techniques de communication interpersonnelle empathique ou des interventions basées sur la pleine conscience, constituant ainsi une boîte à outils précieuse pour les MF.<sup>3</sup> Faisant aussi partie des outils utilisés au quotidien par les MF, les mesures hygiéno-diététiques, comme l'activité physique régulière et une alimentation équilibrée (riche en fruits, légumes, noix, légumineuses, œufs, poisson, volaille et produits laitiers, et modérée en viande rouge), sont associées à une amélioration de la santé mentale, notamment des symptômes courants tels que la dépression ou l'anxiété.<sup>4,5</sup>

Les ANPSM s'alignent avec l'approche holistique de la médecine de famille, mettant l'accent sur la prévention, l'autonomisation et l'autosoins, y compris auprès des populations défavorisées.<sup>6</sup> Dans cette optique, l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a établi des recommandations pour développer les compétences des MF en matière d'ANPSM.<sup>7</sup> Celles-ci englobent l'écoute active et les compétences interpersonnelles, l'évaluation psychosociale, la psychoéducation, l'enseignement de techniques d'autosoins, l'intégration des principes d'activation comportementale, le soutien à l'usage de traitements psychologiques en ligne et l'autonomisation dans la résolution de problèmes (tableau 1).<sup>7</sup>

## EXEMPLES D'APPROCHES NON PHARMACOLOGIQUES EN SANTÉ MENTALE

La section suivante présente quelques exemples d'ANPSM, regroupées en deux catégories:

- ANPSM structurées, nécessitant une compétence spécifique du médecin ou du soignant: thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I), pleine conscience et autohypnose médicale;
- ANPSM axées sur l'autosoins, impliquant une pratique individuelle avec ou sans accompagnement: techniques de relaxation, utilisation de remèdes de grand-mère et pratiques favorisant le bien-être par l'activité physique et le contact avec la nature (par exemple, jardinage, promenade, soins aux animaux, actions sur l'environnement).

Ces stratégies illustrent l'éventail d'options qui peuvent s'adapter aux profils motivationnels des patients souffrant de troubles de santé mentale. Le tableau 2 offre d'autres exemples de ressources pour approfondir les connaissances et les pratiques en la matière.

<sup>a</sup>Département de médecine de famille, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>The Australian Centre for Public and Population Health Research (ACPPHR), Faculty of Health, University of Technology Sydney, 235 Jones St, Ultimo NSW 2007 (PO Box 123), Australie, <sup>c</sup>Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>d</sup>Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève, <sup>e</sup>Service de médecine interne générale, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>f</sup>Unité de développement et de recherche en éducation médicale, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4

nguyen-toan.tran@unisante.ch | francoise.jermann@hug.ch  
hubert.maisonneuve@unige.ch | matteo.coen@hug.ch

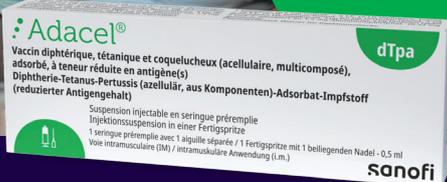
# Tout est affaire de préparation. Il en va de même en matière de santé.

Avec les vaccinations de rappel Adacel<sup>®</sup>, incluant 5 antigènes coquelucheux, vos patient·e·s sont bien protégé·e·s contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (et la polio) dans leurs activités en famille et à chaque phase de leur vie.<sup>1-3</sup>



Adacel<sup>®</sup>  
(dTpa)\*

Adacel<sup>®</sup>-Polio  
(dTpa-IPV)\*



\* Vaccination de rappel pour enfants, adolescents et adultes (autorisée dès 4 ans).  
Les images ne correspondent pas à l'original.

**Références:** 1. Information professionnelle d'Adacel<sup>®</sup>, mise à jour de l'information: janvier 2024. Voir sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). 2. Information professionnelle d'Adacel<sup>®</sup>-Polio, mise à jour de l'information: février 2024. Voir sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). 3. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2024, sous: [www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderungund-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischerimpfplan.html](http://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderungund-praevention/impfungen-prophylaxe/schweizerischerimpfplan.html), mise à jour de l'information: 17.01.2024. Les professionnels peuvent demander les références à l'entreprise.

**ADACEL<sup>®</sup>. PA:** anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique, antigènes coquelucheux acellulaires (anatoxine coquelucheuse, hémagglutinine filamenteuse, pertactine, fimbriae de types 2 et 3). **I:** Immunisation active de rappel contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche à partir du 4<sup>e</sup> anniversaire conformément aux recommandations vaccinales nationales officielles. En cas de blessure avec risque de tétanos, à titre de prophylaxie antitétanique. **PO:** Une injection (0,5 ml) par voie intramusculaire, de préférence dans le muscle deltoïde. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants du vaccin ou à des substances résiduelles issues de la fabrication, encéphalopathie dans les 7 jours suivant une vaccination antérieure contre la coqueluche, maladie fébrile aiguë. Évaluation soigneuse du rapport bénéfice/risque en cas de syndrome de Guillain-Barré apparu dans les 6 semaines suivant l'administration antérieure d'un vaccin contenant de l'anatoxine tétanique. **PR:** Peut être administré aux femmes enceintes au deuxième ou troisième trimestre de la grossesse conformément aux recommandations vaccinales officielles. Ne peut être administré par injection intravasculaire, intradermique ou sous-cutanée. Une syncope (évanouissement) peut survenir. **IA:** L'immunogénicité peut être réduite chez les patients sous traitement immunosuppresseur ou immunodéprimés. **EI:** Douleurs, érythème, gonflement au site d'injection, fatigue/asthénie, sensation de malaise général, frissons, fièvre, anorexie, nausées, vomissements, diarrhée, maux de tête, éruption cutanée, douleurs musculaires généralisées ou faiblesse musculaire, arthralgie ou tuméfaction articulaire. **PO:** 0,5 ml de suspension injectable en seringue préremplie avec une aiguille. Tailles d'emballage de 1 ou 10. Seringues préremplies. **CR:** B. **Titulaire de l'autorisation:** sanofi-aventis (suisse) sa, 1214 Vernier/GE. **Mise à jour des informations:** janvier 2024. Pour de plus amples informations, voir l'information professionnelle sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Consulter l'information professionnelle Adacel sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch) pour de plus amples informations.

**ADACEL-POLIO. PA:** anatoxine diphtérique, anatoxine tétanique, antigènes coquelucheux acellulaires (anatoxine coquelucheuse, hémagglutinine filamenteuse, pertactine, fimbriae types 2 et 3) et poliovirus (inactivés) types 1, 2 et 3. **I:** Vaccination de rappel contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche et la poliomyélite à partir du 4<sup>e</sup> anniversaire conformément aux recommandations vaccinales nationales officielles. En cas de blessure avec risque de tétanos, à titre de prophylaxie antitétanique. **PO:** Une injection (0,5 ml) par voie intramusculaire, de préférence dans le muscle deltoïde. **CI:** Hypersensibilité à l'un des excipients du vaccin ou à l'un des résidus du processus de fabrication. Encéphalopathie dans les 7 jours suivant une administration antérieure d'un vaccin contre la coqueluche, maladie fébrile aiguë. Évaluation soigneuse du rapport bénéfice/risque en cas de syndrome de Guillain-Barré apparu dans les 6 semaines suivant l'administration antérieure d'un vaccin contenant de l'anatoxine tétanique. **PR:** Peut être administré aux femmes enceintes au deuxième ou troisième trimestre de la grossesse conformément aux recommandations vaccinales officielles. Ne pas administrer par injection intravasculaire, intradermique ou sous-cutanée. Une syncope (évanouissement) peut survenir. **IA:** L'immunogénicité du vaccin peut être réduite chez les patients sous traitement immunosuppresseur ou chez les personnes immunodéprimées. **EI:** Douleurs, tuméfaction, érythème, hématome, dermatite, prurit au site d'injection, fièvre, frissons, fatigue/asthénie, irritabilité, céphalées, nausées, vomissements, diarrhée, éruption cutanée, arthralgie/gonflement articulaire, myalgie. **PO:** 0,5 ml de suspension injectable en seringue préremplie avec une aiguille. Tailles d'emballage 1 ou 10 seringues préremplies. **CR:** B. **Titulaire de l'autorisation:** sanofi-aventis (suisse) sa, 1214 Vernier/GE. **Mise à jour des informations:** février 2024. Pour de plus amples informations, voir l'information professionnelle sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch)

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour de plus amples informations, consulter l'information professionnelle Adacel Polio sur [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

: Adacel<sup>®</sup> .: Adacel<sup>®</sup>-Polio

sanofi-aventis (suisse) sa, Route de Montfleury 3, 1214 Vernier  
Tél.: +41 (0)58 440 21 00, [www.sanofi.ch](http://www.sanofi.ch)

sanofi

**TABLEAU 1**

**Synthèse des compétences pour développer des ANPSM**

ANPSM: approches non pharmacologiques en santé mentale; BATHE: Background, Affect, Trouble, Handling, Empathy.

Catégorie de compétences	Compétences clés
<b>Écoute active et compétences interpersonnelles</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Langage corporel attentif: expressions faciales, contact visuel, gestes montrant l'engagement et l'intérêt</li> <li>Techniques d'écoute: questions ouvertes, silences attentifs, réponses facilitantes, prise en compte des indices</li> <li>Techniques réflexives: reformuler, résumer ou répéter pour clarifier et refléter les sentiments</li> </ul>
<b>Évaluation psychosociale</b>	Utilisation de techniques, telles que BATHE, pour explorer la situation psychosociale du patient: <ul style="list-style-type: none"> <li>Background (contexte): «Que se passe-t-il dans votre vie?»</li> <li>Affect: «Comment cela vous fait-il vous sentir?»</li> <li>Trouble: «Qu'est-ce qui vous dérange le plus?»</li> <li>Handling (gestion): «Comment gérez-vous cela?»</li> <li>Empathy: exprimer la compréhension et instiller de l'espoir</li> </ul>
<b>Psychoéducation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Expliquer les troubles tels que la dépression et l'anxiété</li> <li>Expliquer le cycle du sommeil et ses effets sur la santé mentale</li> <li>Donner des instructions sur l'hygiène du sommeil</li> </ul>
<b>Enseignement de techniques de relaxation et de gestion du stress</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseigner des exercices de respiration lente</li> <li>Enseigner la relaxation musculaire progressive</li> <li>Promouvoir et soutenir la pratique de la relaxation guidée, de la méditation ou d'interventions basées sur la pleine conscience</li> </ul>
<b>Intégration des principes d'activation comportementale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Co-construire un plan d'activités centré sur le patient</li> <li>Encourager la participation à des activités agréables et valorisantes</li> <li>Promouvoir l'activité physique et le soutien social</li> </ul>
<b>Soutien à l'usage de traitements psychologiques en ligne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter l'utilisation de thérapies psychologiques guidées en ligne, telles que la thérapie cognitivo-comportementale sur internet</li> </ul>
<b>Autonomisation des patients dans la résolution de problèmes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identifier des problèmes spécifiques liés aux symptômes</li> <li>Fixer des objectifs réalisables</li> <li>Aider à brainstormer des solutions et à peser leurs avantages et inconvénients</li> <li>Encourager la mise en œuvre d'un plan réaliste et l'évaluation des résultats</li> </ul>

(D'après réf.7).

**Thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie**

L'insomnie chronique est un motif fréquent de consultation en médecine générale et est souvent traitée par la prescription d'hypnotiques. Cependant, les recommandations cliniques internationales, dont celles de la European Sleep Research Society, identifient la TCC-I comme le traitement de première ligne.<sup>8</sup> Basée sur des preuves solides, la TCC-I vise à modifier les pensées et les comportements qui maintiennent l'insomnie. Elle repose sur plusieurs stratégies, dont la restriction du temps passé au lit, le contrôle du stimulus, la restructuration cognitive et l'hygiène du sommeil. Cette approche a démontré une efficacité durable, contrairement aux traitements médicamenteux qui peuvent induire une dépendance et une accoutumance à long terme.<sup>9</sup>

**Pleine conscience**

La pleine conscience (mindfulness) consiste à porter attention à l'instant présent, sans jugement. Les pratiques méditatives cultivent cette pleine conscience. Dans les années 1980, aux

**TABLEAU 2**

**Ressources pour approfondir les pratiques en ANPSM**

ANPSM: approche non pharmacologique en santé mentale; MBSR: Mindfulness-Based Stress Reduction; TCC: thérapie cognitivo-comportementale; TCC-I: thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie.

Guides d'autosoins	
Ressources d'autosoins	Fiches d'éducation psychologique et outils d'autosoins pour les troubles mentaux fréquents   Portail Santé Montréal
Dépression et grossesse	<a href="http://www.sfu.ca/content/dam/sfu/carmha/ressources/ppmd/DepressionWorkbookFinalFR_14JL23.pdf">www.sfu.ca/content/dam/sfu/carmha/ressources/ppmd/DepressionWorkbookFinalFR_14JL23.pdf</a>
Insomnie	Travail de nuit: formations.ceams-carsm.ca/travailleurs_de_nuits/
Méditation de pleine conscience	
Guides et enregistrements audios	Site francophone sur la pleine conscience (mindfulness) en psychothérapie: <a href="https://mindfulness.cps-emotions.be/materiel-adulte.php">https://mindfulness.cps-emotions.be/materiel-adulte.php</a> Dr Ngo, TCC Montréal: <a href="http://www.dropbox.com/scl/fo/ihouapqoivjjaat19c44wr/AF4nW1tXXDG8Xw0G-KYimCQ?e=2&amp;oref=e&amp;rlkey=nd512sqdtslmsubgevipjs6qf">www.dropbox.com/scl/fo/ihouapqoivjjaat19c44wr/AF4nW1tXXDG8Xw0G-KYimCQ?e=2&amp;oref=e&amp;rlkey=nd512sqdtslmsubgevipjs6qf</a> Dr Goulet, TCC Montréal: <a href="http://www.dropbox.com/scl/fo/4y1eb1jd3vnmlsmmht8/AAk2tgZMiOhbLnkjKLY8E?e=2&amp;n=189990228&amp;rlkey=jrykazp490x01mffkyv31eb54">www.dropbox.com/scl/fo/4y1eb1jd3vnmlsmmht8/AAk2tgZMiOhbLnkjKLY8E?e=2&amp;n=189990228&amp;rlkey=jrykazp490x01mffkyv31eb54</a> Autres ressources: <a href="https://tccmontreal.com/mbct/">https://tccmontreal.com/mbct/</a> Programme MBSR gratuit (en anglais): <a href="https://palouse-mindfulness.com/index.html">https://palouse-mindfulness.com/index.html</a>
Formation, guides et manuels	
Hypnose	En Suisse romande, l'Institut romand d'hypnose suisse, qui organise un curriculum en français pour la Société d'hypnose clinique suisse et la Société médicale suisse d'hypnose conforme aux exigences de l'attestation de formation complémentaire en hypnose médicale délivrée par l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue, répertoire des professionnels qualifiés et organise des ateliers d'initiation à l'autohypnose. Pour plus d'informations: <a href="http://www.irhys.ch/">www.irhys.ch/</a>
Pleine conscience	Site des HUG sur les programmes basés sur la pleine conscience: <a href="http://www.hug.ch/specialites-psychiatriques/approches-basees-sur-pleine-conscience-mindfulness">www.hug.ch/specialites-psychiatriques/approches-basees-sur-pleine-conscience-mindfulness</a>
TCC-I Hôpitaux universitaires de Genève	Deux jours de formation en ligne sont organisés par les HUG: «Introduction à la thérapie cognitivo-comportementale pour l'insomnie (TCC-I)». Cette formation permet aux professionnels de la santé d'intégrer la TCC-I dans leur pratique clinique: <a href="http://www.hug.ch/evenerment/introduction-therapie-cognitivo-comportementale-pour-linsomnie-tcc-i">www.hug.ch/evenerment/introduction-therapie-cognitivo-comportementale-pour-linsomnie-tcc-i</a>
TCC Université de Genève	L'université de Genève propose une formation continue (Certificate of Advanced Studies) «Stratégies cognitives et comportementales de la relation thérapeutique» combinant théorie et pratique supervisée. La prochaine session débutera en 2026. <a href="http://www.unige.ch/formcont/cours/castcc">www.unige.ch/formcont/cours/castcc</a>
TCC Montréal	Guides de pratique pour les thérapeutes, TCC Montréal: <a href="https://tccmontreal.com/guides-de-pratique-selon-les-20diagnostics/">https://tccmontreal.com/guides-de-pratique-selon-les-20diagnostics/</a> <a href="https://tccmontreal.com/autres-guides/">https://tccmontreal.com/autres-guides/</a>
Applications mobiles	
Respiration	RespiRelax: <a href="https://apps.apple.com/ca/app/respirelax/id515900420">https://apps.apple.com/ca/app/respirelax/id515900420</a>
Pleine conscience	Petit Bambou, Prezens et Headspace, entre autres
TCC	Anxiété et dépression pour les étudiants: <a href="http://healthy-mindsapp.ca/index-f.php">http://healthy-mindsapp.ca/index-f.php</a> État de stress post-traumatique: Coach ESPT Canada   Anciens Combattants Canada Insomnie: programme de TCC-I en ligne (en anglais): <a href="http://www.sleepio.com/nhs">www.sleepio.com/nhs</a> , <a href="https://apps.apple.com/ca/app/cbt-i-coach/id655918660">https://apps.apple.com/ca/app/cbt-i-coach/id655918660</a>

États-Unis, la Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) a été le premier programme en groupe de 8 semaines basé sur la pleine conscience introduit dans le milieu médical. Cette approche novatrice soulignait l'importance du lien corps-esprit et marquait les débuts de la médecine participative, dans laquelle le patient devient acteur du changement. La MBSR s'adresse aux personnes confrontées à un stress au sens large, comme lors de douleurs chroniques, d'une maladie somatique telle qu'un cancer, ou encore d'un stress professionnel ou quotidien. Suite à la MBSR, d'autres interventions basées sur la pleine conscience ont émergé pour des indications spécifiques: la Mindfulness-Based Cognitive Therapy pour prévenir les rechutes dépressives, la Mindfulness-Based Intervention for Anxiety et la Mindful Awareness Practice pour le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Ces interventions, largement étudiées, sont donc validées scientifiquement.<sup>10</sup>

### Autohypnose

L'hypnose médicale, qui désigne l'utilisation à but thérapeutique d'un *état de conscience impliquant une attention focalisée et une réduction de la perception périphérique, caractérisé par une capacité accrue à répondre aux suggestions*, selon l'American Psychological Association, gagne en reconnaissance scientifique, notamment en algologie.

L'autohypnose, qui consiste à induire soi-même un état d'hypnose, s'avère particulièrement efficace pour gérer le stress et les troubles du sommeil. Apprise en quelques séances, cette technique renforce l'estime de soi et l'autonomie, sans risque de dépendance ni effets secondaires graves, contrairement aux traitements médicamenteux conventionnels. Une pratique régulière est nécessaire pour la maîtriser. Une revue systématique de 2019 a démontré sa supériorité dans la gestion du stress par rapport à d'autres techniques, comme la relaxation.<sup>11</sup>

Une revue systématique récente sur l'autohypnose a mis en évidence des effets positifs sur le sommeil dans 21 des 44 études examinées, tandis que 10 études ont rapporté des résultats mitigés et 13 n'ont montré aucun effet significatif.<sup>12</sup> Les comparaisons incluaient diverses techniques de relaxation, le yoga, la TCC ou l'utilisation de benzodiazépines ou de médicaments Z.

Quant aux applications mobiles sur l'autohypnose, sur les 168 applications d'autohypnose en anglais examinées dans une revue récemment publiée, seules 20,2% étaient développées par des professionnels formés et 8,3% reposaient sur des preuves scientifiques.<sup>13</sup> Malgré leur potentiel, une approche prudente est recommandée.

### Techniques de relaxation

Les techniques de relaxation sont à prendre en considération pour les troubles liés au stress ou induits par le stress, tels que les troubles anxieux, les troubles somatoformes, le burn-out, l'insomnie aiguë, etc. Ces méthodes peuvent également être utiles pour mieux gérer les conséquences de certaines maladies somatiques, telles que la nausée, la douleur, la fatigue, les difficultés respiratoires, etc.<sup>14</sup> Parmi les techniques les plus simples à mettre en place, il convient de citer le contrôle

respiratoire (cohérence cardiaque, respiration au carré/abdominale) et la relaxation musculaire progressive de Jacobson. En particulier, le contrôle respiratoire est intéressant, car il permet aux patients de prendre conscience de leurs états internes et d'acquiescer des compétences d'autorégulation de ces états. Le MF peut recommander et démontrer ces techniques à ses patients. Il peut aussi les orienter vers des outils numériques (par exemple, RespiRelax) ou vers des professionnels qualifiés pour un accompagnement personnalisé. Ces techniques peuvent être intégrées à d'autres stratégies thérapeutiques pour une prise en charge globale du stress.

### Remèdes de grand-mère

Ces remèdes sont ancrés dans l'imaginaire collectif. Au moins deux tiers de nos patients les utilisent communément et les trouvent efficaces. Ils constituent de fait un patrimoine intéressant à réhabiliter dans le cadre des échanges entre MF et patients.<sup>15</sup> Les infusions de plantes comme la camomille ou la valériane pourraient être utiles pour calmer les états anxieux et favoriser le sommeil. Un essai contrôlé randomisé a, par exemple, apporté des éléments suggérant que la camomille pourrait réduire les symptômes de l'anxiété généralisée.<sup>16</sup> Le millepertuis, accessible en automédication, a montré une efficacité sur les symptômes dépressifs. Cependant, il faut être vigilant quant au risque d'interactions médicamenteuses avec ces produits. Le MF peut prescrire ces produits, mais s'agissant souvent de pratiques effectuées spontanément par les patients, il gagnera à les accompagner dans cette démarche.

### Autonomie par les soins et l'activité physique

L'activité physique ou la promenade quotidienne, à différencier du sport, nécessitent peu de ressources financières et peuvent être adaptées aux capacités individuelles, quel que soit l'âge. Elles permettent aux patients d'agir eux-mêmes sur leurs symptômes. Au-delà de l'impact sur la santé physique, l'exercice régulier a montré ses effets positifs, notamment pour réguler l'humeur. Une revue systématique a par exemple montré que les activités physiques régulières, telles que la marche ou le vélo, réduisaient significativement les symptômes de dépression et d'anxiété.<sup>17</sup> Le MF peut facilement prescrire, notamment dans le cadre d'une approche motivationnelle. Dans les structures bénéficiant d'un soutien interprofessionnel, il est aussi possible d'organiser des groupes de marche. Ce type d'action peut aussi favoriser la sociabilisation des participants et leur attachement à la structure de soins.

### Contact avec la nature

Passer du temps dans des espaces verts ou naturels, dans le cadre d'activités artistiques, d'activités de jardinage, de promenades, de soins aux animaux, d'actions sur l'environnement, etc., peut réduire l'anxiété, améliorer la concentration et favoriser un sentiment de connexion avec l'environnement. En outre, les activités de jardinage ou la simple exposition à la lumière naturelle peuvent renforcer la régulation de l'humeur.<sup>18</sup> La lumière naturelle influence positivement les rythmes circadiens en modulant la sécrétion de mélatonine, favorisant ainsi un meilleur sommeil et une stabilité émotionnelle. La prescription de contacts avec la nature au quotidien,

par des promenades ou des moments de détente en plein air, constitue donc une approche pertinente et facile à mettre en œuvre dans le cadre d'une approche motivationnelle.

Le MF joue un rôle essentiel dans l'orientation des patients vers les ANPSM et leur sensibilisation à ces approches. Après avoir évalué leurs besoins individuels et les avoir informés des bénéfices, il peut les orienter vers des programmes adaptés à leur problématique ou proposer lui-même une approche à laquelle il a été formé. Il peut également recommander des professionnels qualifiés pour les ANPSM structurées nécessitant des compétences de professionnels, telles que la TCC-I, la pleine conscience ou l'autohypnose (**tableau 2**), assurer un suivi et intégrer ces interventions dans une stratégie thérapeutique globale.

## CONCLUSION

Les MF peuvent proposer des ANPSM comme traitement de première intention ou en complément des psychotropes. Ces techniques ouvrent la voie à une médecine préventive et durable. Elles s'intègrent dans la notion de co-bénéfice, c'est-à-dire qu'elles profitent à la fois à la santé individuelle et à la santé environnementale. De plus, ces stratégies renforcent la relation thérapeutique, l'autonomisation des patients et leur capacité à mieux gérer leurs troubles au quotidien.

Pour maîtriser et appliquer ces interventions, diverses ressources de formation sont disponibles. Les plateformes en ligne, comme celle développée par un groupe canadien d'experts francophones et intégrée dans le **tableau 2**, offrent des outils pratiques destinés aux professionnels de santé et à leurs patients, incluant des ressources d'autosoins et des

applications mobiles validées.<sup>19</sup> En outre, il est essentiel d'agir sur la culture médicale, à différents moments de la formation – initiale comme continue – en plaçant les approches non pharmacologiques au même plan que les approches pharmacologiques lorsque leur efficacité est démontrée et équivalente. Cette diversification de la boîte à outils thérapeutiques permettra de répondre de façon efficiente aux besoins croissants en matière de santé mentale de diverses populations.

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

**ORCID ID:**

N. T. Tran: <https://orcid.org/0000-0001-7134-7878>

F. Jermann: <https://orcid.org/0000-0001-6262-9603>

H. Maisonneuve: <https://orcid.org/0000-0002-5276-1122>

M. Coen: <https://orcid.org/0000-0002-6156-1691>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les approches non pharmacologiques en santé mentale fondées sur des preuves offrent des alternatives ou des compléments aux traitements psychotropes classiques.
- Ces approches visent à renforcer l'autonomie du patient et à développer des stratégies de gestion en santé mentale sans risque de dépendance.
- Le médecin de famille joue un rôle central dans l'orientation des patients: il doit informer, évaluer et intégrer ces techniques de manière personnalisée et responsable.
- La formation médicale, qu'elle soit initiale ou continue, doit impérativement intégrer ces approches pour répondre efficacement aux besoins croissants en santé mentale.

1 World Health Organization. Integrating mental health into primary care: a global perspective [En ligne]. 14 janvier 2008. Disponible sur: [www.who.int/publications/i/item/9789241563680](http://www.who.int/publications/i/item/9789241563680)

2 King M, Sibbald B, Ward E, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. *Health Technol Assess.* 2000;4(19):1-83.

3 Aiarzaguena JM, Grandes G, Gaminde I, et al. A randomized controlled clinical trial of a psychosocial and communication intervention carried out by GPs for patients with medically unexplained symptoms. *Psychol Med.* 2007 Feb;37(2):283-94.

4 Singh B, Olds T, Curtis R, et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med.* 2023 Sep;57(18):1203-9.

5 Firth J, Marx W, Dash S, et al. The Effects of Dietary Improvement on Symptoms of Depression and Anxiety: A

Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Psychosom Med.* 2019 Apr;81(3):265-80.

6 \* Tanner LM, Wildman JM, Stoniute A, et al. Non-pharmaceutical primary care interventions to improve mental health in deprived populations: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2023 Mar 30;73(729):e242-e248.

7 \*\* Wonca Working Party for Mental Health. Family doctors' role in providing non-drug interventions (NDIs) for common mental health disorders in primary care [En ligne]. 2017. Disponible sur: [www.globalfamilydoctor.com/site/defaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf](http://www.globalfamilydoctor.com/site/defaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/WPMH%20role%20of%20FPs%20in%20non%20drug%20interventions.pdf)

8 Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *J Sleep Res.* 2023 Dec;32(6):e14035.

9 Edinger JD, Arnedt JT, Bertisch SM, et al. Behavioral and psychological treatments for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *J Clin*

*Sleep Med.* 2021 Feb 1;17(2):255-62.

10 Stanic J, Jackson-Perry D, Courvoisier C, et al. Applications de la méditation de pleine conscience dans différents secteurs de médecine somatique. *Rev Med Suisse.* 2023 Jun 21;19(832):1228-33.

11 Eason AD, Parris BA. Clinical applications of self-hypnosis: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Conscious (Wash D C).* 2019;6(3):262-78w.

12 Wofford N, Snyder M, Corlett CE, Elkins GR. Systematic Review of Hypnotherapy for Sleep and Sleep Disturbance. *Int J Clin Exp Hypn.* 2023 Jul-Sep;71(3):176-215.

13 Scheffrahn K, Alldredge CT, Snyder M, Elkins GR. Hypnosis Apps: A Systematic Review. *Int J Clin Exp Hypn.* 2025 Jan-Mar;73(1):79-95.

14 Muhammad Khir S, Wan Mohd Yunus WMA, Mahmud N, et al. Efficacy of Progressive Muscle Relaxation in Adults for Stress, Anxiety, and Depression: A Systematic Review. *Psychol Res Behav Manag.* 2024 Feb 1;17:345-65.

15 Winkler NE, Sebo P, Haller DM, Maisonneuve H; Home Remedies Research Collaboration. Non-

pharmacological home remedies used by primary care patients. *Eur J Intern Med.* 2024 Feb;120:122-4.

16 Mao JJ, Xie SX, Keeffe JR, et al. Long-term chamomile (*Matricaria chamomilla* L.) treatment for generalized anxiety disorder: A randomized clinical trial. *Phytomedicine.* 2016 Dec 15;23(14):1735-42.

17 Chekroud SR, Gueorguieva R, Zheutlin AB, et al. Association between physical exercise and mental health in 1-2 million individuals in the USA between 2011 and 2015: a cross-sectional study. *Lancet Psychiatry.* 2018 Sep;5(9):739-46.

18 McMahan EA, Estes D. The effect of contact with natural environments on positive and negative affect: A meta-analysis. *J Posit Psychol.* 2015;10(6):507-19.

19 \* Chaloult L, Goulet J, Ngô TL, Lussier-Valade M. Thérapie cognitive-comportementale: guides de pratiques et autres outils [En ligne]. Disponible sur: <https://tccmontreal.com/liens-utiles-2/>

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Communauté de pratique: collaborer entre médecins de famille et psychiatres

Dr HUBERT MAISONNEUVE<sup>a</sup>, PIERRE-YVES SARRON<sup>b</sup>, Dr SYLVAIN DE LUCIA<sup>c</sup> et ARUN SENCHYNA<sup>a,c</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 947-51 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47198

Les troubles de santé mentale touchent 13% de la population mondiale. Leur prise en charge est majoritairement ambulatoire. En Suisse, 8% de la population a reçu des soins en santé mentale en 2022. En médecine de famille, répondre aux besoins de santé mentale est souvent difficile, avec de nombreuses barrières décrites dans la littérature. Le Barriers to Depression Care Questionnaire est un questionnaire développé pour identifier ces barrières. La difficulté la plus fréquemment retrouvée dans nos populations concerne la collaboration entre médecins de famille et spécialistes en psychiatrie. Cet article propose des solutions, parmi lesquelles la constitution d'une communauté de pratique entre médecins de famille et psychiatres.

## Community of practice: collaboration between family doctors and psychiatrists

*Mental disorders affect 13% of the world's population. These disorders are mostly treated on an outpatient basis. In Switzerland, 8% of the population received mental health care in 2022. In primary care, mental health management is often challenging, with many barriers documented in the literature. The Barriers to Depression Care Questionnaire has been developed to identify these barriers. Collaboration between primary care physicians and psychiatrists is the most common difficulty in our population. Solutions, including the creation of a community of practice between primary care physicians and psychiatrists, are proposed in this article.*

## BARRIÈRES À LA PRISE EN CHARGE DES SOINS DE SANTÉ MENTALE EN MÉDECINE DE FAMILLE

Les troubles psychiatriques, avec au premier plan les troubles anxieux et dépressifs, affectent 13% de la population mondiale et représentent 20% de la charge de morbidité globale.<sup>1</sup> En Suisse comme en Europe, le recours aux soins de santé mentale est en augmentation. En 2022, près de 8% de la population suisse a été traitée pour des problématiques de santé mentale, un chiffre qui a doublé au cours des 25 dernières années.<sup>2</sup> Les médecins de famille (MF) sont souvent les premiers, et parfois les seuls professionnels de santé consultés.<sup>3,4</sup> Les problématiques de santé mentale sont complexes et requièrent une connaissance approfondie des patients, ainsi que des compétences communicationnelles et de coordination. La prise en charge ambulatoire est longue, dépassant fréquemment 12 mois.<sup>5</sup> Elle est individualisée en fonction du

profil des patients et des ressources disponibles. De nombreuses barrières peuvent se dresser. Elles dépendent notamment de facteurs liés aux praticiens, aux patients, à l'offre du système de santé et au contexte socioculturel.<sup>6</sup>

Pour améliorer la prise en charge communautaire de la dépression sur un territoire donné, la première étape consiste à cartographier les barrières existantes. Nous avons développé le Barriers to Depression Care Questionnaire (BDC-Q).<sup>7</sup> Cet outil (25 items répartis en cinq dimensions) permet d'identifier les barrières rencontrées par les MF sur un territoire donné. Nous l'avons développé et validé auprès de MF suisses et français. Le BDC-Q explore les barrières concernant: a) la prise en charge par le MF; b) les patients et la représentation de la dépression; c) l'aide à la prise en charge des patients dépressifs; d) la collaboration avec les spécialistes en santé mentale et e) l'accès aux soins en santé mentale.

Depuis 2019, nous avons utilisé le BDC-Q auprès de MF installés et en formation à Genève et à Lyon.<sup>8-10</sup> Chez les MF installés dans les deux régions, la collaboration avec les spécialistes en santé mentale constituait la principale dimension de difficulté. Les items obtenant les scores les plus faibles concernaient le partage d'informations médicales sur les patients, le retour d'informations de la part des spécialistes et la possibilité d'obtenir un avis spécialisé.

Chez les MF en formation au sein du Service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), les contraintes de temps et la charge de travail étaient les barrières les plus souvent identifiées. Malgré un accès aux psychiatres a priori facilité au sein des HUG, ils identifiaient aussi la collaboration avec les spécialistes en santé mentale et le transfert de compétences comme des obstacles majeurs.<sup>10</sup>

Ces enquêtes soulignent l'importance de la collaboration entre médecine de famille et psychiatrie comme un axe prioritaire d'amélioration dans les soins en santé mentale. Ce constat, déjà soulevé il y a 20 ans dans ces colonnes, demeure encore une réalité.<sup>11,12</sup> Plusieurs solutions existent pour améliorer cette collaboration.<sup>13</sup> Un exemple d'intégration de psychiatres dans des cabinets de médecine de famille a été présenté en 2020.<sup>14</sup> Ce dispositif est attractif, mais il nécessite d'avoir des espaces dédiés pour des vacations ponctuelles dans un cabinet, de disposer d'un psychiatre acceptant de tourner sur plusieurs cabinets, d'avoir un pool suffisant de psychiatres disponibles pour couvrir un territoire et de disposer de fonds pour coordonner le tournus des praticiens et l'articulation avec les besoins des cabinets. La création d'une communauté de pratique (tableau 1) est un autre axe, demandant moins de ressources financières, humaines et organisationnelles.<sup>15</sup> Une commu-

<sup>a</sup>Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>b</sup>Psychiatre, responsable du dispositif MG&Psy37, CHRU de Tours, 2 boulevard Tonnellé, 37044 Tours, France, <sup>c</sup>Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14  
hubert.maisonneuve@unige.ch | pyvesarron@gmail.com | sylvain.delucia@hug.ch  
arun.senchyna@hug.ch

**TABEAU 1** Communautés de pratique

Les communautés de pratique regroupent des individus partageant un intérêt commun dans un domaine de connaissance. Elles se forment autour d'une volonté d'échanger sur des problématiques, des expériences, des modèles, des outils et des bonnes pratiques. Grâce à des interactions régulières et durables, leurs membres enrichissent mutuellement leurs savoirs et construisent ensemble des pratiques optimisées<sup>15</sup>

Une communauté de pratique repose sur trois piliers:

→ **Un domaine d'activité commun**: définit ce que ces personnes veulent faire ensemble.

→ **Une communauté**: repose sur un engagement mutuel des membres, requiert confiance et ouverture. Notion de réciprocité; les membres s'engagent dans une collaboration, donc à recevoir et à donner.

→ **Une pratique partagée**: savoirs scientifiques, retours d'expériences, outils à partager ou à construire ensemble. Un répertoire de ressources est mis à disposition de tous les membres pour résoudre des problèmes, approfondir les connaissances et développer les compétences.

nauté de pratique peut permettre de faire face aux problèmes de collaboration entre différents professionnels sur un territoire. Nous souhaitons profiter de cet espace pour présenter un exemple réussi de création d'un tel dispositif.

### COMMUNAUTÉ DE PRATIQUE POUR FAIRE FACE AUX DIFFICULTÉS DE COLLABORATION

Le dispositif Médecine générale et psychiatrie 37 (MG&Psy37) (<https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr>), lancé en 2019 en Indre-et-Loire, illustre une possible collaboration entre MF et psychiatres. Conçu de manière pragmatique, il repose sur une offre de services (demande d'avis par e-mail, réunions, approche groupale) facilement accessible aux MF. Par le développement d'une communauté de pratique, ce dispositif

opère un transfert de compétences psychiatriques vers les soins primaires et offre aux patients un meilleur accès aux soins en termes de délai, d'indication et d'orientation. Ce dispositif utilise cinq moyens de collaboration directe et indirecte (figure 1).

Ce modèle collaboratif s'est construit sur 24 mois. Initialement, les MF étaient en difficulté du fait de l'allongement des délais de consultation en psychiatrie, pouvant atteindre plusieurs mois, conjugué à des difficultés de communication avec les spécialistes.

#### Collaboration directe

##### Demande d'avis par voie électronique

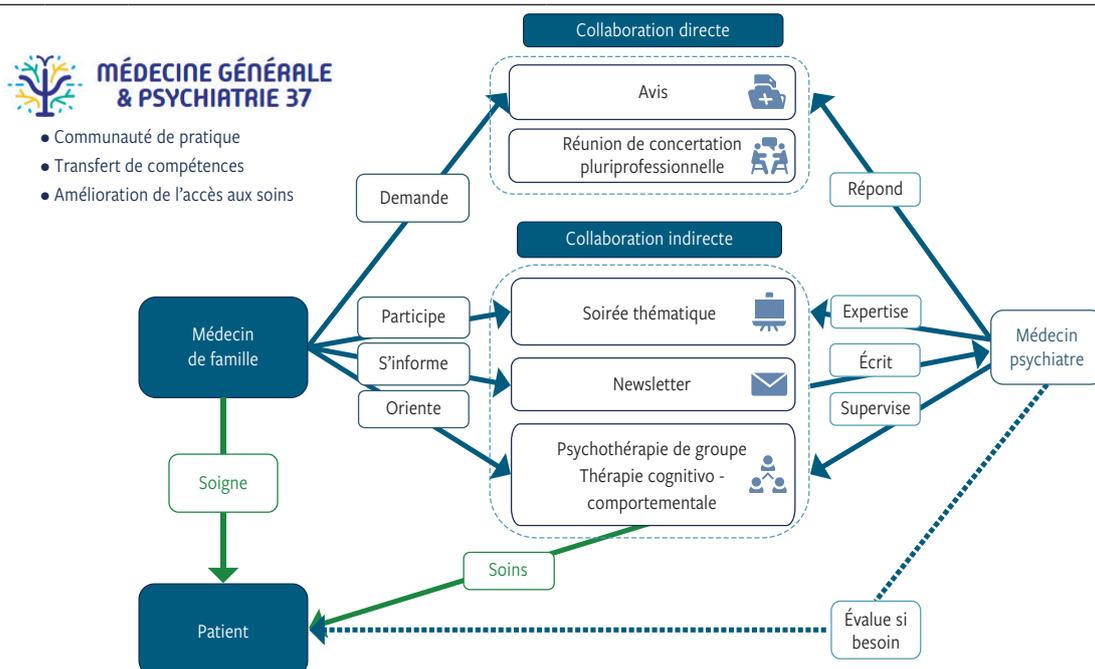
La mise en place d'avis psychiatriques par e-mail sécurisé a constitué une première réponse. Les MF se sont d'abord montrés réservés face à ce nouveau mode de communication, mais le délai de réponse inférieur à 7 jours et l'adaptation des réponses aux demandes les ont rapidement convaincus. En plus de disposer d'un soutien fiable pour leurs prises de décision clinique, les conduites à tenir proposées sont personnalisées, étayées par des preuves et reproductibles dans des situations cliniques similaires. Ces avis n'ont pas uniquement vocation à répondre à une situation donnée, mais également à enrichir la pratique des MF et à participer à leur montée en compétence. En cas de difficulté, le patient est reçu pour une évaluation par le psychiatre. Un exemple d'avis peut être envoyé sur simple requête aux auteurs.

##### Réunions de concertation pluriprofessionnelles

L'expérience générée par ces premiers échanges a encouragé les MF à explorer d'autres modalités de collaboration. Dans les

**FIG 1** Fonctionnement du dispositif Mg&Psy37

Le médecin de famille dispose de cinq options pour interagir avec le psychiatre ou intégrer ses patients dans un dispositif de soins. Ces modalités d'interaction soutiennent la création d'une communauté de pratique et le transfert de compétences et améliorent la prise en charge des patients et l'accès aux soins.



rare situations qui, du fait de leur complexité, ne pouvaient pas être traitées moyennant un avis par e-mail, les réunions de concertation pluriprofessionnelles sont devenues un outil privilégié. Ces réunions comportent quatre temps: a) la description écrite de la situation, comportant les questions de l'équipe, avec envoi préalable au psychiatre; b) une visioconférence d'1 heure entre l'équipe et le psychiatre; c) un retour écrit structuré, comprenant une synthèse, des propositions de soins ainsi que des outils et d) une visioconférence de réévaluation à distance entre l'équipe et le psychiatre. L'utilisation de ce format et de la visioconférence a permis leur intégration dans les emplois du temps contraints des participants.

### Collaboration indirecte

#### Soirées thématiques trimestrielles

La dynamique collaborative s'est progressivement étendue au partage des bonnes pratiques. Les soirées thématiques trimestrielles, centrées sur des problématiques de terrain, ont trouvé leur public parmi les MF désireux d'actualiser leurs connaissances.

#### Newsletter

Le dispositif propose une lettre d'information mensuelle à destination des utilisateurs.

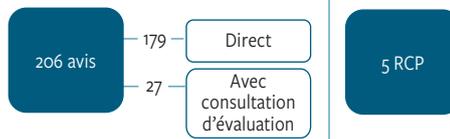
#### Approche groupale

Enfin, la possibilité pour les MF d'orienter leurs patients vers des psychothérapies de groupe centrées sur des thérapies cognitivo-comportementales est venue compléter ce dispositif de collaboration. Alors que beaucoup de MF connaissaient les indications et l'efficacité théorique de ces approches, ils ne disposaient pas de relais fiables. Pour des pathologies

**FIG 2** Avis rendus et RCP menées (2024)

RCP: réunion de concertation pluriprofessionnelle.

#### Avis / RCP - chiffres 2024



Délai moyen de réponse **5,6 jours**

#### Réponse apportée

Diagnostic	12,1 %
Pharmacologique	63,6 %
Conduite à tenir et orientation	54,9 %

précises comme la dépression ou l'insomnie, ils disposent désormais d'une option thérapeutique vers laquelle orienter les patients qui le souhaitent.

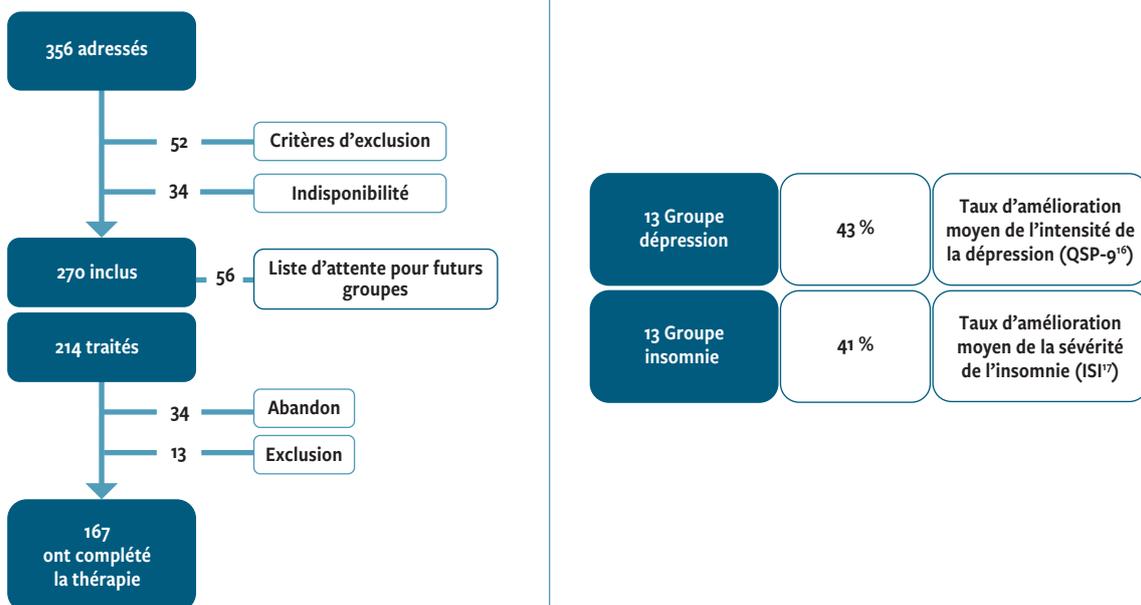
### Historique du projet MG&Psy37

Lancé en 2019 avec un financement public, ce dispositif est doté d'environ 250 000 € par an, pour un bassin de population d'environ 400 000 personnes adultes, se partageant entre territoires ruraux et urbains, d'une superficie d'environ 6000 km.<sup>2</sup> Il est né de l'initiative conjointe d'un psychiatre

**FIG 3** Activité et efficacité des groupes de TCC (2024)

ISI: Insomnia Severity Index; QSP-9: Questionnaire sur la santé du patient-9; TCC: thérapie cognitivo-comportementale.

#### Groupe TCC - chiffres 2024



(Adaptée des réf. 16,17).

hospitalier ayant des compétences en psychothérapie et d'une MF très bien implantée sur son territoire de santé. En 5 ans et avec des moyens humains limités (1 équivalent temps (ETP) psychiatre, 0,8 ETP de coordination), le dispositif a été sollicité par 25% des MF du territoire et a bénéficié à 814 patients. L'activité pour l'année 2024 est détaillée dans les figures 2 et 3. Une étude médico-économique est en cours afin d'évaluer l'efficacité, l'acceptabilité et la transférabilité du dispositif à d'autres territoires.

Pour atteindre ces résultats, le dispositif a dû relever plusieurs défis. Au début, sa visibilité était compliquée par la pandémie de Covid-19, mais aussi par la présence d'une multitude d'autres dispositifs isolés, peu utilisés et ne reposant pas sur la volonté de créer une communauté. Par exemple, il existait des formations descendantes, présentes, sans volonté de s'adapter aux contraintes des MF ou des offres de soins provisoires, difficilement accessibles et ciblées sur des populations spécifiques. Il a été nécessaire de faire connaître le dispositif auprès des MF, alors fortement mobilisés par la gestion de la crise sanitaire. Cet effort a obligé à différer le déploiement de l'outil-clé: les psychothérapies de groupe. En s'appuyant sur les organisations locales de MF et grâce à une communication soutenue, le dispositif a finalement réussi à se rendre visible dans le paysage.

Les principaux déterminants de ce succès ont reposé sur la réponse aux attentes des MF, l'utilité et l'adaptation des solutions aux contraintes des MF et aux situations spécifiques des patients.

Au final, cet exemple illustre comment, avec: a) un diagnostic des difficultés existantes; b) une organisation structurée des acteurs de santé locaux; c) un financement et d) un choix pragmatique d'outils faciles à mettre en place et adaptés aux pratiques de chacun, il est possible de développer une communauté de pratique permettant de lever les barrières liées à la collaboration entre MF et psychiatres. La communauté de pratique bénéficie en définitive aux différents acteurs des soins et à la santé mentale de nos patients.

## CONCLUSION

La faible collaboration entre MF et psychiatres reste aujourd'hui encore une barrière importante pour la prise en charge des problèmes de santé mentale.

Parmi les solutions possibles, la mise en place d'une communauté de pratique MF-psychiatre(s) est une option efficace. Pour la constituer, nous vous proposons une recette simple: partir d'une équipe restreinte (un ou plusieurs MF motivés et au moins un psychiatre ouvert à la collaboration) et boire un café ou un thé ensemble pour a) discuter des problèmes rencontrés; b) explorer la complémentarité de vos pratiques cliniques; c) identifier la première action conjointe à mener et privilégier la plus simple; d) identifier des personnes clés qui connaissent bien l'offre et l'organisation des soins sur le territoire et e) identifier les décideurs et financeurs de votre territoire pour trouver un soutien.

Vous avez réussi le premier niveau, à vous de jouer pour la suite!

**Conflit d'intérêts:** P. Y. Sarron: est employé par le dispositif MG-Psy37 et déclare, à ce titre, un conflit d'intérêts en relation avec cet article. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

**ORCID ID:**

H. Maisonneuve: <https://orcid.org/0000-0002-5276-1122>

P.-Y. Sarron: <https://orcid.org/0009-0001-7448-1295>

S. De Lucia: <https://orcid.org/0009-0006-8756-6251>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le développement d'une communauté de pratique constitue un moyen pour lever les barrières limitant la collaboration entre médecins de famille (MF) et psychiatres.
- La constitution d'une communauté de pratique bénéficie en définitive aux différents acteurs des soins et à la santé mentale des patients.
- Pour la constituer, les MF et les psychiatres doivent s'accorder pour identifier la première action conjointe à mener, de préférence, la plus simple.
- La mise en place d'un circuit de demande d'avis structuré par voie électronique a été utilisée avec succès dans ce cadre.

1 World Health Organization. World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All. 1<sup>re</sup> éd. Geneva: World Health Organization, 2022.

2 Schuler D, Tuch A, Sturmy I, Peter C. Santé psychique. Chiffres clés 2022 (Obsan Bulletin 11/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé, 2024.

3 Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, et al. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2013 Jan;48(1):137-49.

4 Kroenke K, Unutzer J. Closing the

False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. J Gen Intern Med. 2017 Apr;32(4):404-10.

5 Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, et al. Duration of major depressive episodes in the general population: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). Br J Psychiatry. 2002 Sep;181(3):208-13.

6 Mechanic D. Barriers to help-seeking, detection, and adequate treatment for anxiety and mood disorders: implications for health care policy. J Clin Psychiatry. 2007;68(Suppl.2):20-6.

7 \*\*Senchyna A, Abbiati M, Chambe J,

Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract. 2020 Aug 1;21(1):156.

8 Saha S. Exploring barriers to depression care among participants to the Médecine psychosomatique et psychosociale CAS [En ligne]. Université de Genève. Master, 2019. Disponible sur : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:122985>

9 Sneed D. Quelles sont les principales barrières à la prise en charge des patients atteints de dépression par les médecins généralistes du 8<sup>e</sup> arrondissement de

Lyon [Thèse]. Université Claude Bernard Lyon 1, 2023.

10 Senchyna A. Comment évaluer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale : de la validation à l'utilisation d'un questionnaire adressé aux médecins généralistes [En ligne]. 2023. (Cité le 30 janvier 2025). Disponible sur : <https://archive-ouverte.unige.ch/unige:171176>

11 Guex P, Barbier Y. Le généraliste et le psychiatre : échec ou réussite ? Rev Med Suisse. 2005 Sep 21;1(33):2136-41.

12 Linder A, Widmer D, Fitoussi C, et al. Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Le

cas de la dépression chronique en Suisse romande. Sante Publique. 2019;31(4):543-52.  
13 Van den Broeck K, Remmen R, Vanmeerbeek M, Destoop M, Dom G. Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. J Affect

Disord. 2016 Aug;200:189-203.  
14 \*\*Saillant S, Marion-Veyron R, Oberhauser PN, et al. Projet « cabinets de groupe » : collaboration entre médecine de premier recours et psychiatrie. Rev Med Suisse. 2020 Sep 2;16(704):1579-81.  
15 \*Wenger E, McDermott R, Snyder WM.

Cultivating Communities of Practice: A Guide to Managing Knowledge. Boston, MA: Harvard Business School Press, 2002.  
16 Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13.  
17 Morin CM. Insomnia: Psychological

assessment and management. New York: Guilford Press, 1993.

\* à lire  
\*\* à lire absolument

Annonce

## RÉVÉLEZ LE POTENTIEL DE VOTRE ESPACE

**Avec Tempo d'éco, choisissez un ameublement écologique pour un espace à votre image : moderne, fonctionnel, durable et inspirant.**

**Conseil et modélisation 3D offerts à partir de 3000 CHF d'achat**



**CONTACTEZ-NOUS POUR UN ACCOMPAGNEMENT PERSONNALISÉ**

+41 (0)22 557 00 77

Rue de la Corraterie 24, Genève

www.tempo-deco.ch

tempo  
d'éco

Responsible  
Design  
Choice

# Isolement, santé mentale et personnes âgées: expérience interprofessionnelle

Dre ISABELLE GÉRARD<sup>a</sup>, SANDRINE VELHO<sup>b</sup> et Pre JOHANNA SOMMER<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 952-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47199

**Avec une population vieillissante et une prévalence d'isolement social croissante dans nos contrées occidentales, le risque d'atteinte à la santé mentale des personnes âgées devient un point d'attention particulier en médecine de premier recours. Nous relatons dans cet article un exemple de prise en charge interprofessionnelle, conforme aux recommandations, pour garder cette tranche de la population à domicile dans des conditions décentes aussi longtemps que possible.**

à partir de 75 ans, avec des taux de 26,7% pour les hommes et de 35,4% pour les femmes de cette tranche d'âge.

Il a été documenté que ces états d'isolement et de solitude sont associés à une augmentation des consultations en salle d'urgence, chez le médecin traitant, entraînant une hausse des réadmissions hospitalières et des admissions en soins de longue durée.<sup>4</sup>

## Social isolation and mental health in the elderly: an interprofessional experience in primary care medicine

*With an aging population and increasing prevalence of social isolation in our western countries, the risk of mental health problems in this elderly population is of concern, particularly in primary care. We herein report an example of a multidisciplinary approach to keeping this population healthy at home for as long as possible.*

## QUELQUES CHIFFRES

Selon les sources statistiques, le critère d'âge pour être qualifié de «personne âgée» varie: au niveau mondial, l'OMS et les Nations Unies utilisent le critère de 60 ans, tandis que les publications suisses retiennent celui de 65 ans.

Les statistiques de l'OMS concernant la santé des personnes âgées prédisent qu'en 2030, une personne sur six dans le monde aura plus de 60 ans. Actuellement, 14% des adultes de cette tranche d'âge souffrent de pathologies mentales, et il est connu que la solitude et l'isolement social en sont des facteurs de risque importants.<sup>1</sup>

Selon les chiffres des Nations Unies, 20% des personnes âgées vivent seules dans le monde. La prévalence globale de l'isolement social atteint 25% pour ces populations, avec des taux avoisinant les 22% en Europe.<sup>2</sup>

En Suisse, en 2023, 19,3% de la population résidante avait plus de 65 ans.

Selon l'Enquête suisse sur la santé 2017, les réponses de 20,1% des hommes et de 27,7% des femmes de 65 à 74 ans suggèrent des symptômes dépressifs. Cette proportion augmente encore

## VIGNETTE CLINIQUE (1<sup>re</sup> PARTIE)

L'an dernier, Mme W., 70 ans, vient pour une prise de contact comme nouvelle patiente. Elle n'a aucune plainte particulière sur le plan physique. Lors de l'anamnèse familiale et sociale, Mme W. mentionne que son conjoint âgé de 75 ans souffre de démence, qu'il n'a aucun autre problème de santé et qu'il viendra bientôt aussi pour une première visite à la maison de santé. Ils vivent ensemble dans une villa en zone rurale. Ils ont trois enfants, mais aucun d'entre eux n'habite dans la région. Par ailleurs, les frères et sœurs de M. et Mme W. n'habitent pas en Suisse. Mme W. est proche-aidante pour son mari, qui a besoin d'une aide pour les activités de la vie quotidienne. Elle a un mandat pour cause d'incapacité en faveur de son conjoint. En raison de la dépendance de son mari, Mme W. ne participe plus aux activités culturelles auxquelles elle était habituée. Son conjoint, très sportif dans le passé, ne voit plus ses amis depuis que ses troubles cognitifs sont devenus invalidants. Mme W. a l'impression que son conjoint est déprimé et s'isole de plus en plus, qu'il n'ose plus entamer de conversations avec les gens qu'il rencontre. Quand on lui demande comment elle vit cette situation, Mme W. nous avoue que ce n'est pas facile, que les liens sociaux, très présents autrefois, sont maintenant très limités et qu'elle se retrouve bien seule au quotidien. Elle admet aussi être anxieuse et se sentir «tendue» par rapport à la situation évolutive de son mari.

M. W. est vu dans un second temps. Il n'a aucune plainte et bien que très souriant, il est plutôt en retrait et s'implique peu dans la conversation.

Malgré une vie en couple, ces deux patients souffrent, de façon différente, d'isolement et de solitude.

## DÉFINITIONS

Comme discuté dans de nombreux articles sur l'isolement et son impact sur la population âgée, des nuances de définition sont à noter entre isolement social et solitude. Ceci implique qu'une personne âgée, même entourée socialement, peut souffrir de solitude et en être impactée sur le plan de sa santé

<sup>a</sup>Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, Centre médical universitaire, 1211 Genève 4, <sup>b</sup>Institution genevoise de maintien à domicile, Esplanade de Pont-Rouge 5, 1212 Lancy  
isabelle.gerard@unige.ch | sandrine.velho@imad-ge.ch | johanna.sommer@unige.ch

Admis  
par les  
caisses<sup>1</sup>

# Vita Hepa 600

Extrait de feuilles d'artichaut contre  
les troubles gastro-intestinaux

## Pour une bonne digestion<sup>2-4</sup>

### Vita Hepa 600® Dragées – Stimulent la sécrétion de bile et favorisent la digestion des lipides<sup>3,4</sup>

- pour le traitement des troubles gastro-intestinaux p. ex. en cas de digestion difficile, de sentiment de pesanteur et de ballonnements<sup>2</sup>
- profil de tolérance favorable<sup>2</sup>
- admis par les caisses-maladie<sup>1</sup>



**Références:** 1) Office fédéral de la santé publique, liste des spécialités, [www.listedesspecialites.ch](http://www.listedesspecialites.ch), état au 1<sup>er</sup> janvier 2025. 2) Information destinée aux patients Vita Hepa 600® sous [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch). 3) Holtmann G et al. Efficacy of artichoke leaf extract in the treatment of patients with functional dyspepsia: a six-week placebo-controlled, double-blind, multicentre trial. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;18:1099–1105. doi: 10.1046/j.1365-2036.2003.01767.x. 4) Ben Salem M et al. Pharmacological Studies of Artichoke Leaf Extract and Their Health Benefits. *Plant Foods Hum Nutr.* 2015;70(4):441–453. doi: 10.1007/s11130-015-0503-8. Si nécessaire, les professionnels de santé peuvent se procurer les références citées auprès de Doetsch Grether AG (adresse ci-dessous).

#### Information professionnelle abrégée Vita Hepa 600 dragées

**Principes actifs:** extrait sec de feuilles d'artichaut (*Cynara cardunculus* L., folium) DER 4–6:1, solvant d'extraction: eau pour des fins d'extraction. **Indications:** pour traiter les problèmes gastro-intestinaux, comme une digestion difficile, un sentiment de pesanteur et des ballonnements. **Posologie:** chez l'adulte: 1 dragée 2 fois par jour. **Contre-indications:** en cas d'allergie aux artichauts et à d'autres composées (Asteraceae), ainsi qu'en cas d'obstruction des voies biliaires; enfants et adolescents de moins de 18 ans. **Mises en garde:** en présence de calculs biliaires et intolérance à certains sucres. **Grossesse, allaitement:** aucun risque n'est connu, toutefois il manquent des études scientifiques systématiques. **Effets indésirables:** l'emploi approprié n'a donné lieu à aucun effet indésirable. **Présentation:** 20, 50 ou 100 dragées. **Liste D;** Doetsch Grether AG, 4051 Basel; Mise à jour de l'information: août 2022.

Informations basées sur l'information destinée aux patients. Pour des informations détaillées voir [www.swissmedicinfo.ch](http://www.swissmedicinfo.ch).

mentale. La notion de fragilité sociale mérite également d'être explicitée, vu qu'elle peut conduire à l'isolement social (tableau 1).<sup>5,6</sup>

### CAUSES OU FACTEURS DE RISQUE D'ISOLEMENT ET/OU DE SOLITUDE

Les facteurs de risque d'isolement sont nombreux, qu'il s'agisse de facteurs démographiques, économiques, environnementaux ou médicaux (tableau 2). Il est à noter que certaines conditions d'isolement imposé, comme lors d'épidémies, ont aussi un impact sur le mental des personnes âgées.<sup>5,6</sup>

### DÉPISTAGE DE L'ISOLEMENT, DE LA SOLITUDE ET DE POSSIBLES TROUBLES MENTAUX ASSOCIÉS

Rechercher des signes d'isolement social, de solitude ou de troubles de la santé mentale a son importance non seulement sur le plan thérapeutique, mais aussi en termes de prévention. En plus d'utiliser des ressources pour briser l'isolement lorsqu'il est repéré, la détection précoce de ces situations permet de mettre en place au plus vite certaines mesures ayant pour but d'éviter des conséquences négatives sur la santé mentale. Ce processus implique tous les prestataires de soins (médecins, infirmiers, aides-soignants, physiothérapeutes, ergothérapeutes à domicile) et les services sociaux.

TABLEAU 1		Définitions
<b>Isolement social</b>	Défini comme le fait d'avoir des contacts peu fréquents et de piètre qualité avec autrui. Il se mesure objectivement à l'aide d'observations du réseau social d'une personne <sup>3</sup>	
<b>Solitude</b>	Sentiment d'être seul, qu'importe la taille objective du réseau social. <sup>3</sup> La solitude est souvent considérée comme la contrepartie subjective de l'isolement social	
<b>Fragilité sociale</b>	Continuum de perte progressive de ressources générales et sociales permettant de satisfaire les besoins sociaux de base	

TABLEAU 2		Facteurs de risque d'isolement et de solitude
<b>Facteurs démographiques et économiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Genre féminin</li> <li>• Âge avancé</li> <li>• Faibles revenus</li> <li>• Vivre en établissement médico-social</li> <li>• Vivre dans une région rurale reculée</li> <li>• Vivre en milieu urbain et à faibles revenus</li> <li>• Être issu de l'immigration</li> </ul>	
<b>Facteurs sociaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivre seul</li> <li>• Vivre loin de sa famille</li> <li>• Manque de moyens de transport</li> <li>• Avoir peu d'amis</li> <li>• Être proche-aidant</li> <li>• Changement des conditions de vie: changement de lieu de résidence, rétrécissement du réseau social, perte d'un conjoint, perte du permis de conduire</li> </ul>	
<b>Facteurs médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multimorbidité</li> <li>• Perte de la vue ou de l'audition</li> <li>• Déficience cognitive</li> <li>• Limitations fonctionnelles</li> <li>• Fragilité</li> </ul>	

Plusieurs échelles de dépistage de l'isolement et de la solitude sont utilisées depuis de nombreuses années. Elles vont de questionnaires simples, tels que la UCLA 3-Item Loneliness Scale<sup>7,8</sup> (tableau 3), facile et rapide d'usage au quotidien en médecine générale, à des formes plus complètes, telles que la Duke Social Support Index comportant 35 points différents et détaillant les multiples dimensions du soutien social, y compris la perception et la satisfaction du patient à l'égard de celui-ci.<sup>9</sup>

Par ailleurs, le rôle du dépistage de pathologies, telles que l'anxiété, la dépression ou le risque suicidaire, chez la personne âgée est primordial. Divers questionnaires sont utilisés dans ce but. Le Patient Health Questionnaire-9<sup>10</sup>, souvent utilisé en médecine générale, n'est pas spécifique à la personne âgée. D'autres échelles spécialement indiquées pour la gériatrie existent: la Geriatric Depression Scale<sup>11</sup> (tableau 4) pour les patients sans troubles cognitifs ou la Cornell Scale for Depression in Dementia<sup>12</sup> validée pour les patients avec un Mini Mental State < 15.

TABLEAU 3				UCLA 3-Item Loneliness Scale
Scores: 3-5 = «not lonely»; 6-9 = «lonely».				
	Jamais	Parfois	Souvent	
À quelle fréquence ressentez-vous un manque de compagnie?	1	2	3	
À quelle fréquence vous sentez-vous exclu?	1	2	3	
À quelle fréquence vous sentez-vous isolé des autres?	1	2	3	

TABLEAU 4			Geriatric Depression Scale (GDS)
Scores GDS: 0-5 = normal; 5-10 = dépression légère à modérée; 11-15 = dépression sévère.			
1. Êtes-vous dans l'ensemble satisfait de votre vie?	Oui (0)	Non (1)	
2. Avez-vous renoncé à nombre de vos activités et intérêts?	Oui (1)	Non (0)	
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide?	Oui (1)	Non (0)	
4. Vous ennuyez-vous souvent?	Oui (1)	Non (0)	
5. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps?	Oui (0)	Non (1)	
6. Avez-vous peur qu'il vous arrive quelque chose de mauvais?	Oui (1)	Non (0)	
7. Êtes-vous heureux la plupart du temps?	Oui (0)	Non (1)	
8. Vous sentez-vous souvent faible et dépendant?	Oui (1)	Non (0)	
9. Préférez-vous rester chez vous plutôt que de sortir et faire quelque chose de nouveau?	Oui (1)	Non (0)	
10. Estimez-vous avoir plus de troubles de mémoire que la plupart des gens?	Oui (1)	Non (1)	
11. Vous dites-vous qu'il est merveilleux d'être vivant en ce moment?	Oui (0)	Non (1)	
12. Vous sentez-vous inutile tel que vous êtes aujourd'hui?	Oui (1)	Non (0)	
13. Vous sentez-vous plein d'énergie?	Oui (0)	Non (1)	
14. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée?	Oui (1)	Non (0)	
15. Croyez-vous que la plupart des gens sont plus à l'aise que vous?	Oui (1)	Non (1)	

**TABLEAU 5**

**Ressources pour la prise en charge des patients**

Intervention	Liste non exhaustive de programmes en Suisse
Facilitation sociale	<ul style="list-style-type: none"> <li>• www.quartiers-solidaires.ch</li> <li>• www.labelcommunesante.ch</li> <li>• www.tavolata.ch</li> <li>• www.vicino-luzern.ch</li> <li>• www.quartierentwicklung-schaffhausen.ch</li> <li>• www.srk-gr.ch/ponte</li> <li>• https://fondation-kiss.ch</li> <li>• https://prosenectute.ch</li> <li>• www.altersfreundliches-frauenfeld.ch</li> </ul>
Thérapies psychologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• https://prosenectute.ch</li> <li>• www.espaceproches.ch</li> <li>• www.mindfulness.swiss</li> </ul>
Thérapies avec animaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• www.asajfk.ch</li> <li>• https://tierschutz.com</li> </ul>
Activités physiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• https://prosenectute.ch</li> <li>• www.zämegolaufe.ch</li> <li>• www.gesundheit.bs.ch (café balance)</li> <li>• www.dalcroze.ch</li> <li>• www.geneve.ch/cite-seniors</li> <li>• www.ne.ch (bougez à la maison)</li> </ul>
Programmes d'amitié	<ul style="list-style-type: none"> <li>• www.redcross.ch (santé des personnes âgées/bénévoles)</li> <li>• www.alzheimer-schweiz.ch (aider/bénévoles)</li> </ul>
Loisirs, activités culturelles et perfectionnement des compétences	<ul style="list-style-type: none"> <li>• www.uni-3.ch</li> <li>• https://prosenectute.ch</li> <li>• www.redcross.ch</li> <li>• www.lafede.ch (clubs des aînés)</li> <li>• www.geneve.ch/cite-seniors</li> </ul>
Axée sur la technologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• https://prosenectute.ch (chaîne téléphonique)</li> </ul>

(Adapté avec autorisation de réf.<sup>6</sup>).

**DIFFÉRENTS MOYENS DE PRISE EN CHARGE (tableau 5)**

De nombreuses interventions non pharmacologiques pour prendre en charge les patients souffrant d'isolement social ou de solitude ont été décrites, dans le but d'améliorer leur bien-être et leur santé mentale: la facilitation sociale (création et entretien de liens sociaux à travers des projets communautaires variés), les thérapies psychologiques, les thérapies avec animaux, les activités physiques, les soins de santé et sociaux, les programmes d'amitié, les loisirs et le perfectionnement des compétences.<sup>5</sup>

Une revue de la littérature rapporte que l'activité physique chez la personne âgée débouche sur une meilleure qualité de vie globale, une plus grande confiance en soi et moins de stress, d'anxiété et de dépression, en plus de répercussions bénéfiques sur la santé physique et cognitive.<sup>13</sup>

Les descriptions d'interventions sociales, comme celles détaillées dans la seconde partie de la vignette et dans le **tableau 5**, sont analysées et rapportées notamment dans une revue faite par une équipe canadienne; elles ont montré un bénéfice net sur le bien-être et la santé mentale de patients âgés isolés ou souffrant de solitude.<sup>14</sup>

Ces différentes approches doivent être complétées par un apport nutritionnel adéquat, que ce soit avec l'aide des services de maintien à domicile ou au travers d'activités de rencontres organisées; une nutrition correcte et appropriée a démontré un bénéfice sur la santé mentale des personnes âgées.<sup>15</sup>

**VIGNETTE CLINIQUE (FIN)**

Bien qu'ils vivent en couple, nos deux patients souffrent d'isolement et de solitude. Le discours de Mme W. reflète un certain degré d'anxiété. Dans ce contexte, nous proposons une prise en charge médico-sociale pour le couple, à la grande surprise de Mme W.

Les contacts ont été pris avec la coordinatrice sociale de la commune. Ensemble, nous avons rencontré les patients à domicile. Elle les a mis en relation avec une fondation professionnelle au service des personnes âgées, qui leur a donné les ressources pour l'accès à un foyer de jour pour M. W. et les a aidés à remplir les documents pour l'allocation pour impotent (*soins de santé et sociaux*).

Une rencontre a été organisée en commun avec les services infirmiers de maintien à domicile (réseau interprofessionnel ambulatoire de proximité) pour évaluer les besoins respectifs de nos deux patients. Un plan de soins anticipé a été discuté à cette occasion (*soins de santé et sociaux*).

Un bénévole vient à domicile s'occuper du patient pendant 2 heures chaque semaine pour des jeux et promenades (*programme d'amitié*).

M. et Mme W. participent activement, ensemble, à une marche hebdomadaire organisée par la maison de santé, activité gratuite et ouverte à tous, encadrée par des médecins, des infirmières du réseau de soins à domicile et une physiothérapeute. Ils ont ainsi l'occasion de marcher avec une trentaine d'autres personnes, dans l'un des trois groupes, en adéquation avec leur niveau de forme physique (*activité physique*). Ils participent aussi à l'entretien du potager collectif du cabinet chaque samedi avec l'un des médecins généralistes (*loisirs et perfectionnement des compétences*).

M. W. va maintenant au foyer de jour une fois par semaine, ce qui lui permet de rencontrer d'autres personnes (*facilitation sociale*). Il semble moins en retrait, plus ouvert et souriant qu'il y a quelques mois.

Dans ce contexte, Mme W. peut se permettre de prendre du temps pour elle, pour renouer avec ses amis et ses activités antérieures. Elle a débuté un suivi d'acupuncture et d'auriculothérapie qui l'aident dans la gestion de son anxiété par rapport à cette situation complexe (*thérapie psychologique*). Elle admet que ces aménagements ont changé son quotidien et voit d'un œil plus serein la vie future.

**APPORT DES SOINS INFIRMIERS**

De par leur bonne connaissance des patients et leur approche globale, les infirmiers à domicile jouent un rôle pivot dans la prise en charge des patients seniors souffrant de solitude.

Par l'observation ou l'utilisation de l'outil de repérage UCLA,<sup>7</sup> ou encore par de simples échanges quotidiens, ils sont les mieux placés lors de leurs passages pour repérer les signes de solitude (retrait, apathie, tristesse, anxiété).

Leur écoute et leurs contacts bienveillants peuvent déjà avoir un effet apaisant; des outils de communication plus

actifs, comme l'encouragement à l'expression émotionnelle, peuvent aider les patients à mieux reconnaître leurs besoins afin de trouver des solutions pour réduire leur isolement.<sup>16,17</sup> Ils peuvent aussi faciliter le rapprochement avec les proches-aidants en favorisant une reprise de contact.

Les infirmiers sont en mesure d'orienter les patients vers des services communautaires (groupes de seniors, associations, centres de jour) pour encourager les interactions sociales. Avec des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes ou d'autres animateurs, ils peuvent mettre en place des activités sociales ou proposer des aménagements pour faciliter la mobilité. De même, ils peuvent encourager les patients à participer à des activités physiques à domicile ou organisées.

En renforçant les compétences propres des personnes âgées, les infirmiers contribuent à renforcer leur confiance en elles, ce qui peut encourager une autonomisation ainsi qu'une reprise de contact social.<sup>16,17</sup>

Les infirmiers à domicile sont un soutien indispensable aux proches-aidants, soit par leurs conseils, soit par leurs interventions permettant aux proches-aidants d'assumer leur rôle sans s'épuiser et d'être parfois soulagés de certaines activités.

Les études révèlent que des soins centrés sur les besoins des personnes, stimulants et compréhensifs, peuvent significativement réduire la solitude des personnes âgées. Ces actions contribuent aussi à améliorer leur bien-être global, à diminuer les symptômes dépressifs et à renforcer leur autonomie.

Les infirmiers, en raison de leur rôle pivot dans les soins de santé, sont donc, en collaboration avec les médecins et autres soignants, des acteurs clés dans la lutte contre la solitude chez les personnes âgées, en intégrant une approche humaine et individualisée au sein de leurs pratiques.<sup>16</sup>

## CONCLUSION

Face au vieillissement de la population et à la prévalence grandissante de l'isolement social et de la solitude, il est important que les médecins généralistes puissent détecter ces situations, étant donné leur impact sur la santé mentale des personnes âgées.

De nombreuses échelles validées permettent de faciliter ce dépistage social et d'évaluer les patients souffrant de dépression dans ce contexte. Des approches multidisciplinaires ont été étudiées pour la prise en charge de ces patients. Un exemple de terrain documente les différentes possibilités de soutien.

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

**Remerciements:** les auteurs remercient l'Office cantonal de la santé du canton de Genève, qui les soutient dans leurs actions de promotion de la santé et dans leur rôle communautaire.

**ORCID ID:**

I. Gérard: <https://orcid.org/0009-0006-6323-5917>

J. Sommer: <https://orcid.org/0000-0002-1505-1367>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'isolement social et la solitude sont fréquents chez les personnes âgées et peuvent avoir de lourdes conséquences sur leur santé mentale.
- Il existe des moyens simples de dépistage de l'isolement, de la solitude et de leurs conséquences sur la santé.
- Une prise en charge interprofessionnelle permet d'améliorer le bien-être de cette tranche d'âge de la population.

1 World Health Organization. Mental health of older adults [En ligne]. 20 octobre 2023. [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults)

2 Hong Teo R, Hui Cheng W, Jie Cheng L, Lau Y, Tiang Lau S. Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr*. 2023 Apr;107:104904.

3 Confédération suisse. Indikatoren-Set für das Monitoring-System NCD [En ligne]. Avril 2016. Disponible sur: [www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/indikatorensset-monitoring-ncd.pdf.download.pdf/Indikatoren-Set\\_für\\_das\\_Monitoring-System\\_NCD.pdf](http://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/npp/ncd/indikatorensset-monitoring-ncd.pdf.download.pdf/Indikatoren-Set_für_das_Monitoring-System_NCD.pdf)

4 Social isolation and health service use [En ligne]. Disponible sur: [https://cesphn.org.au/wp-content/uploads/2022/07/Social\\_Isolation\\_Report\\_final](https://cesphn.org.au/wp-content/uploads/2022/07/Social_Isolation_Report_final)

5 \*\*Freedman A, Nicolle J. Isolement social et solitude: les nouveaux géants gériatriques: Approche à l'intention des soins primaires. *Can Fam Physician*. 2020 Mar;66(3):e78-85.

6 Manzanera O, Tran QD, Le Breton J. Isolement social et solitude chez la personne âgée en temps de pandémie du Covid-19. *Rev Med Suisse*. 2021 Nov 3;17(757):1878-82.

7 Hughes ME, Waite LJ, Hawley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. *Res Aging*. 2004;26(6):655-72. DOI: 10.1177/0164027504268574.

8 Gosling CJ, Colle R, Cartigny A, et al. Measuring loneliness: a head-to-head psychometric comparison of the 3- and 20-item UCLA Loneliness Scales. *Psychol Med*. 2024 Oct 31;54(14):1-7. DOI: 10.1017/S0033291724002083.

9 Koenig HG, Westlund RE, George LK, et al. Abbreviating the Duke Social Support Index for use in chronically ill elderly individuals. *Psychosomatics*. 1993 Jan-Feb;34(1):61-9. DOI: 10.1016/S0033-3182(93)71928-3.

10 Costantini L, Pasquarella C, Odone A, et al. Screening for depression in primary care with Patient Health Questionnaire-9

(PHQ-9): A systematic review. *J Affect Disord*. 2021 Jan 15;279:473-83. DOI: 10.1016/j.jad.2020.09.131.

11 Park SH, Kwak MJ. Performance of the Geriatric Depression Scale-15 with Older Adults Aged over 65 Years: An Updated Review 2000-2019. *Clin Gerontol*. 2021 Mar-Apr;44(2):83-96. DOI: 10.1080/07317115.2020.1839992.

12 Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry*. 1988 Feb 1;23(3):271-84. DOI: 10.1016/0006-3223(88)90038-8.

13 Wong MYC, Ou KL, Chung PK, Chui KYK, Zhang CQ. The relationship between physical activity, physical health, and mental health among older Chinese adults: A scoping review. *Front Public Health*. 2023 Jan 6;10:914548. DOI: 10.3389/fpubh.2022.914548.

14 \*Paquet C, Whitehead J, Shah R, et al. Social Prescription Interventions Addressing Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Meta-Review Integrating On-the-Ground Resources. *J*

*Med Internet Res*. 2023 May 17;25:e40213. DOI: 10.2196/40213.

15 Klimova B, Novotny M, Valis M. The Impact of Nutrition and Intestinal Microbiome on Elderly Depression-A Systematic Review. *Nutrients*. 2020 Mar 7;12(3):710. DOI: 10.3390/nu12030710.

16 Sya'diyah H, Nursalam N, Mahmudah M, Wicaksono WP. Relationship between caring nurses and elderly loneliness. *J Public Health Res*. 2020 Jul 2;9(2):1829. DOI: 10.4081/jphr.2020.1829.

17 Bindels J, Cox K, De La Haye J, et al. Losing connections and receiving support to reconnect: experiences of frail older people within care programmes implemented in primary care settings. *Int J Older People Nurs*. 2015 Sep;10(3):179-89. DOI: 10.1111/opr.12066.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Soutenir la santé mentale des futurs médecins: pistes de réflexion

Dre MARIE-ANNE PHAM<sup>a,b</sup>, PAULINE BOCHET<sup>c</sup>, Dre FRANÇOISE JERMANN<sup>d</sup>, Pre DAGMAR M. HALLER<sup>a</sup> et Pre CAMILLE PIGUET<sup>e,f</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 957-61 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.917.47201

Les difficultés de santé mentale sont fréquentes chez les étudiants, et en particulier chez les étudiants en médecine. Ces derniers souffrent de niveaux plus élevés d'anxiété, de dépression et de burnout que la population du même âge. Ce domaine de recherche en pleine expansion offre quelques pistes de compréhension des facteurs individuels et systémiques. Malgré un niveau de preuve encore faible, la littérature internationale suggère des axes d'amélioration à intégrer dans le curriculum afin de soutenir la santé mentale des étudiants. Nous résumons ici les principales données disponibles à ce jour, ainsi que l'état des lieux actuel à Genève et les perspectives futures.

## Supporting the mental health of future doctors: ideas for consideration

*Mental health problems are common among students, especially medical students. The latter suffer from higher levels of anxiety, depression, and burnout than the population of the same age. This growing field of research offers some insights into individual and systemic factors. Despite the current limited level of evidence, the international literature suggests areas for improvement to be included into the curriculum to support students' mental health. We summarize the main data available to date and present the current situation in Geneva and future perspectives.*

## INTRODUCTION

L'épidémiologie récente nous offre un constat accablant: les cordonniers restent les plus mal chaussés! Si les étudiants en médecine débutent souvent leur cursus d'étude avec un niveau de santé psychologique similaire à leurs pairs du même âge, ils développent par la suite plus d'anxiété, de dépression et de burnout. En effet, la prévalence du burnout, de l'anxiété et de la dépression chez les étudiants en médecine a été estimée à plus de 30% dans une récente revue parapluie.<sup>1</sup> À Genève, des chiffres de 2019 sont encore plus alarmants: environ 45% des étudiants sondés à l'Université de Genève et à la Haute école spécialisée avaient une mauvaise gestion du

stress, et 50 à 60% se sont sentis tristes ou déprimés au cours de l'année écoulée.<sup>2,3</sup> En Suisse plus largement, parmi les données collectées durant la première vague de la pandémie de Covid-19, les niveaux d'anxiété et de dépression des étudiants en médecine s'élevaient respectivement à 22 et 27%, mais étaient comparables aux niveaux de détresse psychologique mesurés hors situation pandémique.<sup>4</sup> Une étude longitudinale lausannoise confirme cette tendance à l'échelle romande, avec une prévalence significativement plus élevée de dépression que dans la population du même âge (46,9 vs 21,7%).<sup>5</sup> Les stressés identifiés au cours de la formation prégraduée sont différents selon l'avancée dans le cursus. Cette étude a identifié des facteurs protecteurs, qui sont présentés dans le **tableau 1**.

Comment expliquer une telle tendance? Le milieu professionnel médical peut tendre à promouvoir une culture de l'excellence, qui implique une pression psychique importante. Au début des études, la quantité de matière à maîtriser, associée à la compétition du concours de fin de première année, s'ajoutent pour certains à l'isolement lié à un possible déménagement. L'entrée en stage clinique implique non seulement une exposition à la souffrance, à la mort et à la chronicité de certaines maladies, mais également un investissement dans un apprentissage continu et l'adaptation aux horaires irréguliers. Diverses peurs et appréhensions peuvent également apparaître, telles que la peur de ne pas être à la hauteur pour les patients, de commettre des erreurs ou de ne pas pouvoir tenir le rythme. Ces facteurs peuvent varier selon le soutien des enseignants, avec par exemple un meilleur niveau de bien-être lorsque la supervision encourage spécifiquement le raisonnement clinique des étudiants.<sup>6</sup>

Peu d'étudiants recourent aux soins de santé mentale du fait de barrières systémiques (économiques, horaires d'ouverture, lieu de consultation) ou individuelles (stigmatisation, peur d'un manque de confidentialité, normalisation des symptômes).<sup>7</sup>

TABLEAU 1		Facteurs protecteurs pour la santé psychique <sup>5</sup>	
Données tirées d'une étude concernant les étudiants en médecine lausannoise.			
<b>Facteurs protecteurs</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Mécanisme de coping moins centré sur les émotions</li> <li>Soutien social</li> <li>Satisfaction vis-à-vis de sa santé</li> <li>Capacité à faire appel</li> <li>Activité physique</li> <li>Avoir un-e partenaire</li> </ul>			

<sup>a</sup>Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, Centre médical universitaire, 1211 Genève 4, <sup>b</sup>Service d'addictologie, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>c</sup>Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>d</sup>Service des spécialités psychiatriques, Département de psychiatrie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>e</sup>Consultation ambulatoire de santé des adolescent-es et jeunes adultes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, <sup>f</sup>Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Genève, Centre médical universitaire, 1211 Genève 4  
mphm@hug.ch | pauline.bochet@etu.unige.ch | francoise.jermann@hug.ch  
dagmar.haller-hester@unige.ch | camille.piguet@unige.ch

**VIGNETTE CLINIQUE**

La première année de médecine de Sophie, 20 ans, est marquée par une charge de travail extrêmement élevée et un rythme soutenu. Les épreuves sélectives l'ont poussée dans ses derniers retranchements. Le stress intense et les longues heures de révisions l'ont affectée sur le plan physique et psychologique. Ses amis et sa famille s'inquiétaient pour elle, mais Sophie a persévéré et a réussi cette année sélective.

Durant les années suivantes, elle a progressivement trouvé son rythme. Toutefois, de nouveaux défis sont apparus, avec un stress grandissant chaque année, à mesure que les exigences de l'année augmentaient. Bien qu'elle ait parfois ressenti un sentiment d'épuisement et de découragement, elle a réussi à maintenir un bon équilibre entre ses études, son travail à temps partiel et ses activités sociales, malgré des sacrifices en matière de loisirs.

L'entrée en Master symbolise la transition vers les stages cliniques. Sophie se confronte à la réalité du terrain. Malgré l'enthousiasme suscité par cette nouvelle phase de son cursus, elle commence à ressentir la pression accrue du monde professionnel et des responsabilités. Son emploi du temps est encore plus chaotique, avec des horaires irréguliers. Elle rencontre des difficultés à organiser ses révisions et doute de ses capacités. Elle se pose également des questions sur ses choix d'orientation, se demandant si elle est prête à faire face à une carrière aussi exigeante. Ses camarades parlent déjà de postuler pour l'inter-nat, mais elle n'a pas encore défini son orientation future. La peur de ne pas être à la hauteur des attentes, couplée à la peur de l'échec, impacte encore davantage sa santé mentale.

**RÉPONDRE AUX BESOINS DE SANTÉ MENTALE: QUE NOUS DIT LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE?**

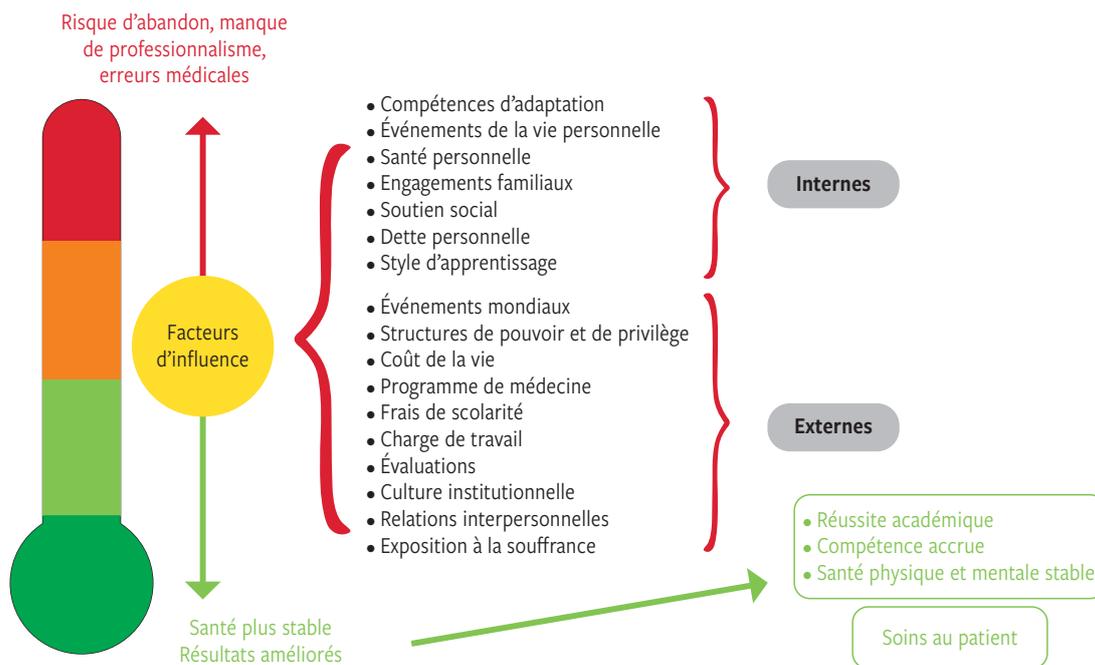
L'expérience de plusieurs facultés de médecine américaines montre la nécessité de renforcer les interventions axées sur le bien-être et de les intégrer dans le cursus pour diminuer la détresse des étudiants lors des études prégraduées<sup>8</sup> et freiner la diminution de l'empathie.<sup>9</sup> De précédentes études ont mis en avant la responsabilité des facultés de médecine à prendre en considération le bien-être de leurs étudiants et à l'intégrer dans le curriculum.<sup>10</sup> Les éléments clés à considérer sont présentés dans la **figure 1**.

**SITUATION ACTUELLE À GENÈVE**

L'Université de Genève a obtenu en 2022 le label «Healthy Campus», catégorie platine,<sup>11</sup> pour les services, ressources et activités mis en place pour veiller au bien-être global des étudiants. Ces services sont malheureusement peu connus des étudiants en médecine: en 2019, deux tiers des 411 répondants à une enquête n'étaient pas informés de la possibilité de consultations psychologiques à 25 CHF par séance proposées par l'université, par exemple. Cependant, un effort certain est actuellement fait via les réseaux sociaux et des étudiants «relais-santé» pour la promotion des ressources ([www.unige.ch/ers](http://www.unige.ch/ers), @ers.unige), ainsi que les étudiants «sentinelles» formés au soutien psychologique ([www.unige.ch/sse/soutiens-par-les-pairs/sentinelles](http://www.unige.ch/sse/soutiens-par-les-pairs/sentinelles)).

Pour les études médicales prégraduées en Suisse, un nouveau référentiel de compétences PROFILES a été mis en place en

**FIG 1** Facteurs impliqués dans la santé mentale



(Adaptée de réf.18).

2017. Celui-ci inclut un objectif spécifique à la santé mentale: *GO 7.9: Allocate personal time and resources effectively in order to balance patient care, learning needs, and private activities outside the workplace, and to sustain their own health; recognize excessive stress; recognize their own substance misuse or personal illness in order to protect patients*

La faculté de médecine de Genève dispose d'une cartographie du curriculum appelée LOOOP, qui permet d'identifier les-activités couvertes par objectif. Dans le curriculum 2024-2025, l'objectif GO 7.9 est actuellement couvert à neuf endroits dans le cursus prégradué (figure 2). Cette figure permet de repérer plusieurs moments clés où il serait pertinent d'intégrer de nouveaux enseignements spécifiquement axés sur la santé mentale.

Dès la première année, les étudiants sont exposés à des contenus soulignant ces aspects, mais ceux-ci sont souvent noyés par l'impératif de réussir le concours pour passer en deuxième année. Par la suite, l'exposition à ces thèmes est principalement facultative. Pourtant, ces contenus sont perçus comme positifs, notamment par les étudiants ayant participé au cours à option sur la pleine conscience:

*«J'arrive à moins stresser en prenant beaucoup plus de recul sur les choses. Il me suffit parfois de cinq respirations en pleine conscience pour que je me recentre. Je vous remercie de m'avoir fait découvrir ce cours, je me remercie moi-même également d'avoir essayé, d'avoir été là pendant ces quelques séances, qui ont pu changer même un petit peu ma vision des choses.»*

## QUELLES APPROCHES POURRAIENT ÊTRE DÉPLOYÉES?

Le niveau de preuve disponible est encore assez faible, mais la littérature internationale offre diverses pistes d'interven-

tions, au niveau individuel ou du curriculum, qui pourraient être intéressantes (tableau 2). Ces interventions visent le plus souvent une réduction du stress, de l'anxiété, du burnout et des idées suicidaires.<sup>12</sup> Les approches non pharmacologiques décrites par Tran et coll. dans ce numéro de la *Revue Médicale Suisse* constituent des options accessibles aux étudiants et faciles à mettre en place.

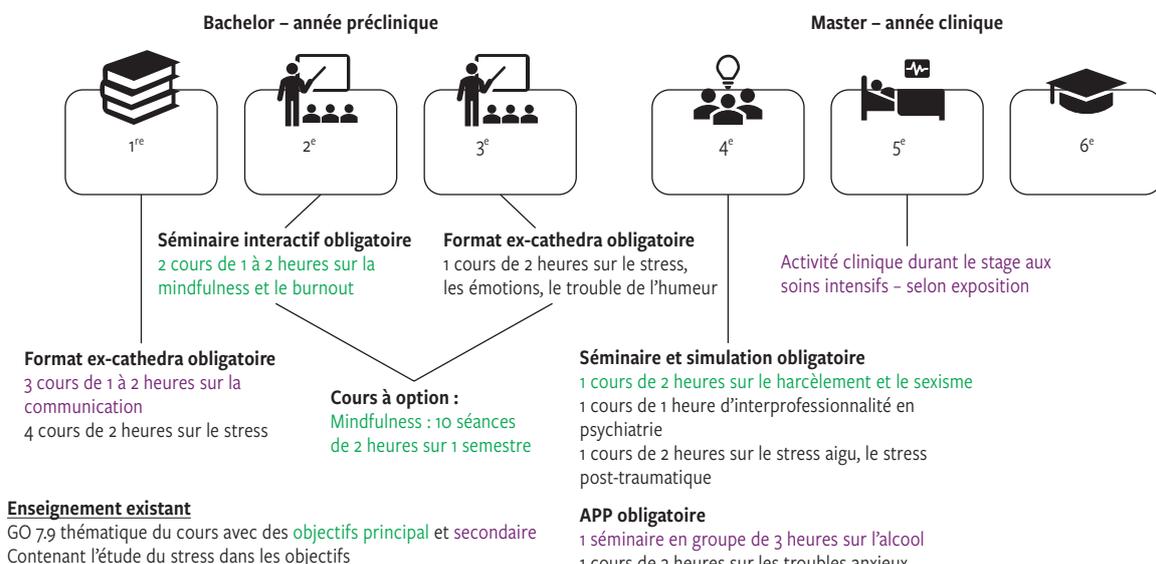
Malgré la reconnaissance du rôle systémique de l'environnement d'étude sur le bien-être individuel des étudiants, la majorité des programmes visent davantage à promouvoir la résilience individuelle que les changements plus globaux.<sup>3</sup> Des voix s'élèvent désormais pour encourager les facultés de médecine à identifier et réduire autant que possible les stressseurs non nécessaires.<sup>3</sup> Des réflexions sont notamment en cours dans les facultés concernant les conditions et le format d'admission, que ce soit par *numerus clausus* ou concours de fin de première année, qui sont des stressseurs majeurs au début des études de médecine.

### VIGNETTE CLINIQUE (suite)

Face à cette pression, Sophie commence à chercher des stratégies pour préserver sa santé mentale. Elle décide d'aborder ses difficultés de manière proactive, en consultant son médecin généraliste pour discuter de son stress et de ses troubles du sommeil. Elle explore des techniques de gestion du stress, telles que la méditation et le yoga, pour améliorer sa concentration et réduire son anxiété. Elle se rend compte qu'elle doit également prendre du temps pour elle, en pratiquant des loisirs créatifs, en sortant avec des amis, en faisant de l'activité physique et en se reconnectant à la nature. Sophie essaie d'adopter une approche plus réaliste de son emploi du temps. Elle apprend à définir des priorités, à accepter le fait qu'elle ne puisse pas tout faire et à

**FIG 2** Résumé du curriculum d'enseignement prégradué actuel à Genève

Cette figure indique les moments où les objectifs d'enseignement incluent l'attention au bien-être personnel (objectif GO 7.9) dans le curriculum de la Faculté de médecine de l'Université de Genève.



**TABLEAU 2** Interventions mentionnées dans la littérature<sup>12</sup>

Interventions visant à promouvoir le bien-être chez les étudiants en médecine.

Type d'intervention	Exemples de programme	Résultats visés
<b>Interventions au niveau individuel</b>		
Pleine conscience (mindfulness)	Séances de méditation souvent guidées sur plusieurs semaines	Réduction du stress Parfois, réduction de l'anxiété et de la dépression
Hypnose	Séances d'hypnose et d'autohypnose médicale sur plusieurs semaines	Réduction de l'anxiété
Programme de santé mentale	Durée variable (jours à semaines) incluant psychoéducation au stress, soin de soi et accès aux services de santé	Réduction du stress, de l'anxiété, de la dépression et des idées suicidaires
Yoga	Séances sur plusieurs semaines	Bien-être, réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression
Intervention cognitive et comportementale	Séances sur plusieurs semaines, incluant des éléments de psychologie positive et une remise en question des patterns de pensée négative	Réduction de l'anxiété et de la dépression
<b>Interventions au niveau du curriculum/au niveau facultaire</b>		
Évaluation réussi-échoué	Changement du système d'évaluation Par exemple, examen fédéral de médecine humaine	Réduction du stress, de l'anxiété, de la dépression et du burnout
Apprentissage par problème	Changement des formats d'enseignement basés sur la résolution de problèmes en groupe	Réduction de l'anxiété et de la dépression
Combinaison de réformes du curriculum	Association des interventions sur les évaluations, diminution des heures de présence obligatoire en préclinique et séances de pleine conscience	Réduction du stress, de l'anxiété et de la dépression

demander de l'aide quand cela est nécessaire. Cela devient un travail quotidien pour gérer son bien-être, son temps et ses études, tout en anticipant les défis à venir. Elle espère ainsi pouvoir continuer son parcours tout en préservant sa santé mentale et physique.

## PERSPECTIVES

Il convient de considérer le maintien d'une bonne santé mentale comme un ingrédient central de la carrière de médecin, à soutenir par des programmes visant tous les étudiants.<sup>13</sup> Il s'agit notamment d'outiller les médecins de demain de compétences leur procurant une bonne réflexivité et la capacité à reconnaître les symptômes de mal-être ou d'inconfort. Il pourrait être pertinent d'intégrer dans le curriculum une partie obligatoire portant sur des objectifs de self-awareness et une partie optionnelle sur le self-care. Il est important de relever que la satisfaction vis-à-vis des études (et non pas de la filière de formation) prédit l'anxiété, le stress, la dépression et le bien-être psychologique, comme montré dans une étude genevoise menée auprès d'étudiants dans le domaine de la santé.<sup>14,15</sup>

Une étude randomisée contrôlée, financée par le Fonds national suisse, est actuellement en cours à Genève (investigateurs principaux: Piguet, Jermann et Rudaz). Cette étude a pour objectif d'évaluer l'efficacité immédiate et à 9 mois d'une intervention de groupe basée sur la pleine conscience (mindfulness) auprès d'étudiants dans le domaine de la santé à Genève. Les corrélations entre les effets cliniques, de neuro-imagerie et biomédicaux d'une telle intervention sont étudiés. Au total, 161 étudiants ont été inclus. Les analyses sont en cours et seront publiées prochainement.

À l'instar des campagnes de prévention contre le harcèlement en milieu hospitalier, il est important de mettre en place des changements systémiques visant à améliorer notre culture médicale et de construire une formation prégraduée bienveillante. Dans le contexte actuel, il est également nécessaire de prendre en compte le coût financier de l'adaptation d'un curriculum visant à soutenir la santé mentale et le potentiel bénéfique d'une prévention du burnout durant les carrières médicales.

Soutenir la santé mentale et le bien-être des étudiants permet également de favoriser le développement d'une identité professionnelle saine et d'augmenter l'humanisme qui permettrait d'assurer la continuité des soins et la sécurité des patients.<sup>16</sup>

Actuellement, à la faculté de médecine de Genève, un groupe de travail sur l'identité professionnelle,<sup>17</sup> incluant des cadres facultaires, des médecins internes et des étudiants représentants, a été mis en place. Il est prévu une révision du curriculum ainsi qu'une intégration transversale de compétences visant à soutenir la santé personnelle des futurs médecins et leurs besoins spécifiques.

## CONCLUSION

À l'heure où l'impact délétère des études de médecine sur la santé mentale de beaucoup d'étudiants ne fait plus de doute, il devient essentiel de continuer à développer à la fois des approches qui soutiennent les capacités de résilience des étudiants et des interventions plus globales, facultaires, visant à soutenir la santé mentale et le bien-être de ces futurs médecins.

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

**ORCID ID:**

M.-A. Pham: <https://orcid.org/0000-0002-1966-8129>

F. Jermann: <https://orcid.org/0000-0001-6262-9603>

D. M. Haller: <https://orcid.org/0000-0003-1781-3318>

C. Piguet: <https://orcid.org/0000-0003-4317-0918>

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Les cordonniers restent les plus mal chaussés, avec une prévalence très importante (jusqu'à 40%) de difficultés psychiques chez les étudiants en médecine.
- Un changement systémique est nécessaire afin d'améliorer notre culture médicale et de construire une formation prégraduée bienveillante pouvant soutenir le développement d'une identité professionnelle saine.
- Il est nécessaire d'encourager les facultés de médecine à identifier et réduire les stressseurs autant que possible.
- Promouvoir l'intégration dans un curriculum d'objectifs de self-awareness et de self-care tout en maintenant la satisfaction des étudiants vis-à-vis de leurs études est un défi actuel.

1 \*\*Jahrami H, AlKaabi J, Trabelsi K, et al. The worldwide prevalence of self-reported psychological and behavioral symptoms in medical students: An umbrella review and meta-analysis of meta-analyses. *J Psychosom Res.* 2023 Oct;173:111479.

2 \*Rotenstein LS, Ramos MA, Torre M, et al. Prevalence of Depression, Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA.* 2016 Dec 6;316(21):2214-36.

3 Witt K, Boland A, Lamblin M, et al. Effectiveness of universal programmes for the prevention of suicidal ideation, behaviour and mental ill health in

medical students: a systematic review and meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* 2019 May;22(2):84-90.

4 Ernst J, Jordan KD, Weilenmann S, et al. Burnout, depression and anxiety among Swiss medical students – A network analysis. *J Psychiatr Res.* 2021 Nov;143:196-201.

5 \*Carrard V, Berney S, Bourquin C, et al. Mental health and burnout during medical school: Longitudinal evolution and covariates. *PLoS One.* 2024 Apr 16;19(4):e0295100.

6 Pietrement C, Barbe C, Bouazzi L, Maisonneuve H. Impact of training in the supervision of clinical reasoning in the pediatric emergency department

on residents' perception of the on-call experience. *Arch Pediatr.* 2023 Nov;30(8):550-7.

7 Berliant M, Rahman N, Mattice C, Bhatt C, Haykal KA. Barriers faced by medical students in seeking mental healthcare: A scoping review. *MedEdPublish* (2016). 2022 Nov 16;12:70.

8 Dyrbye LN, Shanafelt TD, Werner L, et al. The Impact of a Required Longitudinal Stress Management and Resilience Training Course for First-Year Medical Students. *J Gen Intern Med.* 2017 Dec;32(12):1309-14.

9 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med.* 2011 Aug;86(8):996-1009.

10 Pipas C, Damianos J, Montalbano L, et al. A Curriculum to Promote a Culture of Wellness Among Medical Students and Faculty. *PRIMER.* 2020 Jul 10;4:13.

11 UNIGE. Bien-être des étudiant-es: une mention platinium pour l'UNIGE [En ligne]. 5 mai 2022. Disponible sur: [www.unige.ch/lejournal/vie-unige/printemps-2022/healthy-campus](http://www.unige.ch/lejournal/vie-unige/printemps-2022/healthy-campus)

12 \*Bennett-Weston A, Keshtkar L, Jones M, et al. Interventions to promote medical student well-being: an overview of systematic reviews. *BMJ Open.* 2024 May 9;14(5):e082910.

13 Byrnes C, Ganapathy VA, Lam M, Mogensen L, Hu W. Medical student perceptions of curricular influences on

their wellbeing: a qualitative study. *BMC Med Educ.* 2020 Aug 31;20(1):288.

14 Franzen J, Jermann F, Ghisletta P, Rudaz S, Bondolfi G, Tran NT. Psychological Distress and Well-Being among Students of Health Disciplines: The Importance of Academic Satisfaction. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 23;18(4):2151.

15 Tran NT, Franzen J, Jermann F, et al. Psychological distress and well-being among students of health disciplines in Geneva, Switzerland: The importance of academic satisfaction in the context of academic year-end and COVID-19 stress on their learning experience. *PLoS One.* 2022 Apr 6;17(4):e0266612.

16 Rabow MW, Evans CN, Remen RN. Professional formation and deformation: repression of personal values and qualities in medical education. *Fam Med.* janv 2013 Jan;45(1):13-8.

17 Guessou I, Nendaz M. Comment habiter la profession de médecin? – Newsletter de la faculté de médecine – UNIGE [En ligne]. Avril 2024. Disponible sur: [www.unige.ch/medecine/newsletter/archives/numero-48-avril-2024/comment-habiter-la-profession-de-medecin](http://www.unige.ch/medecine/newsletter/archives/numero-48-avril-2024/comment-habiter-la-profession-de-medecin)

18 \*Mohmand S, Monteiro S, Solomonian L. How are Medical Institutions Supporting the Well-being of Undergraduate Students? A Scoping Review. *Med Educ Online.* 2022 Dec;27(1):2133986.

\* à lire  
\*\* à lire absolutement

# Nouvelles options de traitement grâce à l'édition génomique

## La technologie CRISPR/Cas dans la drépanocytose et la $\beta$ -thalassémie dépendante de la transfusion



© shutterstock.com/Butusova Elena

La drépanocytose et la  $\beta$ -thalassémie dépendante des transfusions (TDT) sont des maladies rares et congénitales de l'hématopoïèse. Les symptômes comprennent généralement des crises douloureuses massives et des lésions des organes dans la drépanocytose, ou une anémie chronique et une dépendance transfusionnelle dans la TDT. Dans les deux cas, les personnes concernées ont une espérance de vie réduite de plusieurs dizaines d'années. Le traitement des maladies du groupe des hémoglobinopathies représente un défi multidisciplinaire et devrait toujours être effectué dans des centres spécialisés. L'orientation est souvent effectuée par des médecins établis qui doivent connaître les tableaux cliniques et les possibilités de traitement innovantes.<sup>1</sup>

### Points communs et différences entre les tableaux cliniques

Une molécule d'hémoglobine est composée de groupes hèmes liés par des chaînes de globine. La drépanocytose et la TDT sont des maladies attribuables à différents défauts héréditaires du gène de la bêta-globine. Ces mutations entraînent une altération de la quantité ou de la fonction de l'hémoglobine produite. En général, les thalassémies peuvent être classées en fonction de leur degré de gravité. La  $\beta$ -thalassémie se caractérise par une anémie microcytaire hypochrome d'intensité variable. Dans la forme la plus grave, le TDT, les personnes concernées dépendent de l'administration régulière de transfusions sanguines, ce qui entraîne toutefois une surcharge en fer croissante de l'organisme, qui ne peut généralement être traitée qu'inefficacement par chélation.<sup>2,3</sup>

Dans la drépanocytose, la mutation du gène de la  $\beta$ -globine entraîne la formation de la fameuse hémoglobine falciforme (HbS) - les globules rouges se modifient après la libération d'oxygène et prennent la forme d'une faucille. C'est aussi la cause des crises vaso-occlusives (CVO) caractéristiques et parfois mortelles, qui peuvent s'accompagner d'épisodes douloureux dans la poitrine, l'abdomen ainsi que dans d'autres régions du corps, voire d'infarctus osseux et d'attaques cérébrales. Pour les deux maladies, la transplantation de cellules souches était jusqu'à ici considérée comme le seul traitement curatif. Mais en raison du manque de donneurs et donneuses et des effets secondaires potentiellement mortels, des alternatives sont nécessaires.<sup>4</sup>

### Un outil inspiré de la nature

CASGEVY® (exagamglogène autotemcel/Exa-cel) est le premier et actuellement le seul traitement d'édition génomique autorisé qui ouvre de nouvelles perspectives de traitement aux patient(e)s. Le mécanisme CRISPR/Cas sur lequel il repose provient à l'origine des bactéries, qui s'en servent pour se défendre contre les intrusions d'ADN, notamment les virus. La technologie ainsi développée ne fonctionne pas seulement dans les microorganismes, mais fondamentalement dans toutes les cellules vivantes.<sup>5</sup> La capacité de reconnaître précisément l'ADN et de le couper à un endroit déterminé a été développée pour devenir un outil moléculaire pour la génétique: Exa-cel est une thérapie cellulaire non virale consistant en des cellules éditées ex vivo au moyen de la technologie CRISPR/Cas9.<sup>6</sup> Les propres cellules souches et progénitrices hématopoïétiques des patient(e)s sont

éditées dans la région activatrice spécifique à la lignée érythroïde du gène BCL11A par coupure précise du double brin d'ADN. La proportion croissante d'hémoglobine fœtale dans les érythrocytes doit permettre d'éviter les crises vaso-occlusives chez les patient(e)s atteint(e)s de drépanocytose et de garantir l'indépendance transfusionnelle des patient(e)s atteint(e)s de TDT.<sup>7,8</sup>

### Les données laissent espérer un succès durable

Les données des études d'homologation sont convaincantes: dans ce contexte, les experts ont très bien accueilli la décision de Swissmedic en septembre 2024 d'autoriser Exa-cel pour les patient(e)s atteint(e)s de drépanocytose et de TDT.<sup>9</sup> L'efficacité et la tolérabilité ont été évaluées dans deux études de phase III internationales, multicentriques, à un seul bras et en ouvert, menée auprès d'enfants et d'adultes (12-35 ans) atteints de drépanocytose (CLIMB SCD-121) et de TDT (CLIMB THAL-111). Le traitement par Exa-cel a entraîné une augmentation précoce et durable de l'Hb et de l'HbF et a permis à 53/54 (98 %) des patient(e)s ayant des données évaluable (suivi d'au moins 16 mois) d'obtenir une indépendance transfusionnelle d'au moins 12 mois consécutifs dans les études CLIMB-111 et CLIMB-131. La durée moyenne d'indépendance transfusionnelle était de 34,5 mois, avec un maximum de 64,1 mois.<sup>10</sup> Dans le cas de la drépanocytose, 39/42 (93 %) des patient(e)s présentant des données évaluable étaient exempts de CVO pendant au moins 12 mois consécutifs dans CLIMB-121 et CLIMB-131. La durée moyenne de l'absence de CVO était de 30,9 mois, avec un maximum de 59,6 mois.<sup>10</sup>

Au suivi à long terme, les patient(e)s continuent de présenter des valeurs stables pour l'hémoglobine fœtale (HbF) et l'édition allélique dans tous les groupes d'âge et génotypes. Le profil de sécurité d'Exa-cel se maintient généralement avec le conditionnement myéloablatif par busulfan et la transplantation de cellules souches hématopoïétiques autologues.<sup>10</sup>

D'autres données sur l'efficacité et la sécurité à long terme suivront. Par exemple, l'étude en cours CLIMB-131 est conçue pour suivre les patient(e)s jusqu'à 15 ans après la perfusion d'Exa-cel.

Mag. Sylvia Neubauer

Sources:

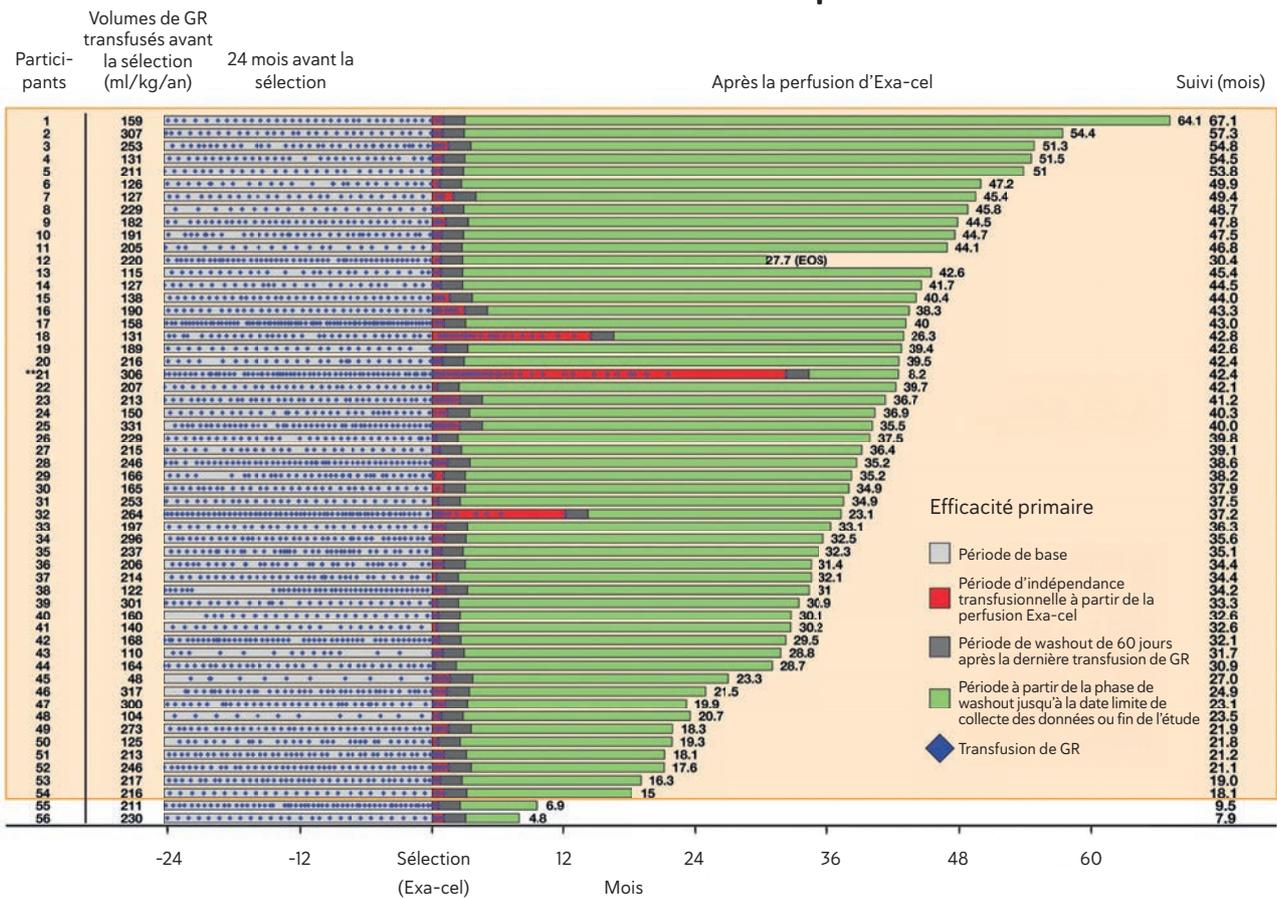
- 1 [https://www.pei.de/SharedDocs/schulungsmaterial/Casgevy-Schulungsmaterial-Aerzte\\_Version-1\\_Patientenpass.html](https://www.pei.de/SharedDocs/schulungsmaterial/Casgevy-Schulungsmaterial-Aerzte_Version-1_Patientenpass.html)
- 2 AWMF-S1-Leitlinie Thalassämie. Version: 01/2023.
- 3 Galanello R, Origa R. Beta-thalassaemia. Orphanet J Rare Dis. 2010; 5:11-11.
- 4 AWMF-S2k-Leitlinie Sichelzellerkrankheit. Version: 07/2020.
- 5 Xiaohan G et al., Characterization of the self-targeting Type IV CRISPR interference system in Pseudomonas oleovorans; Nature Microbiology, 2022; DOI: 10.1038/s41564-022-01229-2.
- 6 Information professionnelle de Casgevy (version 06/2024). [www.swissmedicinfo](http://www.swissmedicinfo).
- 7 Sankaran VG et al., Cold Spring Harb Perspect Med 2013; 3(1): a01164.
- 8 Bauer DE et al., Curr Opin Gene Dev 2015; 33: 62-70.
- 9 Communiqué de presse lung Vertex Pharmaceuticals; 09/24.
- 10 Exagamglogén Autotemcel for severe sickle cell disease, ASH 2024.
- 11 Clinicaltrials.gov. <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04208529>. Consulté en novembre 2024.
- 12 Exagamglogén Autotemcel for transfusion dependent β-thalassaemia, ASH 2024.

Sources disponibles auprès de Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH

REGARDER ZUNI: Courte vidéo sur le mécanisme d'action du traitement basé sur la technologie CRISPR/Cas9:



### Statut transfusionnel dans la TDT après Exa-cel



- Lors de l'évaluation des critères d'évaluation de l'efficacité, 94 % (51/54) des participant(e)s de l'étude CLIMB THAL-111 avaient atteint le critère d'évaluation primaire d'indépendance transfusionnelle pendant ≥ 12 mois consécutifs (IT12).<sup>12</sup>
- Un participant qui n'a pas atteint IT12 n'avait pas reçu de transfusions pendant 8,2 mois après la dernière évaluation des données en août 2024.<sup>a</sup>
- En moyenne, les participant(e)s ont obtenu une indépendance transfusionnelle de 34,5 mois.

Les données du jeu d'analyses complet s'afficheront. La population d'analyse de l'efficacité primaire comprend tou(te)s les participant(e)s évaluables pour le critère d'évaluation primaire à partir d'août 2024. 48 participant(e)s ont achevé l'étude CLIMB THAL-111 et 47 sont actuellement inscrit(e)s à l'étude CLIMB-131 (1 sur 131

a retiré son consentement, mais pas à cause d'un événement indésirable).  
<sup>a</sup> L'IT12 est un critère d'évaluation primaire dans CLIMB THAL-111 et un critère d'évaluation secondaire dans CLIMB-131.<sup>11</sup>

EOS, fin de l'étude; Exa-cel, exagamglogène autotemcel; GR, globules rouges; IT12, indépendance transfusionnelle pendant 12 mois consécutifs avec maintien d'une hémoglobine moyenne pondérée de 2-9 g/dl.

# Et si l'on s'intéressait aussi à la santé mentale des médecins de famille?

Dre CHRISTINE COHIDON<sup>a</sup> et Pr NGUYEN TOAN TRAN<sup>a,b</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 964-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47204

La préservation du bien-être des professionnels fait partie des objectifs de tout système de santé qui se veut durable. Dans ce domaine, les médecins de famille présentent des risques élevés d'atteinte à leur santé mentale, en partie dus à une charge de travail et à un niveau de stress élevés. Une des difficultés concerne la mesure objective du mal-être. Le Physician Well-Being Index a été développé en ce sens et a montré des qualités prédictives intéressantes. La question de la santé mentale des professionnels de soins primaires doit aussi être replacée dans la perspective du contexte actuel de transformation des modèles organisationnels. Si ces évolutions sont présentées comme des réponses à la surcharge des médecins de famille, les rares études disponibles ne vont pas toujours dans le sens d'une amélioration de leur bien-être.

## What if we also focused on the mental health of family physicians?

*Maintaining the well-being of healthcare professionals is a fundamental objective of any sustainable healthcare system. In this context, family physicians face significant mental health risks, partly linked to high stress levels. A key difficulty lies in the objective measurement of psychological distress. The Physician Well-being Index has been developed for this purpose and has demonstrated promising predictive qualities. The issue of primary care professionals' mental health must also be considered in the broader context of evolving organizational structures. Although these developments are presented as remedies for the overwhelming workload of family physicians, the sparse empirical evidence does not reliably indicate improvements in their well-being.*

## INTRODUCTION

En 2014, le fameux Triple Aim des systèmes de santé (améliorer l'expérience patient et la santé des populations tout en réduisant les coûts) s'est enrichi d'une quatrième dimension: la préservation des professionnels.<sup>1</sup> Dans le contexte bien connu d'augmentation des besoins de santé et de pénurie de professionnels, en particulier en soins primaires, préserver les professionnels pour assurer la durabilité du système sanitaire apparaît comme une évidence.<sup>2</sup>

Pour des raisons de fréquence des plaintes et de disponibilité des données, cet article se focalise sur la santé mentale des médecins généralistes/médecins de famille, abordée sous trois angles: un état des lieux via différents indicateurs de

santé mentale chez les médecins généralistes et les étudiants en médecine, la présentation d'un outil de mesure de l'état psychique et enfin l'impact potentiel des transformations des modèles de soins primaires sur la santé mentale des professionnels.

## ÉTAT DES LIEUX: PRÉVALENCES, RATIOS, MESURES ET RECOURS AUX SOINS

Le secteur de la santé est considéré comme un secteur à risque de problèmes de santé mentale pour les professionnels qui y travaillent. Ainsi, la très récente revue de la littérature et méta-analyse de Zimmermann et coll.<sup>3</sup> vient confirmer des travaux antérieurs concernant la mortalité par suicide, qui est significativement augmentée chez les médecins par rapport à la population générale.<sup>4,5</sup>

La synthèse porte sur 39 études issues de différents pays et couvrant des périodes d'observation de 1935 à 2020 pour les hommes médecins et de 1960 à 2020 pour les femmes médecins. Malgré une diminution des ratios standardisés de suicide sur les périodes étudiées, les taux de suicide restent élevés, en particulier chez les femmes médecins, avec un ratio significativement plus élevé (1,76; intervalle de confiance à 95%: 1,40-2,21) que dans la population générale (et que chez les hommes médecins, chez qui le risque n'est pas statistiquement différent de celui des hommes en population générale).

Les auteurs font cependant état d'une forte variabilité entre les études (qui viennent le plus souvent d'Europe, des États-Unis et d'Australie), suggérant des différences de risque selon les populations et les sous-groupes de médecins. La littérature décrivant les différences entre spécialités est en revanche plus limitée. Cependant, un excès de risque serait observé chez les anesthésistes, les psychiatres, les chirurgiens et les médecins généralistes.<sup>5,6</sup>

En termes de morbidité, d'après l'étude du Commonwealth Fund conduite en 2022 dans 11 pays occidentaux (Allemagne, Australie, Canada, États-Unis, France, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Royaume-Uni, Suède et Suisse) sur des échantillons d'environ 1000 médecins généralistes, près de deux tiers des médecins rapportent avoir souffert de symptômes psychiques anxieux et/ou dépressifs depuis 2019 et le début de la pandémie de Covid-19.<sup>7</sup> Toujours d'après les enquêtes du Commonwealth Fund, pour ce qui concerne les facteurs de risque d'atteinte à la santé mentale, sur l'ensemble des 11 pays, environ 60% des médecins de premier recours déclarent avoir un travail stressant ou très stressant, en particulier les moins de 55 ans. D'après les études précédentes,

<sup>a</sup>Département de médecine de famille, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>The Australian Centre for Public and Population Health Research, Faculty of Health, University of Technology Sydney, 235 Jones St, Ultimo NSW 2007 (PO Box 123), Australie  
christine.cohidon@unisante.ch | nguyen-toan.tran@unisante.ch

l'exposition au stress au travail des médecins de famille a augmenté entre 2015 et 2019 dans la plupart des pays étudiés. De plus, cette augmentation concernerait les hommes comme les femmes et toutes les classes d'âge (figure 1).

Par ailleurs, il est inquiétant d'observer que les professionnels de santé ont une faible tendance à recourir au soutien de professionnels, en particulier en cas de problèmes de santé mentale.<sup>9</sup>

Chez les étudiants en médecine, le faible recours aux soins en cas de problèmes de santé mentale semble déjà être une question préoccupante. Très récemment, une étude française d'envergure nationale (n = 10320) a rapporté que parmi les étudiants en médecine et les internes français souffrant d'un trouble dépressif majeur, seuls 32% ont reçu un traitement adéquat (psychothérapie et/ou pharmacothérapie recommandée, comprenant hypnotiques, antidépresseurs, anxiolytiques et antipsychotiques).<sup>10</sup>

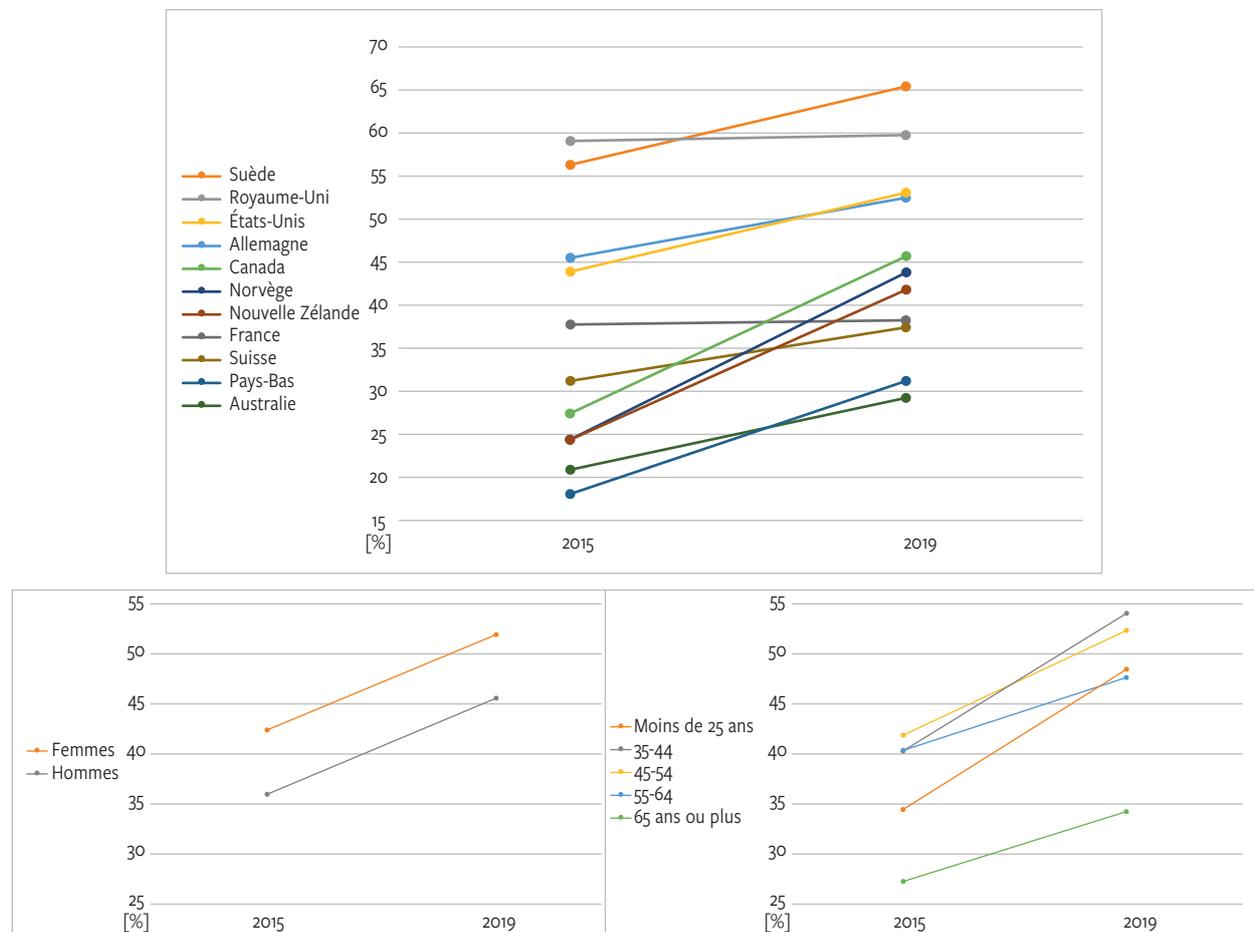
### COMMENT MESURER SON ÉTAT PSYCHIQUE?

Il existe de nombreux outils de mesure des symptômes psychiques, allant des listes de symptômes aux outils de diagnos-

tic. Cependant, du fait de la définition très large de la santé mentale comme continuum entre le bien-être complet et la présence de troubles psychiatriques majeurs, il est parfois difficile de situer son niveau de détresse psychique. Un outil a été développé en ce sens, spécifiquement pour les médecins généralistes.<sup>11</sup> Cet outil, le Physician Well-Being Index, n'est pas un outil de mesure spécifique des expositions psychosociales au travail, ni un outil de mesure de problèmes spécifiques de santé mentale, tels que les troubles dépressifs par exemple. Il s'agit d'un outil constitué de sept questions (avec des réponses en oui/non), explorant à la fois le potentiel mal-être des professionnels au travers de plusieurs symptômes, comme la fatigue, l'épuisement ou un état dépressif, mais aussi ses conséquences en termes d'incapacité à mener son travail ou ses activités domestiques (tableau 1). Utilisé dans une étude sur un échantillon national d'environ 7000 médecins américains, il a montré une capacité prédictive concernant l'intention de quitter son emploi ou de réduire son temps de travail, ainsi que concernant les erreurs médicales potentielles. Par ailleurs, un score supérieur ou égal à 4 permettrait de détecter des idées suicidaires, une fatigue intense et une mauvaise qualité de vie relative à la santé mentale, avec une spécificité de 85%.

Cet outil a le mérite d'être court (moins d'1 minute de remplissage) et facilement utilisable par les professionnels

FIG 1 Évolution du stress chez les médecins de premier recours



(Source des données: réf. 8, exploitation: C. Ducrest, C. Cohidon).

<b>TABLEAU 1</b>		<b>Sept composantes du Physician Well-Being Index</b>
Pendant le mois dernier		Réponse oui/non (codée 1/0)
1.	Vous êtes-vous senti épuisé professionnellement?	
2.	Avez-vous craint que votre travail ne vous porte préjudice sur le plan émotionnel?	
3.	Avez-vous souvent été contrarié par un sentiment de tristesse, de dépression ou de désespoir?	
4.	Vous êtes-vous déjà endormi en conduisant ou à l'arrêt dans la circulation?	
5.	Avez-vous eu l'impression que toutes les choses que vous aviez à faire s'accumulaient au point que vous ne pouviez plus les surmonter?	
6.	Avez-vous été contrarié par des problèmes émotionnels (tels que des sentiments d'anxiété, de dépression ou d'irritabilité)?	
7.	Votre santé physique a-t-elle interféré avec votre capacité à effectuer votre travail quotidien à la maison et/ou à l'extérieur?	

(D'après réf. 11).

pour identifier des situations de mal-être pouvant avoir des conséquences sur le travail. Il reste néanmoins très général et ne permet pas d'identifier l'origine des troubles ou les risques psychosociaux, limitant son utilité dans une perspective de prévention.

## TRANSFORMATION DU MODÈLE DE SOINS PRIMAIRES ET SANTÉ MENTALE DES PROFESSIONNELS

Les motifs de mal-être, de détresse psychologique, voire de syndrome dépressif en lien avec le travail chez les médecins généralistes ont été maintes fois décrits dans la littérature. Une charge de travail élevée, en particulier lorsqu'il s'agit de tâches administratives, et une dévalorisation de la spécialité (de la part des autres spécialistes et du fait d'une rémunération inférieure à ces derniers), le tout conduisant souvent à une perte du sens du travail, sont les facteurs les plus fréquemment incriminés.<sup>12</sup>

Le contexte particulier de la transformation des modèles de soins primaires est également à considérer. En effet, depuis quelques décennies et avec des variations selon les pays, la plupart des pays occidentaux transforment leur modèle de soins primaires pour répondre de manière plus efficiente aux défis du vieillissement de la population et à la transition épidémiologique. Cette évolution se caractérise principalement par le passage d'un modèle médico-centré à une approche de prise en charge par des équipes pluriprofessionnelles de soins primaires. L'impact de ces transformations sur le bien-être des professionnels reste peu documenté, et les études existantes mettent en lumière des résultats non convergents.<sup>13-15</sup>

Le développement d'équipes de soins primaires est généralement présenté comme une source d'amélioration des conditions de travail et du bien-être des médecins de famille. Les arguments en faveur de l'amélioration des conditions de travail sont nombreux: diminution de la charge de travail, possibilité de déléguer certaines activités comme les tâches

administratives, partage des responsabilités et amélioration de la qualité des soins.

Cependant, un changement de pratique professionnelle n'est pas sans conséquences. En particulier, le passage d'une culture centrée sur le médecin à une culture basée sur une équipe soulève des inquiétudes quant à la relation patient-médecin. La crainte de perdre ce lien privilégié est palpable, tout comme l'acceptation de la délégation ou du transfert de tâches, une question cruciale pour l'autonomie et le sens du métier. Par ailleurs, la modification organisationnelle des flux de travail, avec une redistribution des rôles, le recrutement et la formation de nouveaux professionnels, la création de nouvelles tâches cliniques et administratives, et enfin, l'appropriation de nouveaux outils (par exemple, le dossier électronique) sont aussi évoqués comme des facteurs délétères pour le médecin.

## CONCLUSION

Préserver la santé mentale des professionnels de soins primaires est une démarche fondamentale pour le bon fonctionnement de notre système de santé. Si cet article s'est concentré sur les médecins de famille, il est crucial de souligner que les défis sont partagés par l'ensemble des professionnels de soins primaires: infirmier-ière-s, assistant-e-s médicaux-les, physiothérapeutes, psychologues et pharmacien-ne-s. Tous sont concernés, d'autant plus dans un contexte de pénurie de personnel partagée par la plupart de ces professions.

Bien que les facteurs de risque soient connus et les signaux d'alerte identifiés, la situation semble continuer de se dégrader, du moins en termes de stress et d'insatisfaction au travail. Bien que les possibilités de prise en charge se multiplient<sup>16</sup> (cf. article sur la santé mentale des étudiants dans ce même numéro de la *Revue Médicale Suisse*<sup>17</sup>), comme dans bien d'autres secteurs d'activités, c'est particulièrement en amont qu'il faut agir. Par ailleurs, en accord avec les modèles de stress au travail, il faut aussi souligner l'importance du soutien social. Ainsi, pour les médecins généralistes, le rôle du soutien des pairs, par exemple via les faïtières, et le portage de valeurs communes et solidaires ne doivent pas être sous-estimés. Il est donc impératif de reconnaître la complexité de cette problématique. Les causes sont multiples et intimement liées aux évolutions organisationnelles des soins primaires qui touchent actuellement les pays occidentaux.

De ce fait, il est indispensable de poursuivre les recherches afin de comprendre les mécanismes à l'œuvre dans le développement du mal-être des professionnels de soins primaires et de proposer des stratégies de prévention adaptées aux différentes étapes conduisant à cette situation.

C'est à cette condition que nous pourrions garantir la durabilité de nos systèmes de santé.

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

ORCID ID:

C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500X>

N. T. Tran: <https://orcid.org/0000-0001-7134-7878>

**IMPLICATIONS PRATIQUES**

- Les médecins de famille sont particulièrement concernés par les problèmes de santé psychique en comparaison avec d'autres professions et secteurs d'activité. De plus, ils ont tendance à faiblement recourir aux soins.
- Il existe un outil, le Physician Well-Being Index, qui permet aux médecins de famille de mesurer leur mal-être.
- Le contexte actuel de transformation des modèles de soins primaires dans de nombreux pays occidentaux a probablement un lien avec le bien-être des médecins de famille, mais les études dans ce domaine sont encore contradictoires quant au sens de cette association.

1 Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014 Nov-Dec;12(6):573-6. DOI: 10.1370/afm.1713.

2 \*Breton M, Cohidon C, Falcoff H, et al. Imaginer les soins primaires de demain. Genève: RMS Éditions, 2025.

3 \*\*Zimmermann C, Strohmaier S, Herkner H, et al. Suicide rates among physicians compared with the general population in studies from 20 countries: gender stratified systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2024 Aug 21;386:e078964. DOI: 10.1136/bmj-2023-078964.

4 Schernhammer E. Taking their own

lives – the high rate of physician suicide. *N Engl J Med*. 2005;352(24):2473-6. DOI: 10.1056/NEJMp058014.

5 Dutheil F, Aubert C, Pereira B, et al. Suicide among physicians and health-care workers: A systematic review and meta-analysis. *PloS One* 2019 Dec 12;14(12):e0226361. DOI: 10.1371/journal.pone.0226361.

6 Hawton K, Clements A, Sakarovitch C, et al. Suicide in doctors: a study of risk according to gender, seniority and specialty in medical practitioners in England and Wales, 1979-1995. *J Epidemiol Community Health*. 2001 May;55(5):296-300. DOI: 10.1136/jech.55.5.296.

7 Gunja M, Gumas ED, Fields K, et al. Stressed Out and Burned Out: The Global Primary Care Crisis. Findings from the 2022 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. 17 novembre 2022. Disponible sur: [www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/nov/stressed-out-burned-out-2022-international-survey-primary-care-physicians](http://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2022/nov/stressed-out-burned-out-2022-international-survey-primary-care-physicians)

8 Primary and hospital care. Job stress and job satisfaction among general practitioners: evolution between 2012 and 2019 in 11 Western countries [En ligne]. Mai 2023. Disponible sur: [www.sgaim.ch/fileadmin/user\\_upload/Adaptionen/Congress/Dokumente/FK\\_23/FK2023\\_Abstactbook\\_12042023.pdf](http://www.sgaim.ch/fileadmin/user_upload/Adaptionen/Congress/Dokumente/FK_23/FK2023_Abstactbook_12042023.pdf)

9 \*Cohidon C, Mahler L, Broers B, et al. Primary Care Physicians' Personal and Professional Attributes Associated With Forgoing Own Care and Presenteeism: A Cross Sectional Study. *Int J Public Health*. 2022 Feb 15;66:1604442. DOI: 10.3389/ijph.2021.1604442.

10 Vergeron L, Morvan Y, Hadouiri N, et al. Use of service and treatment adequacy in medical students and residents suffering from depression in France: A nationwide study. *Psychiatry Res*. 2024 Sep;339:115975. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115975.

11 \*\*Dyrbye LN, Satele D, Sloan J, et al. Utility of a Brief Screening Tool to Identify Physicians in Distress. *J Gen Intern Med*. 2013 Mar;28(3):421-7.

DOI: 10.1007/s11606-012-2252-9.

12 Bien-être des professionnels de soins primaires. In: Senn N, Yann B, Christine C, editors. Imaginer les soins primaires de demain. Genève: RMS Éditions, 2025.

13 \*Grumbach K, Knox M, Huang B, et al. A Longitudinal Study of Trends in Burnout During Primary Care Transformation. *Ann Fam Med*. 2019;17(Suppl.1):S9-16. DOI: 10.1370/afm.2406.

14 \*Peikes DN, Swankoski K, Hoag SD, et al. The Effects of a Primary Care Transformation Initiative on Primary Care Physician Burnout and Workplace Experience. *J Gen Intern Med*. 2019 Jan;34(1):49-57. DOI: 10.1007/s11606-018-4545-0.

15 Casalino LP, Jung HY, Bodenheimer T, et al. The Association of Teamlets and Teams with Physician Burnout and Patient Outcomes. *J Gen Intern Med*. 2023 May;38(6):1384-92. DOI: 10.1007/s11606-022-07894-7.

16 \*Fendel JC, Bürkle JJ, Göritz AS. Mindfulness-Based Interventions to Reduce Burnout and Stress in Physicians: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Acad Med*. 2021 May 1;96(5):751-64. DOI: 10.1097/acm.0000000000003936.

17 Pham MA, Bochet P, Jermann F, et al. Soutenir la santé mentale des futurs médecins: pistes de réflexion. *Rev Med Suisse*. 2025;917(21):957-61.

\* à lire  
\*\* à lire absolument

# Santé mentale et soins primaires: quoi de neuf dans la littérature en 2025?

Dre CHRISTINE COHIDON<sup>a</sup>, Pr NICOLAS SENN<sup>a</sup> et Pr NGUYEN TOAN TRAN<sup>a,b</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 968-74 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.917-47225

La prise en charge de patients souffrant de symptômes psychiques est courante pour les médecins de famille. En matière de dépistage, de nombreux outils validés existent. Les plus utiles sont dérivés du Patient Health Questionnaire (syndromes anxio-dépressifs) et du Patient Stress Questionnaire (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise pour les problèmes d'alcool et General Anxiety Disorder Questionnaire pour les troubles anxieux). Dans un objectif d'amélioration de la prise en charge de ces patients, une meilleure intégration des soins somatiques et psychiques est recherchée. Plusieurs options sont possibles et l'évaluation de leur impact est encourageante: intégration de professionnels de santé mentale dans les structures de soins primaires et, inversement, intégration de professionnels de soins primaires dans les structures communautaires de santé mentale.

## Mental health in primary care: What's new in the scientific literature in 2025?

*The management of patients with psychological symptoms is common practice for family physicians. Regarding screening, numerous validated tools exist. The most useful are derived from the Patient Health Questionnaire (for anxiety-depressive syndromes) and the Patient Stress Questionnaire (Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise for alcohol-related problems and General Anxiety Disorder Questionnaire for anxiety disorders). With the aim of improving patient care, better integration of somatic and psychological approaches is essential. Several options are possible, and their respective evaluations are encouraging: integration of mental health professionals into primary care settings and, conversely, integration of primary care professionals into community mental health structures.*

## INTRODUCTION

Comme chaque année, nous proposons une sélection d'articles en lien avec l'organisation du système de santé, en particulier des soins primaires, issus de la littérature scientifique sur la médecine de famille et parus très récemment. En lien avec la thématique retenue cette année, nous présentons des articles sur la santé mentale en médecine de famille dans une perspective organisationnelle. Cependant, comme partie introductive, nous proposons de lister les outils de dépistage disponibles pour le médecin de famille (MF) dans le domaine de la santé mentale et d'apporter quelques considérations de santé publique autour du concept de dépistage qu'il nous semble important de connaître pour un praticien.<sup>1</sup>

<sup>a</sup>Département de médecine de famille, Unisanté, Université de Lausanne, 1011 Lausanne,

<sup>b</sup>The Australian Centre for Public and Population Health Research, Faculty of Health, University of Technology Sydney, 235 Jones St, Ultimo NSW 2007 (PO Box 123), Australie  
christine.cohidon@unisante.ch | nicolas.senn@unisante.ch | nguyen-toan.tran@unisante.ch

## INDICATIONS SUR L'INTÉRÊT D'UN DÉPISTAGE

En 1965, Wilson et Jungner établissaient dix principes fondamentaux pour le dépistage en santé publique. Ces principes originaux se concentraient sur l'importance du problème de santé, la performance des outils de dépistage et l'efficacité du traitement.<sup>2</sup> Dans une perspective de promotion de la santé dans les soins pédiatriques et en particulier de dépistage en matière de santé mentale des adolescents, une révision récente de ces principes a souligné la nécessité d'intégrer le fonctionnement réel du système de santé et les inégalités de soins. Ces nouveaux critères sont présentés dans le **tableau 1**.

Ces principes révisés soulignent particulièrement l'importance de considérer les disparités d'accès, la disponibilité des traitements et la qualité du suivi, notamment dans le contexte de la santé mentale. Cette révision met l'accent sur une approche réaliste plutôt qu'idéaliste du dépistage, reconnaissant les défis pratiques et les inégalités existantes dans les systèmes de santé.

## QUELS OUTILS EN SANTÉ MENTALE POUR LE MÉDECIN DE FAMILLE?<sup>3</sup>

En 2018, Mulvaney-Day et coll. ont proposé, dans une revue systématique, une synthèse des outils de dépistage que les MF peuvent utiliser, en se concentrant sur les outils validés de manière psychométrique et adaptés aux adultes consultant dans les soins primaires.

Au total, 24 outils ont été recensés et classés par affections ciblées et par longueur. Le Patient Health Questionnaire et le Patient Stress Questionnaire – et leurs dérivés – sont les plus validés et les plus couramment utilisés en soins primaires, tandis que d'autres outils montrent également leur utilité en fonction des besoins cliniques (**tableau 2**).

TABLEAU 1	Principes du dépistage en santé publique
-----------	--

- Considération de l'épidémiologie tout au long de la vie
- Amélioration de la santé populationnelle
- Acceptabilité pour l'ensemble des parties prenantes (en particulier les populations concernées)
- Adaptation au contexte des soins primaires
- Efficacité en conditions réelles
- Estimation des incertitudes

(Tiré de réf.2).

**TABLEAU 2** Résumé des outils de dépistage et considérations d'application chez l'adulte

Échelle	Affections cibles	Application dans les pratiques de soins primaires
<b>Outils de dépistage dérivés du questionnaire de santé du patient (PHQ, Patient Health Questionnaire) et du questionnaire de stress du patient (PSQ, Patient Stress Questionnaire) – appropriés pour le dépistage de multiples troubles mentaux et de l'usage de substances</b>		
Questionnaire de santé du patient, 15 items (PHQ-15, Patient Health Questionnaire-15)	Syndromes de somatisation, symptômes somatoformes	Auto-administré et administré par un professionnel, 5 à 8 minutes Validé dans la population générale
Questionnaire de santé du patient, 9 items (PHQ-9, Patient Health Questionnaire-9)	Trouble dépressif majeur	Auto-administré, < 5 minutes. Excellente sensibilité et spécificité, testé dans de nombreuses études, y compris pour la dépression post-partum
Échelle d'anxiété généralisée, 7 items (GAD-7, General Anxiety Disorder Questionnaire-7)	Trouble d'anxiété généralisée	Auto-administré, < 5 minutes. Bonne sensibilité et spécificité, validé dans une population générale allemande et des centres de traitement des addictions
Questionnaire de santé du patient, 4 items (PHQ-4, Patient Health Questionnaire-4)	Dépression et anxiété	Auto-administrée, < 2 minutes. Associée à une augmentation de l'incapacité fonctionnelle et de l'utilisation des soins de santé
Questionnaire de santé du patient, 2 items (PHQ-2, Patient Health Questionnaire-2)	Dépression	Auto-administré, < 2 minutes. Bonne sensibilité pour la dépression post-partum. Moins sensible dans les études exclusivement en soins primaires
Échelle d'anxiété généralisée, 2 items (GAD-2, General Anxiety Disorder Questionnaire-2)	Trouble d'anxiété généralisée, trouble panique, anxiété sociale, état de stress post-traumatique	Auto-administré, < 2 minutes. Recommandé pour le dépistage de l'anxiété en soins primaires. Sensibilité et spécificité variables selon les troubles
Test d'identification des troubles liés à l'alcool, 10 items (AUDIT-10, Alcohol Use Disorders Identification Test-10)	Usage problématique ou nocif d'alcool	Administré par un professionnel, 3 minutes. Moins sensible pour détecter les gros buveurs parmi les femmes et certaines populations
Version courte du test d'identification des troubles liés à l'alcool (AUDIT-C, Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise)	Buveurs à risque	Auto-administré ou administré par un professionnel, 1 à 2 minutes. Requiert un score manuel (complexe sans logiciel). Seuils différents pour les hommes et les femmes
<b>Outils de dépistage de plusieurs troubles évaluant soit les troubles mentaux, soit les troubles liés à l'usage de substances dans un seul instrument – non dérivés du PHQ et du PSQ</b>		
Échelle d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS, Hospital Anxiety and Depression Scale)	Dépression et anxiété	Auto-administrée, < 5 minutes; moins efficace que le PHQ-9 en soins primaires. Développée à l'origine pour les milieux hospitaliers
Test web pour la dépression et l'anxiété (WB-DAT, Web-Based Depression and Anxiety Test)	Dépression, trouble panique, anxiété sociale, trouble obsessionnel compulsif, trouble anxieux généralisé, état de stress post-traumatique	Auto-administré sur le web, > 5 minutes. Test limité dans les soins primaires. Utilise des seuils basés sur un algorithme
Échelle de Kreek-McHugh-Schluger-Kellogg (KMSK)	Opioides, cocaïne, alcool	Administrée par un professionnel, 5 à 10 minutes. Évalue la fréquence, la quantité et la durée de l'utilisation, mais pas les problèmes fonctionnels
Instrument de dépistage simple pour le potentiel d'abus de substances (SISAP, Screening Instrument for Substance Abuse Potential)	Alcool et drogues	Auto-administré ou administré par un professionnel, < 1 minute. Identifie le risque de troubles liés à l'utilisation de substances, notamment pour les opioïdes
Test de dépistage de l'abus de drogues (DAST-10, Drug Abuse Screening Test)	Problèmes liés à l'utilisation de drogues (hors alcool et tabac)	Auto-administré, < 5 minutes. Solides propriétés psychométriques pour les troubles liés aux drogues. Moins efficace pour les femmes
Outil pour le tabac, l'alcool, les médicaments sur ordonnance et autres substances (TAPS, Tobacco, Alcohol, Prescription medication, and other Substance use)	Tabac, alcool, médicaments sur ordonnance et autres substances	Auto-administré ou administré par un intervieweur. Durée variable selon le mode d'administration et l'utilisation de substances. Efficace pour identifier une «utilisation malsaine de substances».
Test de dépistage de l'implication avec l'alcool, le tabac et les substances (ASSIST, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)	Alcool, cannabis, cocaïne, opioïdes, sédatifs et autres drogues	Administré par un professionnel, 5 à 15 minutes. Identifie les niveaux de risque et permet des interventions brèves. Complexité du calcul du score limitant l'utilisation.

(Tiré de réf.3).

L'article souligne aussi les défis auxquels font face les MF pour mettre en œuvre le dépistage (contraintes de temps, besoins en suivi diagnostique et infrastructures de santé mentale souvent limitées). Pour toutes ces raisons, le dépistage des problèmes de santé mentale en soins primaires semble limité (moins de 3% des visites de généralistes selon l'étude de Harrison<sup>4</sup>). Cependant, l'importance de la détection et du traitement précoces des troubles dits communs de santé mentale (par exemple, dépression, anxiété, usage d'alcool) en soins primaires est soulignée afin de prévenir les complications, d'améliorer la qualité de vie des patients et de réduire les coûts de santé. Il est cependant à noter que ces outils ne sont malheureusement pas adaptés à la pédiatrie.

## INTÉGRATION NÉCESSAIRE DU SOMATIQUE ET DU PSYCHIQUE

La prise en charge des troubles psychiques constitue une part importante de l'activité des MF, qu'il s'agisse de troubles primaires ou secondaires à des pathologies somatiques. Bien que les prévalences soient variables car dépendantes des outils utilisés, de nombreux pays occidentaux constatent la nécessité d'améliorer l'intégration des soins somatiques et psychiques.<sup>5,6</sup>

Une comorbidité somatique et psychique est en effet fréquemment rapportée dans la littérature. Pour autant, les obstacles liés à cette prise en charge conjointe en médecine

de famille sont peu explorés. D'un côté, les troubles psychiques des patients ayant de multiples comorbidités sont sous-diagnostiqués et de l'autre, le suivi somatique des patients psychiatriques demeure insuffisant. Cette situation conduit à une espérance de vie diminuée en moyenne de 15 ans chez les patients schizophrènes, par exemple, et à un risque de décès toutes causes confondues deux fois supérieur à celui de la population générale. Cette surmortalité, qualifiée de «scandale»,<sup>7</sup> commence à être considérée comme un indicateur de la qualité des soins dans les comparaisons internationales des systèmes de santé.

## COLLABORATIVE CARE

L'étude qualitative de Kappelin,<sup>8</sup> ayant impliqué 28 médecins généralistes répartis en cinq groupes, a analysé les défis de la prise en charge de patients multimorbides (au moins deux pathologies chroniques) et présentant des troubles anxio-dépressifs. Le questionnaire portait sur la manière d'améliorer cette prise en charge et sur l'intérêt du «collaborative care», un modèle organisationnel de soins collaboratifs en soins primaires impliquant le médecin de famille et un-e infirmier-ière «care manager» autour du patient. Ce modèle a démontré son efficacité tant pour les maladies chroniques que pour les syndromes dépressifs.

L'étude rapporte que les médecins considèrent les troubles psychiques des patients ayant plusieurs comorbidités comme la conséquence d'un isolement social et de besoins non comblés plutôt que comme des pathologies spécifiques. De ce fait, ces composantes ne font généralement pas partie de leur priorité de prise en charge, considérant que les autorités locales (communes) ou des structures spécifiques pour les patients âgés et fragiles devraient avoir la responsabilité de cette prise en charge. De plus, ces patients complexes ont souvent une faible réponse aux traitements médicamenteux, ainsi qu'un accès limité aux professionnels de santé mentale et aux travailleurs sociaux.

Les MF expriment donc de la frustration vis-à-vis de ce type de patients, également car les programmes ou les lignes directrices ont souvent une orientation mono-pathologie, ce qui conduit aussi à une fragmentation des soins (consultations courtes et répétées, avec peu de communication entre professionnels). Dans ce contexte, le défi est de sortir de ces prises en charge spécifiques par pathologie pour tendre vers plus de flexibilité et de continuité des soins. Du côté des patients, la fragmentation conduit aussi à une frustration, qui se traduit par la prise de nombreux rendez-vous (pas toujours honorés), générant finalement peu d'effet des différentes prises en charge. Dans ce contexte, le médecin généraliste se perçoit comme pivot/central pour transformer cette approche fragmentée en soins individualisés et flexibles. Cette évolution repose sur la continuité relationnelle et la coordination entre le patient, le médecin, une infirmière de soins primaires et d'autres prestataires de soins à l'intérieur et à l'extérieur du cabinet de soins primaires, ainsi que les services municipaux. Cette approche collaborative en équipe, décrite comme une «danse» avec le patient, a été perçue comme favorisant la confiance et la satisfaction des patients et des médecins.

## COLOCALISATION

Parmi les différents changements structurels explorés pour mettre en œuvre cette vision intégrative, la revue de Woods et coll.<sup>9</sup> (2020), ayant analysé 15 articles de quatre pays sur la colocalisation de professionnels de santé mentale (par exemple, psychologues, infirmier-ière-s spécialisé-e-s) directement dans des structures de soins primaires, révèle des bénéfices: satisfaction accrue des patients, diminution de la gravité et de la fréquence des symptômes et meilleure orientation vers des spécialistes de santé mentale. Cependant, l'amélioration significative de la qualité des soins de santé mentale par rapport aux soins classiques dispensés par les médecins généralistes et la réduction des coûts restent à démontrer (cf. également article de Maisonneuve dans ce même numéro de la *Revue Médicale Suisse*<sup>10</sup>). En particulier des solutions potentiellement moins coûteuses impliquant une collaboration étroite entre praticiens de soins primaires et professionnels de la santé mentale, avec co-construction de compétences et échange de pratiques, demeurent à considérer. Ces aspects sont abordés dans l'exemple suivant.

En Angleterre, différents dispositifs existent pour permettre une meilleure intégration des services de santé mentale dans les soins primaires: des infirmières de santé mentale intégrées dans les structures de soins primaires (colocalisation évoquée ci-dessus), un programme d'accès facilité à des thérapeutes pour les troubles anxio-dépressifs et enfin une collaboration avec des infirmières communautaires de santé mentale, ces dernières dépendant classiquement d'équipes de psychiatrie communautaire. La question d'un dispositif de soins intégrés impliquant ces infirmières communautaires et les équipes de soins primaires fait actuellement l'objet d'une stratégie gouvernementale.

L'étude de Kenwright<sup>11</sup> décrit les obstacles et les facilitateurs de cette intégration et évalue l'efficacité de la démarche à partir d'un cas expérimental. La **figure 1** résume l'organisation du dispositif d'intégration. Entre le 1<sup>er</sup> avril 2019 et le 31 mars 2022, les infirmières communautaires ont pris en charge 1 419 patients. Le dispositif a permis les effets suivants: diminution significative de la gravité des symptômes (pour les troubles anxieux et dépressifs), diminution de 4% des patients sous psychotropes, retour au travail pour 67% des patients ayant un emploi et accès à l'emploi pour 5% des patients sans activité (considéré comme significatif compte tenu des niveaux élevés de chômage dans la localité).

Malgré l'incompatibilité persistante des dossiers électroniques respectifs, le succès du dispositif repose notamment sur une formation de 3 jours de l'ensemble des professionnels de santé mentale impliqués, avec pour objectif une clarification des rôles de chacun.

### Les infirmier-ière-s de santé mentale en soins primaires en Angleterre<sup>11</sup>

En Angleterre, les infirmiers-ières de santé mentale en soins primaires sont systématiquement formés à «utiliser une gamme de compétences psychologiques et psychosociales et d'autres compétences thérapeutiques complexes fondées

sur des données probantes», y compris la fourniture d'interventions thérapeutiques fondées sur des données probantes, telles que: les thérapies par la parole, les techniques de thérapie cognitivo-comportementale, les thérapies axées sur les solutions, les techniques d'entretien motivationnel et l'approche comportementale positive. Les évaluations doivent être poursuivies, notamment en ce qui concerne les répercussions sur les problèmes somatiques de ces patients.

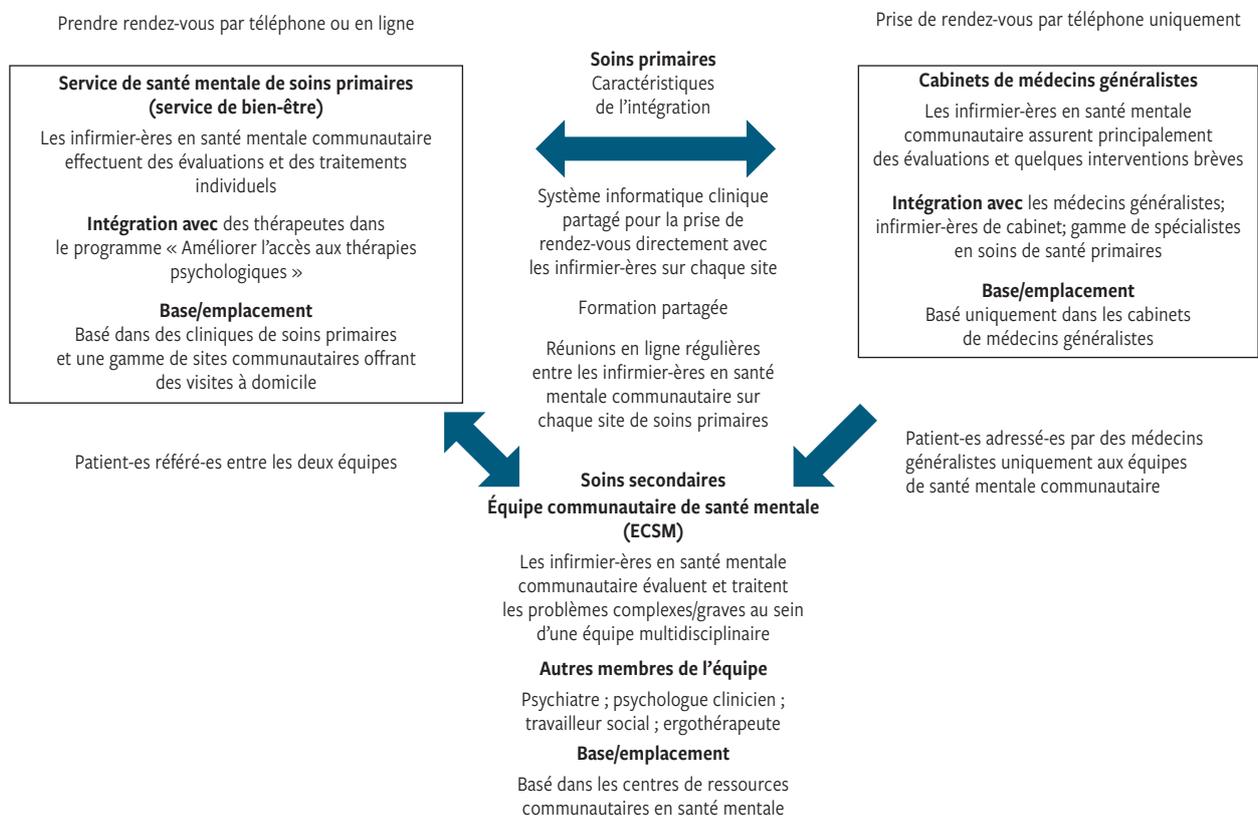
## BEHAVIORAL HEALTH HOMES

Si les dispositifs intégrant des professionnels de santé mentale dans les structures de soins primaires sont de plus en plus courants, comme avec le modèle de soins collaboratifs évoqué dans l'article précédent, ils sont probablement moins adaptés aux malades présentant des troubles de santé mentale plus sévères. Toujours dans une perspective organisationnelle, un autre modèle en faveur de l'intégration inverse est également en train de se développer dans certains pays comme les États-Unis: l'incorporation de professionnels de soins primaires dans les structures communautaires de santé mentale, en particulier pour les patients atteints de troubles sévères.<sup>12</sup> Ainsi, à l'instar des Patient Centered Medical

Homes, se développent depuis une dizaine d'années aux États-Unis des Behavioral Health Homes (figure 2).<sup>13</sup> Ces structures proposent un suivi somatique aux patients vivant avec un trouble mental sévère. L'organisation implique la présence de professionnels dédiés à la coordination des soins dans ces structures, le plus souvent un infirmier de coordination, travaillant en partenariat avec des professionnels de soins primaires. Ces derniers sont généralement des médecins généralistes ou des infirmiers de pratique avancée. Ils exercent soit au sein de ces structures, soit à l'extérieur (dans un centre de santé, par exemple). Des études d'évaluation ont montré un meilleur recours aux soins, un meilleur accès à la prévention et des effets positifs sur la qualité des prises en charge somatiques (risques cardiovasculaires, en particulier) pour ces patients. Cependant, l'expérimentation doit se poursuivre afin d'obtenir des résultats plus globaux et stabilisés sur la santé de ces malades. Malheureusement, le modèle financier reste incitatif essentiellement au moment de la création de ces structures, ce qui n'est pas suffisant pour leur durabilité. Par ailleurs, l'implication des professionnels de soins primaires en termes de temps de coordination pour leurs patients n'est pas valorisée lorsqu'ils exercent en dehors de la structure, conduisant à un manque d'adhésion de ces derniers. Cette expérience souligne le rôle fondamental de modèles financiers pour permettre à des modèles organisationnels prometteurs de voir le jour.

**FIG 1** Dispositif de soins intégrés en santé mentale et en soins primaires

CMHT: Community Mental Health Team – équipe communautaire de santé mentale; GP: General Practitioner – médecin généraliste; IT: Information Technologies – informatique.

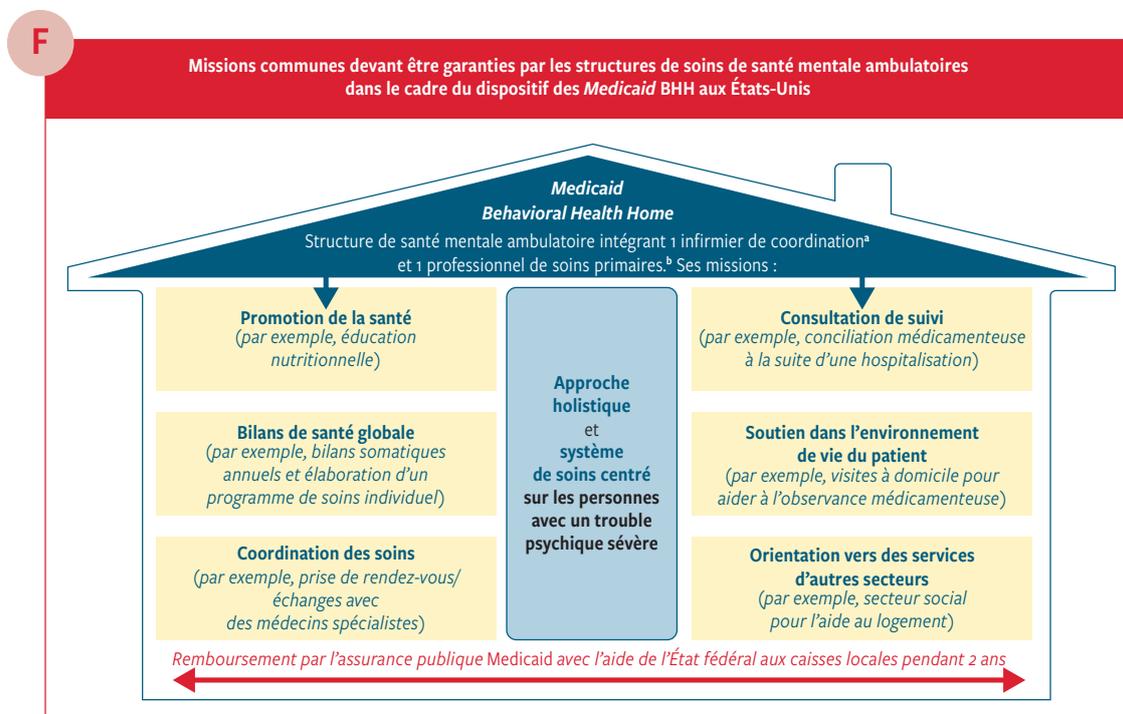


(Tirée de réf.11).

**FIG 2** Dispositif et missions des *Behavioral Health Homes* aux États-Unis

\*En son sein; <sup>b</sup>en son sein ou à l'extérieur (avec convention de partenariat).

BHH: Behavioral Health Home – maison de santé comportementale.



(Tirée de réf.12).

## ENCORE D'AUTRES PROFESSIONNELS DE SOINS PRIMAIRES À IMPLIQUER

S'il est classique d'étudier le rôle de professionnels de soins primaires tels que les infirmier-ère-s<sup>14</sup> et les travailleurs sociaux, d'autres professionnels de soins primaires pourraient jouer un rôle important. Ainsi, l'étude de Gide illustre celui des pharmaciens-ne-s dans la détection précoce des syndromes épressifs chez les personnes âgées.<sup>15</sup> Dans cette étude pilote, 39 pharmaciens communautaires australiennes devaient, durant 20 semaines, effectuer un dépistage des symptômes dépressifs chez les personnes de plus de 65 ans présentant un certain nombre de critères (maladie chronique, événement de vie récent, polymédication, isolement social, etc.) à l'aide de la Geriatric Depression Scale-15. Les personnes ayant un score supérieur ou égal à 6 étaient adressées à d'autres professionnels de soins primaires, principalement leur médecin généraliste. Un suivi par le pharmacien sur le devenir du patient était réalisé 1 semaine après et une évaluation par un investigateur clinique 6 semaines après. Ainsi, 15 patients ont été dépistés (score  $\geq 6$ ) et 80% d'entre eux ont été adressés à un professionnel de soins primaires (dont un patient a été diagnostiqué comme présentant une dépression et pris en charge).

L'évaluation du dispositif, du point de vue des patients et des professionnels, a montré que les patients et les professionnels s'accordent sur la position privilégiée des pharmaciens en termes de fréquence des contacts et de connaissance des

patients. En revanche, les patients semblent plus enclins à parler de leur santé mentale avec leur médecin qu'avec leur pharmacien. Les pharmaciens mettent en avant le manque de temps (le dépistage prend en moyenne 30 minutes) et la nécessaire formation pour accompagner correctement ce dépistage. Enfin, la stigmatisation persistante autour des problématiques de santé mentale et donc l'acceptation par le patient de telles démarches restent au cœur du sujet.

Malgré certains obstacles, dont une efficacité potentiellement limitée, cette étude montre la faisabilité et l'acceptabilité d'un tel dispositif, en particulier dans le cadre de son intégration au sein d'autres activités/services proposés par les pharmacies.

## CONCLUSION

Si une meilleure intégration de la santé mentale dans les soins primaires fait consensus et si les premières évaluations des dispositifs respectifs sont prometteuses, la multiplicité des modèles organisationnels nécessite une évaluation comparative systématique pour identifier les approches les plus efficaces.

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

ORCID ID:

C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500X>

N. Senn: <https://orcid.org/0000-0002-9986-3249>

N. T. Tran: <https://orcid.org/0000-0001-7134-7878>

# LA PUISSANCE DE LA

# PRECISION<sup>1</sup>

## UN GÈNE. UNE ÉDITION. UNE ADMINISTRATION.\*<sup>1</sup>

CASGEVY® est une thérapie d'édition génomique **PRÉCISE, AUTOLOGUE, EN UNE ADMINISTRATION** qui a un **POTENTIEL de GUÉRISON FONCTIONNELLE**.<sup>1,2</sup>

CASGEVY® est indiqué dans le traitement de

- la drépanocytose sévère avec des crises vaso-occlusives récurrentes (CVO) ou
- la  $\beta$ -thalassémie dépendante des transfusions (TDT)

chez les patients âgés de 12 ans et plus éligibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) et pour lesquels un donneur apparenté HLA (antigène leucocytaire humain)-compatible n'est pas disponible.<sup>1</sup>

\* Le traitement comprend la mobilisation et l'aphérèse des cellules souches et progénitrices hématopoïétiques, l'édition des cellules, le conditionnement myéloablatif, l'administration de CASGEVY® et le suivi à long terme.

### Références

Les professionnels peuvent demander les références à Vertex Pharmaceuticals (CH) Sàrl.

1. Information professionnelle CASGEVY. [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch), à compter de juin 2024.
2. Eckrich MJ and Frangoul H. Gene editing for sickle cell disease and transfusion dependent thalassemias - A cure within reach. *Seminars in hematology* vol. 60,1 (2023): 3-9.

### Information professionnelle abrégée CASGEVY®

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de CASGEVY disponible sous [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch).

**CASGEVY® 4 à 13 x 10<sup>6</sup> cellules/ml dispersion pour perfusion (exagamglogène autotemcel).** I: Patients (pat.) >12 ans: pour le traitement de la  $\beta$  thalassémie dépendante des transfusions (TDT) ou de la drépanocytose sévère chez les pat. présentant des crises vaso-occlusives récurrentes (CVO) qui sont éligibles à une greffe de cellules souches hématopoïétiques (CSH) et pour lesquels un donneur apparenté HLA (antigène leucocytaire humain) compatible n'est pas disponible. P: Destiné uniquement à un usage autologue. La dose minimale recommandée de Casgevy est de 3 x 10<sup>6</sup> cellules CD34<sup>+</sup>/kg de poids corporel administré en bolus IV en une seule dose. Mobilisation des CSH CD34<sup>+</sup> avant l'aphérèse afin d'isoler les cellules CD34<sup>+</sup> pour la fabrication du médicament. Conditionnement myéloablatif nécessaire avant la perfusion. Se reporter à l'IP des médicaments utilisés pour la mobilisation et le conditionnement myéloablatif. Casgevy ne doit pas être utilisé chez les pat. présentant une infection active par le VIH 1, le VIH 2, le VHB ou le VHC. CI: Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. MP: Transmission d'agents infectieux possible. Réactions d'hypersensibilité, même graves, y.c. anaphylaxie. Surveillance étroite pendant et après la perfusion. Contrôle de la pression artérielle, fréquence cardiaque, saturation en oxygène et des symptômes avant le début de la perfusion, toutes les 30 min à partir de la première perfusion et jusqu'à 2 h après la dernière perfusion. Surveillance du taux de polynucléaires neutrophiles. Risque accru de saignements, numérations

plaquettaires doivent être effectuées fréquemment. Risque de mobilisation/d'aphérèse insuffisantes est majoré chez les pat. atteints de drépanocytose. Contrôle annuel de la cancérogenèse (incl. hémogramme) pendant au moins 15 ans après le traitement. IA: Vaccination par les vaccins vivants, voir IP détaillée. GA: Éviter l'utilisation. EI: Très fréquents: lymphopénie. Fréquents: thrombopénie, neutropénie, anémie, leucopénie, lymphohistiocytose hémophagocytaire, hypocalcémie, céphalée, paresthésie, tachycardie, syndrome de détresse respiratoire aiguë, syndrome de pneumonie idiopathique, épistaxis, rash, pétéchies, frissons, fièvre, prise de greffe retardée, réactions liées à la perfusion. P: Flacons de cryoconservation de 1,5 ml à 20 ml de Casgevy en boîte de jusqu'à 9 flacons en fonction de la dose nécessaire spécifique au patient. CR: A. voir [www.swissmedinfo.ch](http://www.swissmedinfo.ch) pour inform. détaillée. Mise à jour de l'inform.: Juin 2024. TA: Vertex Pharmaceuticals (CH) GmbH, 6300 Zug. Casgevy est autorisé pour une durée limitée. (CH-72-2400007).

Pour les renseignements médicaux ou autres questions spécifiques aux produits veuillez vous adresser à: [vertexmedicalinfo@vrtx.com](mailto:vertexmedicalinfo@vrtx.com)

Pour l'annonce d'effets indésirables veuillez contacter [vertexmedicalinfo@vrtx.com](mailto:vertexmedicalinfo@vrtx.com) ou par téléphone au numéro 0800 00 0054 ou +35 3176 17299.

Ce visuel est fourni à titre indicatif seulement.

Vertex Pharmaceuticals (CH) Sàrl, Baarerstrasse 88, 6300 Zug, [www.vrtx.com](http://www.vrtx.com)

CASGEVY est fabriqué pour Vertex Pharmaceuticals (CH) Sàrl. Vertex, le logo triangulaire Vertex, CASGEVY et le logo CASGEVY sont des marques déposées de Vertex Pharmaceuticals Incorporated. Toutes les autres marques commerciales référencées dans le présent document sont la propriété de leurs propriétaires respectifs.

© 2025 Vertex Pharmaceuticals (CH) Sàrl | CH-72-2500004 | 03/2025

### IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le médecin de famille occupe un rôle central dans la prise en charge des patients présentant des problèmes de santé psychiques.
- Bien que peu utilisés, de nombreux outils de dépistage existent pour l'accompagner, la plupart dérivant du Patient Health Questionnaire et du Generalized Anxiety Disorder Questionnaire.
- La prise en charge de ces patients doit absolument intégrer le somatique et le psychique. En ce sens, de nouveaux modèles d'organisation des soins primaires intégrant d'autres professionnels que les médecins (comme des infirmiers-ières) peuvent se révéler très utiles.

1 \*Kelleher KJ, Gardner W, Kemper AR, et al. Principles for Primary Care Screening in the Context of Population Health. *Acad Pediatr*. 2024 Jul;24(5):719-27. DOI: 10.1016/j.acap.2024.02.015.

2 Wilson JMG, Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization [En ligne]. 1968. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/37650>

3 \*\*Mulvaney-Day N, Marshall T, Downey Piscopo K, et al. Screening for Behavioral Health Conditions in Primary Care Settings: A Systematic Review of the Literature. *J Gen Intern Med*. 2018 Mar;33(3):335-46. DOI: 10.1007/s11606-017-4181-0.

4 Harrison DL, Miller MJ, Schmitt MR, Touchet BK. Variations in the Probability of Depression Screening at Community-Based Physician Practice Visits. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010;12(5):PCC.09m00911.

5 \*\*Cohidon C, Bourgueil Y. Santé mentale et soins primaires. In: Senn N, éd. *Imaginer les soins primaires de demain*. Genève: RMS Editions, 2025.

6 World Health Organization, World Organisation of Family Doctors. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Genève (Suisse): World Health Organization, Wonca, 2008.

7 \*Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the

scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):441-2. DOI: 10.1192/bjp.bp.111.092718.

8 Kappelin C, Sandlund C, Westman J, Watchtler C. Dancing with the patient: a qualitative study of general practitioners' experiences of managing patients with multimorbidity and common mental health problems. *BMC Prim Care* 2023 Apr 20;24(1):104. DOI: 10.1186/s12875-023-02056-y.

9 \*\*Woods JB, Greenfield G, Majeed A, Hayhoe B. Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review. *BMJ open*. 2020 Dec 2;10(12):e042052. DOI: 10.1136/bmjopen-2020-042052.

10 Maisonneuve H, Sarron PY, De Lucia S, Senchyna A. Communauté de pratique: collaborer entre médecins de famille et psychiatres. *Rev Med Suisse*. 2025;917(21):947-51.

11 Kenwright M, Fairclough P, McDonald J, Pickford L. Effectiveness of community mental health nurses in an integrated primary care service: An observational cohort study. *Int J Nurs Stud Adv*. 2024 Feb 5;6:100182. DOI: 10.1016/j.ijnsa.2024.100182.

12 \*Gandre C, McGinty B. Bridging the gap. L'implication de structures de santé mentale ambulatoires dans les soins primaires aux États-Unis: enseignements pour une prise en charge intégrée des troubles psy-

chiques sévères en France. *Questions d'économie de la santé* n° 292 [En ligne]. Septembre 2024. Disponible sur: [www.irdes.fr/recherche/2024/ques-292-implication-de-structures-de-sante-mentale-ambulatoires-dans-les-soins-primaires-aux-etats-unis.html](http://www.irdes.fr/recherche/2024/ques-292-implication-de-structures-de-sante-mentale-ambulatoires-dans-les-soins-primaires-aux-etats-unis.html)

13 McGinty EE, Presskreischer R, Breslau J, et al. Improving Physical Health Among People With Serious Mental Illness: The Role of the Specialty Mental Health Sector. *Psychiatr Serv*. 2021 Nov 1;72(11):1301-10. DOI: 10.1176/appi.ps.202000768.

14 \*\*Turi E, McMenamin A, Kueakomoldej S, Kurtzman E, Poghosyan L. The effectiveness of nurse practitioner care for patients with mental health conditions in primary care settings: A systematic review. *Nurs Outlook*. 2023 Jul-Aug;71(4):101995. DOI: 10.1016/j.outlook.2023.101995.

15 Gide DN, El-Den S, O'Donnell LK, et al. Establishing mental health friendly pharmacies to assist in the early identification and support of older adults at risk of depression: The EMPATHISE pilot study. *J Am Pharm Assoc* (2003). 2024 Nov-Dec;64(6):102199. DOI: 10.1016/j.japh.2024.102199.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Promotion de la santé en soins primaires : enseignements du 6<sup>e</sup> symposium du Groupe francophone de soins primaires

Pre THÉRÈSE VAN DURME<sup>a</sup>, Pre CHRISTINE COHIDON<sup>b</sup>, Dr HUBERT JAMART<sup>c</sup>, Pre GÉRALDINE LAYANI<sup>d</sup>,  
Pre ALINE RAMOND-ROQUIN<sup>e</sup>, Pr NICOLAS SENN<sup>f</sup>, Dr LOUIS VAN MAELE<sup>f</sup> et Pre MYLAINE BRETON<sup>g</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 975-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.47195

**L'intégration de la promotion de la santé dans les soins primaires est essentielle pour transformer nos systèmes de santé. Malgré des initiatives prometteuses, leur durabilité et leur extension restent fragiles. Parmi les obstacles figurent la faible reconnaissance institutionnelle, le manque de compréhension du concept par les politiques, la culture limitée de l'évaluation et la faible valorisation dans les politiques publiques. La diversité des projets montre l'importance des solutions locales et souligne le besoin d'un soutien systémique (collaborations intersectorielles, financements et formations). Une telle réorientation implique un changement de paradigme axé sur l'empowerment et une culture partagée de l'évaluation.**

## Health promotion in primary care: key insights from the 6<sup>th</sup> Francophone Primary Care Group symposium

*Integrating health promotion into primary care is critical to transforming healthcare systems. While many promising initiatives exist, their sustainability and scalability remain key challenges. Major barriers include limited institutional recognition, lack of understanding by policymakers, weak evaluation culture, and undervaluation in public policies. Local solutions are essential, but require systemic support, including cross-sectoral collaboration, funding, and training. A paradigm shift is needed to empower individuals and communities. Successful integration depends on investing resources to support sustained collaboration among policymakers, professionals, and populations, and to foster an evaluation culture.*

## INTRODUCTION

La promotion de la santé, souvent perçue comme un domaine distinct des soins curatifs, joue un rôle fondamental dans l'établissement d'un système de santé performant et durable.<sup>1</sup> Dans la majorité des pays, la complexité institutionnelle et la fragmentation des soins de santé constituent des défis

uniques à son intégration dans les soins primaires. S'y ajoute la faible considération accordée au sein des systèmes de santé (faibles budgets dans les politiques de santé, faible valorisation financière pour les pratiques professionnelles et faible place dans l'enseignement).<sup>2</sup> Toutefois, ces défis ne sont pas insurmontables et trouvent écho dans des initiatives locales et internationales qui servent d'exemples à suivre. Cet article examine les enjeux entourant cette intégration, en s'appuyant sur les données issues des présentations du 6<sup>e</sup> symposium du Groupe francophone de soins primaires (GFSP), qui s'est tenu à Bruxelles en septembre 2024. Enrichi par des études récentes et des initiatives internationales issues de pays ou régions francophones faisant actuellement partie du GFSP, comme la Belgique francophone, la France, le Québec (Canada) et la Suisse romande, cet article propose un tour d'horizon des pratiques prometteuses et des défis liés à l'intégration de la promotion de la santé dans les soins primaires (figure 1).

## CADRE CONCEPTUEL : PROMOTION DE LA SANTÉ ET SOINS PRIMAIRES

La promotion de la santé repose sur une vision positive, considérant la santé comme une ressource et non comme une finalité.<sup>1</sup> Elle diffère de la prévention, car elle vise à conférer aux individus un contrôle accru (« empowerment ») sur leur santé, tout en mobilisant l'ensemble des acteurs du système.<sup>3</sup> Ces derniers incluent les institutions de formation, les professionnels de santé, les décideurs politiques, les gestionnaires et les communautés, formant ainsi un pentagone de responsabilité sociale.<sup>4</sup> Ainsi, en promotion de la santé, les professionnels n'ont pas directement la responsabilité d'améliorer la santé de la population (figure 2). Les cinq axes de la Charte d'Ottawa structurent cette approche par l'élaboration de politiques publiques pour la santé, la création de milieux favorables, le renforcement de l'action communautaire, le développement des aptitudes individuelles et la réorientation des services de santé.<sup>5</sup> Selon le rapport Lalonde, le système de santé n'agit que sur 20% des facteurs de santé, alors que 80% seraient liés aux facteurs socio-économiques et environnementaux.<sup>6</sup> En 2016, la Conférence de Shanghai allait un pas plus loin en liant ces objectifs à ceux du développement durable.<sup>7</sup>

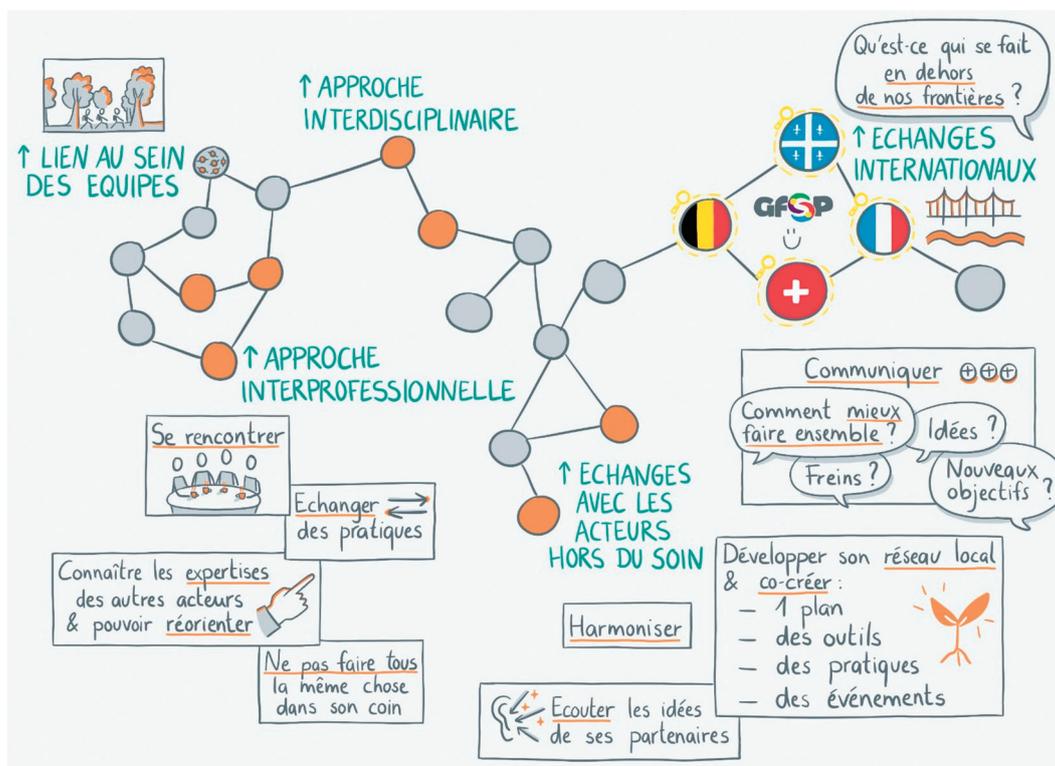
Dans le cadre des soins primaires, la promotion de la santé ne se limite pas à des interventions ponctuelles. Elle englobe une approche systémique et durable visant à transformer les

<sup>a</sup>Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain, 1200 Bruxelles, Belgique,

<sup>b</sup>Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1003 Lausanne, <sup>c</sup>Unité de recherche soins primaires et santé, Département de médecine générale, Université de Liège, 4000 Liège, Belgique, <sup>d</sup>Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, Université de Montréal, Montréal, H3T 1J4, Canada,

<sup>e</sup>Département de médecine générale, Université d'Angers, 49045 Angers, France, <sup>f</sup>Centre académique de médecine générale, UCLouvain, 1200 Bruxelles, Belgique, <sup>g</sup>Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Longueuil, J4K 0A8, Canada, therese.vandurme@uclouvain.be | christine.cohidon@unisante.ch | hjamart@uliege.be geraldine.layani@umontreal.ca | aline.ramond@univ-angers.fr | nicolas.senn@unisante.ch louis.vanmaele@uclouvain.be | mylaine.breton@usherbrooke.ca

**FIG 1** Un travail en réseau multi-niveaux pour intégrer la promotion



(Crédit: clemencegarnier.com).

**FIG 2** Les professionnels ne sont pas les seuls responsables de la santé



(Crédit: clemencegarnier.com).

modes de vie, les attitudes et les milieux, pour contribuer au bien-être de communautés saines dans un environnement sain (figure 3).<sup>8</sup>

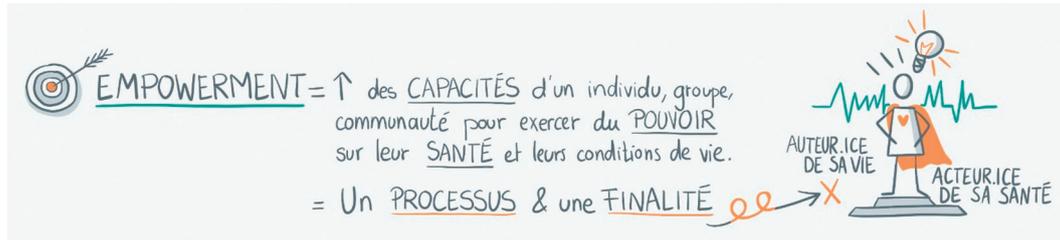
### Élaboration de politiques publiques en matière de santé

Au-delà du simple domaine de la santé, les politiques publiques structurent les systèmes de santé en privilégiant des environnements favorables à la santé et à l'intégration des soins dans les services, notamment au niveau clinique, organisationnel et fonctionnel.<sup>9</sup> Toutefois, dans de nombreux pays, les différences régionales et la fragmentation des compétences compliquent la mise en œuvre de ces politiques publiques. En Belgique, la Wallonie a introduit une nomencla-

ture visant à intégrer la promotion de la santé dans les stratégies locales, facilitant ainsi la coordination entre les acteurs.<sup>10</sup> À Bruxelles, le Plan social-santé intégré s'efforce d'aligner les ressources locales pour améliorer l'accès aux soins, alors que la région met en avant des initiatives communautaires visant à renforcer le pouvoir d'action des populations. Ces actions, bien que prometteuses, souffrent toutefois d'un manque de pérennité et d'une reconnaissance institutionnelle insuffisante.<sup>11</sup>

En France, le projet des 1 000 premiers jours se concentre sur la petite enfance pour réduire les inégalités territoriales et socio-économiques. Porté par des maisons de santé pluri-professionnelles, il combine un financement public et des initiatives communautaires. Les résultats montrent une

**FIG 3** Empowerment des individus et des communautés



(Crédit: clemencegarnier.com).

amélioration des compétences parentales et de l'accès aux soins pour les familles vulnérables, avec des impacts intergénérationnels prometteurs.<sup>12</sup>

Ces exemples montrent que des politiques publiques ciblées et adaptées aux besoins locaux peuvent considérablement améliorer les conditions de santé si elles sont soutenues par un financement adéquat et une coordination efficace (figure 4).

### Création de milieux favorables

Des environnements favorables incluent des infrastructures physiques, sociales et économiques qui soutiennent la santé et le bien-être. En Belgique, le modèle SMAAC (santé, milieu, accompagnement, activités, communication), appliqué dans les maisons de repos, améliore la qualité de vie des résidents grâce à des activités adaptées et une approche centrée sur la personne.<sup>13</sup> Ce modèle pourrait servir de référence pour d'autres institutions souhaitant adopter une approche holistique.

À Bruxelles, le projet Goujonissimo combine actions sociales et actions de santé dans un cadre intégré, offrant des activités communautaires qui renforcent les liens sociaux tout en favorisant un cadre de vie bienveillant. Ces projets illustrent

l'importance de créer des milieux soutenant non seulement la santé physique, mais aussi le bien-être psychologique et social (figure 5).<sup>14</sup>

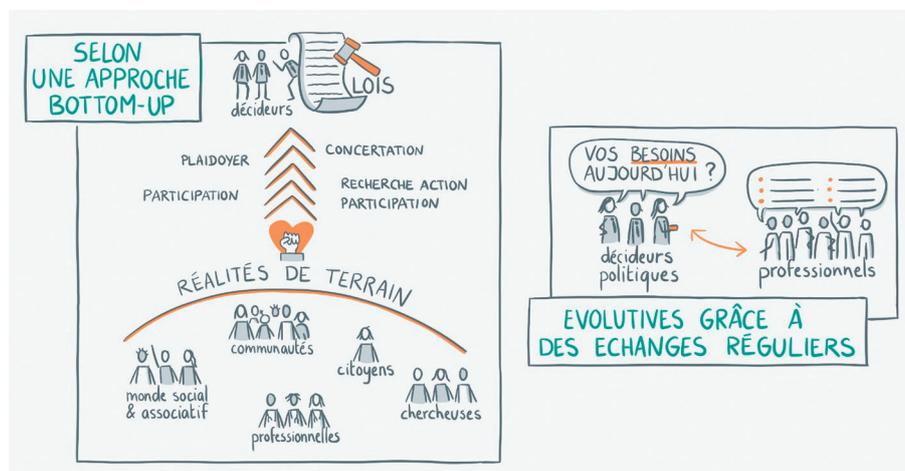
### Renforcement de l'action communautaire

L'implication active des citoyens dans la gestion de leur santé est un pilier de la promotion de la santé. Le projet Goujonissimo, cité plus haut, illustre cette approche en impliquant les habitants dès la phase de diagnostic, créant ainsi une dynamique participative favorisant l'adhésion et la pérennité des initiatives.<sup>14</sup>

En santé mentale, les Lieux de liens à Bruxelles offrent des espaces spécifiques à une population précarisée, où les individus peuvent s'exprimer librement et participer à des activités sociales et culturelles qui réduisent la stigmatisation.<sup>15</sup>

Au Québec, le parcours de soins Inmed-Community mobilise les communautés dans la gestion des maladies chroniques comme le diabète, en co-construisant des solutions adaptées aux contextes locaux. Ce modèle souligne l'importance de la collaboration entre professionnels et citoyens pour une prise en charge efficace et équitable. Le renforcement de l'action communautaire vise à encourager les populations à participer activement à la prise en charge de leur santé.<sup>16</sup>

**FIG 4** Politiques publiques et promotion de la santé



(Crédit: clemencegarnier.com).

FIG 5 Des milieux favorables selon les publics et âges de la vie



(Crédit: clemencegarnier.com).

### Développement des aptitudes individuelles

Le développement des connaissances et des compétences individuelles en matière de santé est crucial pour permettre des choix éclairés et autonomes. Il s'agit d'améliorer les compétences et les connaissances permettant aux individus de prendre des décisions éclairées en matière de santé.<sup>17</sup> Quatre initiatives sont mises en lumière ici. Tout d'abord, le projet Trooz École Santé, mené en Belgique, éduque les élèves sur des sujets tels que l'alimentation et l'hygiène, avec des résultats encourageants en termes de changements de comportements.<sup>18</sup> Ensuite, dans le domaine périnatal, le programme Born in Belgium Professionals fournit des outils numériques et des formations pour mieux accompagner les femmes vulnérables durant leur grossesse, réduisant ainsi les inégalités d'accès aux soins.<sup>19</sup> Par ailleurs, la pandémie de Covid-19 a mis en lumière l'importance de soutenir également les professionnels de santé. Le programme Covid'anim a proposé des ateliers et des outils pédagogiques pour renforcer leur résilience et leur permettre de continuer à intervenir efficacement dans les communautés.<sup>17</sup> Le développement des aptitudes individuelles pour les professionnels implique également leur propre santé; dans ce cadre, le projet REFORM P<sup>2</sup> souligne que la formation initiale et continue en promotion de la santé manque de visibilité et de cohérence. Les professionnels de première ligne, bien qu'équipés pour dispenser des soins curatifs, doivent acquérir des compétences additionnelles pour promouvoir efficacement la santé.<sup>20</sup> Les recommandations incluent la définition d'un référentiel national de compétences, l'augmentation de la progressivité des contenus dans les programmes de formation et la collaboration intersectorielle et transdisciplinaire. Ces recommandations illustrent un besoin pressant de réformes éducatives, d'investissements ciblés et d'un leadership institutionnel fort pour concrétiser les objectifs de la promotion de la santé.

### Réorientation des services de santé

Passer d'un modèle curatif à une approche préventive et communautaire nécessite un changement profond de la

culture des systèmes de santé. En Suisse, l'université de Lausanne forme les futurs médecins à intégrer les déterminants sociaux et environnementaux dans leurs pratiques, favorisant une approche plus globale de la santé.<sup>21</sup> Comme déjà mentionné, les Lieux de liens à Bruxelles, combinant recherche et design, proposent des modèles innovants pour repenser la santé mentale, mêlant soin et immersion communautaire.<sup>15</sup>

### OBSTACLES À L'INTÉGRATION DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ DANS LES SOINS PRIMAIRES

Malgré ces avancées et ces bonnes pratiques favorables à l'intégration de la promotion de la santé dans les soins primaires, encore essentiellement basés sur un modèle curatif, plusieurs obstacles subsistent. Le premier semble être la fragmentation institutionnelle, en raison de la complexité des structures responsables de l'organisation et du financement des activités de promotion de la santé visant des individus ou des groupes, ce qui limite la collaboration intersectorielle. Vient ensuite l'insuffisance des ressources, car le financement de la promotion de la santé reste bien en deçà des besoins. De plus, il y a un manque d'intégration des ressources humaines communautaires dans les milieux de soins primaires, limitant la collaboration entre les professionnels des soins primaires et les intervenants communautaires. Enfin, le dernier obstacle est le manque de reconnaissance des activités de promotion de la santé, souvent perçues comme accessoires. Pour surmonter ces défis, il est donc essentiel de renforcer les politiques publiques à tous les niveaux (local, régional, fédéral et même global). En effet, ces défis nécessitent de travailler de manière plus systémique et intersectorielle sur les modes de vie dans nos sociétés, les déterminants commerciaux de la santé, l'hyperconsommation, la croissance (et le produit intérieur brut) comme faux synonyme de bien-être et de santé, mais aussi d'encourager une culture globale de l'évaluation et de la participation communautaire. Enfin, intégrer des modules de formation en promotion de la santé dans les cursus de formation – si possible, interdisciplinaires – des différents professionnels de

soins primaires est un investissement très prometteur pour renforcer leurs compétences.

## CONCLUSION

L'intégration de la promotion de la santé dans les soins primaires en Belgique et dans d'autres pays et régions francophones comme la France, le Québec et la Suisse romande représente un enjeu majeur pour améliorer l'équité et la qualité des soins. Bien que des initiatives prometteuses soient déjà en place, une approche coordonnée et soutenue est nécessaire pour surmonter les obstacles structurels et institutionnels. Le chemin vers une meilleure intégration passe par une réévaluation des priorités, un investissement accru et une reconnaissance élargie de l'importance de la promotion de la santé au sein des systèmes de soins.

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

**Remerciements:** les auteurs remercient vivement Clémence Garnier, traductrice visuelle, [www.clemencegarnier.com](http://www.clemencegarnier.com), qui a réalisé les illustrations à la suite du 6<sup>e</sup> symposium du GFSP.

ORCID ID:

M. Breton: <https://orcid.org/0000-0001-5713-9618>  
 C. Cohidon: <https://orcid.org/0000-0003-2343-500x>  
 H. Jamart: <https://orcid.org/0009-0009-9758-9918>  
 G. Layani: <https://orcid.org/0000-0003-1764-6433>  
 A. Ramond: <https://orcid.org/0000-0003-0952-2844>  
 N. Senn: <https://orcid.org/0000-0002-9986-3249>  
 T. Van Durme: <https://orcid.org/0000-0003-3053-9245>  
 L. Van Maele: <https://orcid.org/0000-0003-1683-1207>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'intégration de la promotion de la santé dans les soins primaires est essentielle pour rendre les systèmes de santé plus équitables et durables.
- Toutefois, elle demeure freinée par une fragmentation institutionnelle, un sous-financement, un manque de mutualisation des ressources et un manque de reconnaissance politique.
- Des initiatives locales et intersectorielles montrent l'efficacité des approches contextualisées, mais nécessitent un soutien systémique pour être pérennes.
- Une transformation réussie passe par un changement de paradigme, renforçant l'empowerment des communautés et favorisant une culture de l'évaluation et de la collaboration entre acteurs.

1 Organisation mondiale de la santé. Health Promotion [En ligne]. 1995. Disponible sur: [www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab\\_1](http://www.who.int/health-topics/health-promotion#tab=tab_1)

2 Petré B, Heymans I. Éclairage sur les fondements de la promotion de la santé et concepts connexes In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

3 \*Wallerstein N, Bernstein E. Introduction to community empowerment, participatory education, and health. Health Educ Q. 1994;21(2):141-8.

4 \*\*Boelen C, Ladner J, Millette B, Pestiaux D, Cauli M. Dictionnaire francophone de la responsabilité sociale en santé. Presses universitaires de Rouen et du Havre, 2019.

5 Organisation mondiale de la santé. Promotion de la santé: Charte d'Ottawa. OMS, Bureau régional de l'Europe, 1986.

6 \*\*Lalonde M. Nouvelle perspective sur la santé des Canadiens, un document de travail. Gouvernement du Canada [En ligne]. 1981. Disponible sur: [www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-fra.pdf)

7 Senn N, Bourgeois Y, Breton M, et al. Imaginer les soins primaires de demain [En ligne]. Revue médicale suisse. 2025. Disponible sur: [www.revmed.ch/livres/imaginer-les-soins-primaires-de-demain#tab=tab-shop](http://www.revmed.ch/livres/imaginer-les-soins-primaires-de-demain#tab=tab-shop)

8 Senn N, Gaille M, Gonzalez-Holguera J, Carral MDR. Santé et environnement. Vers une nouvelle approche globale [En ligne]. 2022. Disponible sur: [https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB\\_692657157614.P001/REF.pdf](https://serval.unil.ch/resource/serval:BIB_692657157614.P001/REF.pdf)

9 Valentijn P, Schepman S, Opheij W, Buijnzeels M. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. Int J Integr Care. 2013 Mar 22;13:e010.

10 Lefebvre M. La Promotion de la santé en région wallonne et son intégration dans les soins primaires. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

11 Boland Z. Renforcer le pouvoir d'agir par des démarches communautaires: perspectives des acteurs des fédérations et des centres locaux. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

12 Brunelli-Mauffrey V. Les 1 000 premiers jours, zoom sur un projet territorial de promotion de la santé porté par une Maison de Santé, en quartier prioritaire de la ville. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

13 Boyals S. Maisons de repos et de soins

– Le modèle SMAAC: santé, milieu (ou environnement), accompagnement, activités et communication. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

14 \*\*Van Nuffel E. Ensemble avec le quartier: une approche communautaire à la promotion de la santé – le projet Goujonissimo. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

15 Thunus S, Duverrier M. La bienvenue: recherche-création avec les lieux de lien bruxellois. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

16 Layani G. Implantation et perception d'un parcours communautaire pour et avec les personnes vivant avec le diabète: INMED-COMMUNITY Diabète. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

17 Moyersoen T, Brumagne A, Mauzat A. La promotion de la santé pour et par les professionnels-les. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions; 24/09/2024; Brussels: GFSP, 2024.

18 Fisse J, Buldrini A. Trooz Santé École

– prévention et promotion à la santé dans les écoles. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

19 Saey E, Moulin M, Beeckman K. Born in Belgium Professionals, une plateforme numérique partagée à visée de soins intégrés. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

20 Malengreaux S. Première ligne de soins, promotion de la santé et prévention: vers une articulation des approches dans la formation initiale et continue des professionnels en Fédération Wallonie-Bruxelles. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

21 Pedrazzini B. Mieux former les futurs médecins à la prise en compte des déterminants socio-environnementaux de la santé: une approche pédagogique participative. In: GFSP, editor. Valoriser la promotion de la santé dans les soins primaires: défis, perspectives et solutions. Brussels: GFSP, 2024.

\* à lire

\*\* à lire absolument

## QCM D'AUTO-ÉVALUATION

## Testez vos connaissances...

**Santé mentale et soins primaires: quoi de neuf dans la littérature en 2025?***(voir article p. 968)*

1. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) vraie(s)?
- A. L'efficacité des mesures de prévention est une composante suffisante pour leur mise en œuvre
  - B. Les patients présentant un problème de santé mentale ont une espérance de vie réduite
  - C. Il faut clairement séparer les prises en charge physique et psychique pour qu'elles soient optimales
  - D. D'autres professionnels de soins primaires que les médecins ont un rôle à jouer dans la prise en charge des problèmes de santé mentale

**Soutenir la santé mentale des futurs médecins: pistes de réflexion***(voir article p. 957)*

4. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- A. L'état de santé mentale des étudiants en médecine est similaire à celui de leurs pairs du même âge au début de leur cursus
  - B. La satisfaction vis-à-vis des études n'impacte pas la santé mentale
  - C. Les étudiants en médecine sont bien informés sur les dispositifs de santé
  - D. Des réformes du curriculum et l'intégration d'objectifs de self-awareness et de self-care pourraient soutenir la santé mentale des étudiants

**Isolement, santé mentale et personnes âgées: expérience interprofessionnelle***(voir article p. 952)*

2. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- A. L'isolement social peut influencer la santé mentale des personnes âgées
  - B. Vivre en établissement médico-social peut être un facteur de risque de solitude
  - C. Seul le médecin a un rôle de dépistage de l'isolement social et de la solitude des personnes âgées
  - D. Il n'existe pas d'échelles de dépistage de la dépression spécifiques à la personne âgée
  - E. La prescription d'interventions sociales peut être bénéfique dans la prise en charge des patients isolés

**Communauté de pratique: collaborer entre médecins de famille et psychiatres***(voir article p. 947)*

5. Quelles sont les solutions proposées pour améliorer la collaboration entre médecins de famille et psychiatres?
- A. Augmenter la prescription de psychotropes
  - B. Améliorer la formation des médecins généralistes
  - C. Intégrer des psychiatres dans les cabinets de médecine de famille
  - D. Réduire le nombre de consultations en santé mentale
  - E. Construire une communauté de pratique entre médecins de famille et psychiatres

**Approches non pharmacologiques en santé mentale pour le médecin de famille***(voir article p. 942)*

3. Parmi les affirmations suivantes sur les approches non pharmacologiques en santé mentale (ANPSM), laquelle ou lesquelles sont correctes?
- A. En général, les risques liés aux ANPSM sont faibles et leurs bénéfices sont de plus en plus démontrés
  - B. Les ANPSM sont des alternatives ou des compléments aux psychotropes classiques
  - C. Les ANPSM visent à renforcer l'autonomie du patient
  - D. Le médecin de famille joue un rôle clé dans la dispensation des ANPSM et l'orientation des patients vers les experts

**Et si l'on s'intéressait aussi à la santé mentale des médecins de famille?***(voir article p. 964)*

6. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- A. Les professionnels de santé ont des taux de suicide bien inférieurs à ceux d'autres professionnels
  - B. Les médecins de famille ont un recours aux soins élevé
  - C. Le Physician Well-Being Index est un outil qui peut permettre aux médecins de famille de mesurer leur mal-être au travail
  - D. Le soutien des pairs est un facteur négligeable pour le bien-être des médecins de famille

Réponses correctes: 1BD, 2ABE, 3ABCD, 4AD, 5CE, 6C



**GROUPE  
VIDYMED**

Votre partenaire santé

## Rejoignez le Groupe Vidymed !



**Vous êtes médecin généraliste ou pédiatre,  
et souhaitez intégrer un acteur de référence  
en médecine de premier recours sur la place  
lausannoise ?**



**Rejoignez un environnement dynamique  
et collaboratif au service des patients  
et faites la différence !**

**Postulez dès maintenant via le code QR  
ou par mail à : [rh@vidymed.ch](mailto:rh@vidymed.ch)**



[vidymed.ch](http://vidymed.ch)

# Santé-environnement

## Comment décarboner notre système de santé: le cas du canton de Genève

BRUNO MERMILLOD<sup>a</sup>, RAPHAËL TORNARE<sup>a</sup>, NICOLAS RAY<sup>a,b</sup> et Pr ANTOINE FLAHAULT<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 982-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.46453

**Bien que performant, le système de santé suisse génère 6,7% des émissions nationales de gaz à effet de serre. À Genève, notre étude a évalué pour la première fois son empreinte carbone à 436 831 tCO<sub>2</sub>e en 2022. Les hôpitaux (47%) et les médicaments (58,6%) en sont les principaux acteurs et sources d'émissions. Divers scénarios, incluant la promotion de la santé et la prévention, soulignent l'importance de mesures directes et indirectes pour réduire ces émissions de 70% d'ici 2040. Ces approches sont adaptables aux autres systèmes de santé cantonaux.**

### Health-environment

#### How to decarbonize our healthcare system: the case of the canton of Geneva

*Although highly efficient, the Swiss healthcare system accounts for 6.7% of the country's greenhouse gas emissions. In Geneva, our study assessed its carbon footprint for the first time, estimating it at 436,831 tCO<sub>2</sub>e in 2022. Hospitals (47%) and medications (58.6%) are the main factors and sources of these emissions. Various scenarios, including health promotion and prevention, underscore the importance of direct and indirect measures to cut these emissions by 70% by 2040. These approaches are adaptable to other cantonal healthcare systems.*

## INTRODUCTION

Selon le rapport 2022 du *Lancet Countdown* sur la santé et le changement climatique,<sup>1</sup> le secteur de la santé est responsable de 5,2% des émissions de gaz à effet de serre (GES) dans le monde, soit presque deux fois plus que le trafic aérien. Si ce secteur de la santé était un pays, il serait le quatrième plus grand pollueur du monde.<sup>1</sup> En Suisse, il représente 6,7% des émissions de GES, principalement à travers le secteur hospitalier. La majorité d'entre elles sont indirectes, produites en amont ou en aval des activités médicales.<sup>2</sup> Le système de santé suisse, bien que très performant, émet plus de GES que ceux d'autres pays à efficacité comparable. La Suède, par exemple, atteint un niveau de qualité de soins voisin de celui de la Suisse avec une empreinte énergétique trois fois plus basse.<sup>3</sup>

En dépit d'avoir l'un des systèmes de santé les plus coûteux au monde, mais l'un des plus performants, attesté par l'une

des espérances de vie les plus élevées du monde, la Suisse fait face à un défi. Comment maintenir les résultats acquis en matière sanitaire et la performance de son système de santé tout en réduisant son empreinte carbone sans augmenter les coûts de santé. L'espérance de vie en bonne santé à l'âge de 65 ans en Suisse est de plusieurs années derrière celle de la Suède ou du Japon, indiquant des faiblesses dans ses politiques en matière de promotion de la santé et de prévention (PSP). Une politique de PSP efficace vise d'abord à vivre plus longtemps en bonne santé et tend à comprimer la morbidité en fin de vie. Pour y parvenir, des interventions pluridisciplinaires, agissant à la fois sur les comportements et les conditions de vie, ainsi que les facteurs sociaux, économiques et environnementaux déterminant notre santé sont nécessaires. En effet, ces facteurs d'influence de la santé représentent jusqu'à 70% des déterminants de notre santé, contre 10 à 15% pour notre système de soins.<sup>4</sup> Pourtant, uniquement 2,9% des coûts totaux du système de santé suisse en 2022 étaient dépensés pour la promotion de la santé et la prévention.<sup>5</sup>

La NHS (National Health Service) au Royaume-Uni s'est engagé à devenir neutre en carbone d'ici 2040 et a publié en 2022 son rapport «Delivering a 'Net Zero' National Health Service».<sup>6</sup> The Shift Project, un groupe de réflexion français, a étudié l'impact environnemental du secteur de la santé français et proposé un plan de décarbonation dans son rapport en 2023.<sup>7</sup> Inspiré par ces deux initiatives, nous avons mené une étude à Genève et publié notre recherche fin mai 2024 dans *l'International Journal of Environmental Research and Public Health*.<sup>8</sup> Pour la première fois en Suisse, l'empreinte carbone d'un système de santé cantonal a été identifiée, avec ses principales sources d'émissions de carbone selon plus de 150 catégories de collecte de données. Ensuite, nous avons proposé des scénarios pour réduire cette empreinte carbone aux horizons 2030 et 2040, en se basant sur les projections du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC).

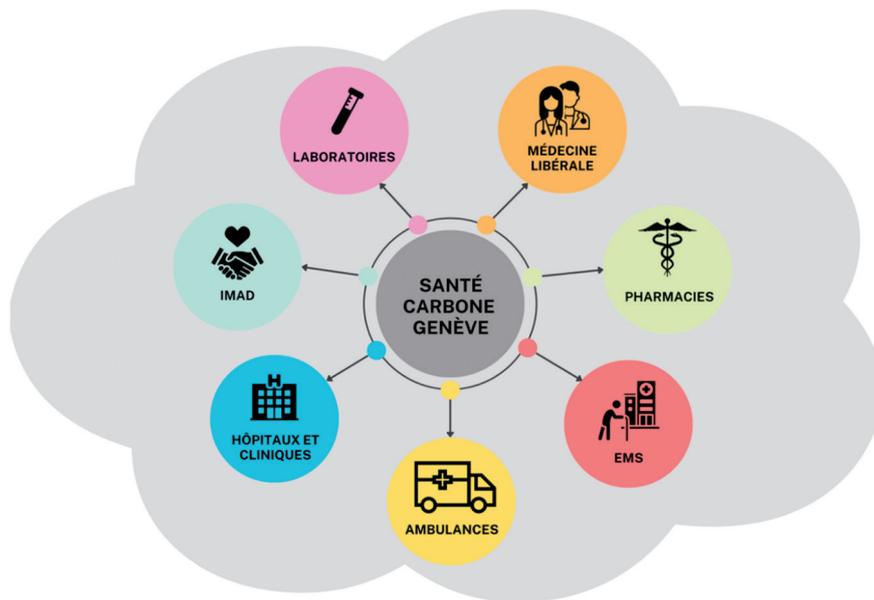
## ACTEURS IMPLIQUÉS ET MODÉLISATIONS

Les différents acteurs du système de santé genevois impliqués dans ce projet ont été les HUG (Hôpitaux universitaires de Genève), l'IMAD (institut de maintien à domicile), des cliniques privées, des EMS (établissements médicaux-sociaux), des cabinets médicaux, des groupes de pharmacies et des services d'ambulance (figure 1). Les laboratoires

<sup>a</sup>Institut de santé globale, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4,

<sup>b</sup>Institut des sciences de l'environnement, Université de Genève, 1211 Genève 4  
brunomermillod@gmail.com | tornarer@gmail.com | nicolas.ray@unige.ch  
antoine.flahault@unige.ch

FIG 1 Acteurs du système de santé inclus dans le périmètre



d'analyses n'ont pas participé, et leurs données ont dû être extrapolées à partir de données financières. Pour les cabinets médicaux, ce sont les données de l'étude « Recommandations pour l'écoconception des cabinets de médecine de famille » qui ont été utilisées, en raison des disparités dans les informations recueillies.<sup>9</sup> La collecte de données s'est basée sur plus de 150 catégories liées à l'exploitation des bâtiments, aux transports et aux achats, multipliées par des facteurs d'émissions pour obtenir les équivalents en kg de CO<sub>2</sub>.

Ensuite, des scénarios de réduction des émissions basés sur les projections socioéconomiques conjointes publiées par le GIEC pour l'année 2023 ont été modélisés.<sup>10</sup> Le premier scénario, sans mesure spéciale visant à réduire spécifiquement les émissions du secteur de la santé est basé sur le scénario SSP2-4.5 du GIEC. C'est un scénario tendanciel « business as usual » où le niveau d'émissions reste stable. Le deuxième simule l'impact sur les émissions de GES de mesures qualifiées de « modestes ». Il est basé sur le scénario SSP1-2.6. Le troisième simule l'impact de mesures « ambitieuses » coordonnées par tous les acteurs du canton, selon le scénario SSP1-1.9 du GIEC.

## MESURES ET SCÉNARIOS POUR RÉDUIRE L'EMPREINTE CARBONE

L'estimation globale de l'empreinte carbone du système de santé genevois pour 2022 s'élève à 436 831 tonnes de CO<sub>2</sub> équivalent, soit environ 0,28% de l'empreinte carbone totale de la Suisse et l'équivalent de plus de 436 000 vols long-courriers Genève-New-York. Nous estimons que les hôpitaux représentent 47% des émissions du secteur, suivis par les EMS (20%) et les cabinets médicaux (18%). Les laboratoires d'analyses, les pharmacies, les soins à domicile et les services

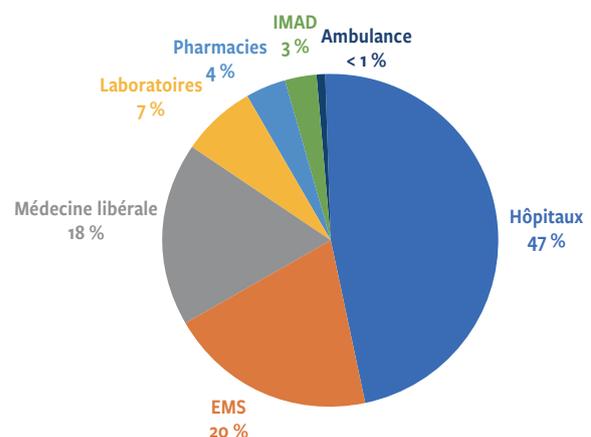
d'ambulance représentent chacun moins de 10% des émissions (figure 2).

Les médicaments et les dispositifs médicaux représentent 58,6% de l'empreinte carbone totale du système de santé genevois. Les bâtiments et leur exploitation 18,8%, les déplacements professionnels et les transports pendulaires 10,8%, la nourriture 4,1%, la blanchisserie 2,3%, l'achat d'autres articles médicaux 1,8%, les déchets 1,5%. Ces estimations sont proches de celles du Shift Project et de la NHS.

D'après ces résultats obtenus, nous proposons plusieurs mesures pour réduire l'empreinte carbone du système de santé genevois, sur la base des discussions avec les parties

FIG 2 Répartition des émissions de gaz à effet de serre

Sans les médicaments et dispositifs médicaux.



prenantes de notre étude, de nos estimations et des projections de The Shift Project et de la NHS. Ces mesures sont soit considérées comme «directes» et concernent les bâtiments, les transports, l'alimentation, les déchets, les gaz médicaux et les bronchodilatateurs, soit sont appelées «indirectes» et comprennent les médicaments de manière globale, la recherche et la formation, la mise en place d'un système d'information interoperable et globalisé ainsi que la promotion de la santé et la prévention.

En partant de ces mesures, nous avons imaginé plusieurs scénarios de décarbonation basés sur les projections du GIEC. Le dernier est probablement le plus convaincant car son échéance plus lointaine permet de voir l'impact de plusieurs mesures indirectes comme la prévention. Là encore, il sera possible de réduire l'empreinte carbone de 23% uniquement avec des actions directes, principalement concernant le chauffage des bâtiments et les transports. Nous supposons que, d'ici 2040, les médicaments ne seront produits et transportés qu'à l'aide de sources d'énergie à faible teneur en carbone et que leur surconsommation sera totalement maîtrisée. Nous supposons également que nos propositions de mesures indirectes contribueront à réduire l'empreinte carbone de 69% ou plus.

### INVESTIR DANS LA PRÉVENTION

L'empreinte carbone du système de santé genevois est considérable, l'une des plus forte d'Europe, rapportée par habitant. L'hôpital est particulièrement impactant, les médicaments et

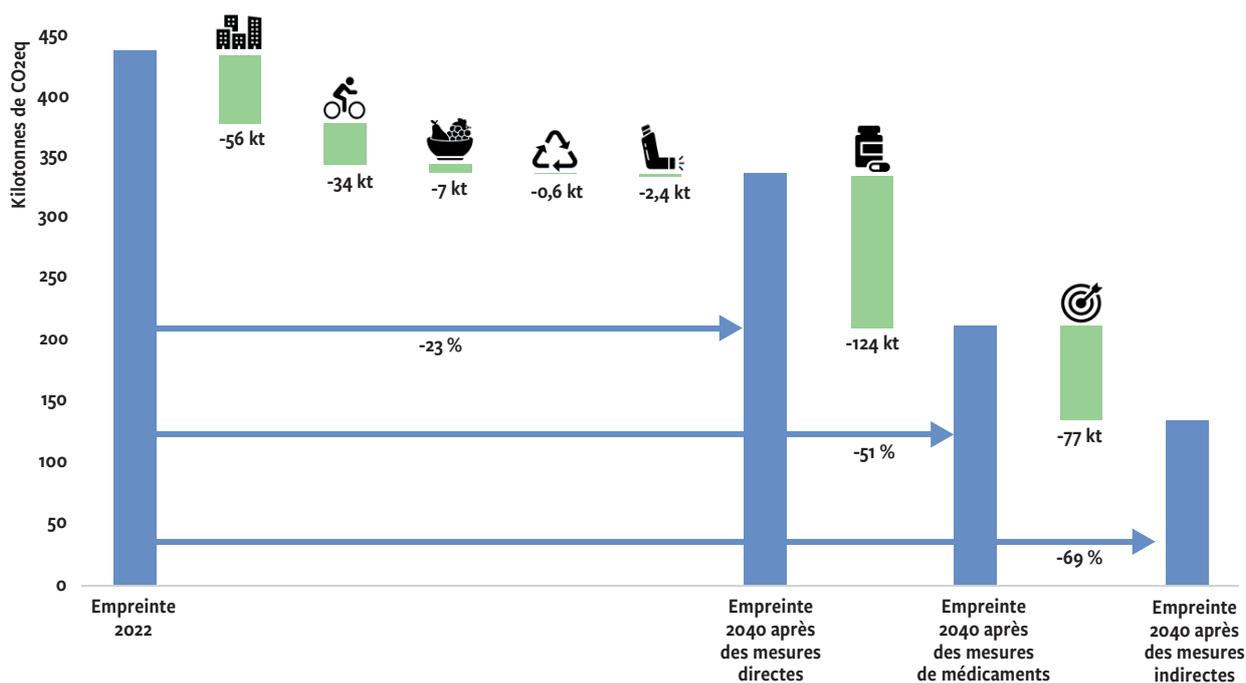
les dispositifs médicaux prenant une place majeure dans ces émissions. Conscients de l'importance de ces enjeux, les HUG, déjà fortement investis dans la durabilité, ont récemment élaboré une stratégie de transition écologique dans les soins (TES) visant à promouvoir des soins plus écoresponsables. La communauté de pratique TES de référents médico-soignants travaille sur plusieurs thématiques dont la révision des pratiques médico-soignantes avec une visée écoresponsable, la lutte contre le gaspillage de matériel médical et l'adoption d'une gestion des médicaments plus durable. En 2024, un projet innovant et ambitieux de labélisation des unités de soins en unités de soins TES a été déployé. Chaque unité est incitée à implémenter et monitorer des actions proposées dans un catalogue de fiches éco-soins, sur le modèle du CHU de Bordeaux.<sup>11,12</sup> Cet outil aide à la mise en mouvement et à l'accompagnement au changement tout comme la formation en cours de création pour sensibiliser et convaincre les professionnels de santé de l'institution.

Même en agissant sur les postes d'émissions mentionnés dans nos résultats, cela ne sera probablement pas suffisant pour atteindre les objectifs ambitieux de réduction des émissions de GES, et d'autres leviers seront nécessaires pour viser ces objectifs. En effet, dans le scénario le plus ambitieux pour 2040, ces mesures directes ne permettent d'atteindre une réduction potentielle de 51%, encore loin d'une neutralité carbone pour 2050 (figure 3). D'autres mesures, indirectes, doivent être mises en œuvre pour y parvenir. Elles visent à réduire la demande de soins dans une population en croissance et vieillissante. Seule une politique très active en matière de promotion de la santé et de prévention,

**FIG 3** Scénario ambitieux 2040 d'objectifs de réduction des émissions de GES

Chiffrés par poste d'émissions.

Catégories: bâtiments et infrastructures, transports, alimentation, déchets, gaz anesthésiques et bronchodilatateurs, médicaments et dispositifs médicaux, leviers indirects.



maintenant la population en bonne santé, permettrait de réduire la demande de soins en amont et, par conséquent, les émissions de GES associées au secteur du soin.

La promotion de la santé et la prévention sont l'un des investissements les plus prometteurs pour répondre au défi que pose le vieillissement aux systèmes de santé partout dans le monde aujourd'hui. Elles permettraient d'éviter 90% des infarctus du myocarde en agissant sur neuf facteurs de risque: hypercholestérolémie, cigarette, hypertension artérielle, diabète, obésité, stress, régime pauvre en fruits et légumes, consommation problématique d'alcool et manque d'activité physique.<sup>13</sup> Également, en agissant sur 14 facteurs de risque, soit, en plus des 9 précédents: sel dans l'alimentation, niveau d'instruction, dépression, pollution de l'air intérieur et extérieur, il serait possible d'éviter 71% de toutes les maladies cardiovasculaires.<sup>13</sup> Douze mesures de prévention permettraient aussi de réduire de 40% le risque de déclin cognitif majeur (maladie d'Alzheimer et autres démences séniles), limitant le recours aux proches aidants et aux EMS.<sup>14</sup> Enfin, une prévention ciblée de facteurs de risque évitables pourrait réduire de 40% le nombre de cancers et de 44% la mortalité par cancers chez les adultes de plus de 30 ans aux États-Unis.<sup>15</sup> Le canton de Genève s'est doté d'un plan stratégique interdépartemental ambitieux, le concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030, décliné depuis 2019 en plans cantonaux quadriennaux. Ces plans opérationnels déploient une vaste palette d'actions fondées avec une approche transversale qui vise l'ensemble des déterminants de la santé. Il s'appuie notamment sur le concept de One Health, mettant en lumière l'interdépendance entre la santé humaine, animale et environnementale, et le concept de salutogenèse, visant à créer et maintenir la santé en s'appuyant sur les facteurs de protection et les ressources des individus et des communautés, par opposition à la pathogenèse centrée sur les facteurs de risque.<sup>16,17</sup> Une attention particulière est portée à l'empowerment individuel et communautaire en matière de santé, un enjeu essentiel dans un contexte où près de la moitié de la population suisse éprouve des difficultés récurrentes à comprendre et traiter les informations relatives à la santé.<sup>18</sup>

Grâce à l'intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les politiques publiques, Genève bénéficie d'une dynamique favorable pour améliorer durablement l'état de santé de sa population et pour réduire le recours aux soins et donc indirectement les impacts environnementaux de son système de soins.

## CONCLUSION

Genève a l'un des systèmes de santé les plus performants d'Europe, mais aussi l'un des plus énergivores et impactant sur le climat de la planète, rapporté à sa population. Il existe de fortes marges de progression pour atteindre les objectifs de neutralité carbone du pays d'ici 2050. Avec la croissance et le vieillissement de la population genevoise, il sera nécessaire de réduire l'empreinte carbone sur l'ensemble des postes émetteurs, mais il faudra également redoubler d'effort pour continuer à développer la PSP et pour intégrer la santé dans toutes les politiques publiques. Ceci permettra non seulement d'améliorer la santé de la population mais aussi de diminuer la demande de soins, de médicaments, de dispositifs médicaux, de recours à l'hospitalisation et de pertes d'autonomie. Le suivi d'indicateurs environnementaux du système de santé nécessite d'être pérennisé et étendu à l'ensemble du territoire national.

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

**ORCID ID:**

B. Mermillod: <https://orcid.org/0009-0003-4194-2803>

R. Tornare: <https://orcid.org/0009-0000-4949-3748>

N. Ray, <https://orcid.org/0000-0002-4696-5313>

A. Flahault, <https://orcid.org/0000-0002-6957-2977>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Ce travail met en évidence l'ampleur de l'empreinte carbone du système de santé genevois et l'urgence de la réduire.
- Il est applicable à d'autres systèmes de santé cantonaux, mais le défi qui se pose à tous est de maintenir la qualité et la performance du système de santé tout en respectant nos engagements environnementaux.
- Les médicaments et dispositifs médicaux jouent un rôle clé dans l'empreinte carbone du système de santé genevois.
- Les scénarios montrent la nécessité de réduire le recours aux soins, grâce à des politiques de prévention et de promotion de la santé.
- Il est crucial de développer un système de monitoring environnemental du système de santé permettant de suivre les progrès réalisés dans ce domaine.

1 \*\*Romanello M, Di Napoli C, Drummond P, et al. The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *Lancet*. 2022 Nov 5; 400(10363):1619-54.

2 Health Care Without Harm. Health care climate footprint report [En ligne]. 2019. (Cité le 13 juillet 2024). Disponible sur: <https://global.noharm.org/resources/health-care-climate-footprint-report>

3 \*Andrieu B, Marraud L, Vidal O, et al. Health-care systems' resource footprints

and their access and quality in 49 regions between 1995 and 2015: an input-output analysis. *Lancet Planet Health*. 2023 Sep;7(9):e747-e758.

4 Office fédéral de la santé publique. Spectra. Prévention et promotion de la santé. Programmes de prévention et synergies [En ligne]. Août 2006. Disponible sur: [www.spectra-online.ch/admin/data/files/issue/pdf\\_fr/32/spectra\\_58\\_aug\\_2006\\_fr.pdf?l=1421406081](http://www.spectra-online.ch/admin/data/files/issue/pdf_fr/32/spectra_58_aug_2006_fr.pdf?l=1421406081)

5 Observatoire suisse de la santé (Obsan). Dépenses pour la promotion de

la santé et la prévention par régime de financement [En ligne]. 14 janvier 2025. (Cité le 15 décembre 2024). Disponible sur: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indikator/monam/depenses-pour-la-promotion-de-la-sante-et-la-prevention-par-regime-de-financement>

6 \*\*NHS England. Delivering a net zero NHS [En ligne]. 2022. (Cité le 5 juin 2023). Disponible sur: [www.england.nhs.uk/greenernhs/a-net-zero-nhs/](http://www.england.nhs.uk/greenernhs/a-net-zero-nhs/)

7 \*\*Marraud L, Rambaud T, Sarfati M, et al. Décarboner la santé pour soigner durablement dans le cadre du plan de

transformation de l'économie française [En ligne]. Avril 2023. (Cité le 5 juin 2023). Disponible sur: [https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante\\_v2.pdf](https://theshiftproject.org/wp-content/uploads/2023/04/180423-TSP-PTEF-Rapport-final-Sante_v2.pdf)

8 \*\*Mermillod B, Tornare R, Jochum B, Ray N, Flahault A. Estimating the Carbon Footprint of Healthcare in the Canton of Geneva and Reduction Scenarios for 2030 and 2040. *Int J Environ Res Public Health*. 2024 May 28;21(6):690.

9 \*Nicolet J, Mueller Y, Paruta P, Boucher J, Senn N. Recommandations

- pour l'écoconception des cabinets de médecine de famille. *Rev Med Suisse*. 2021 Mai 12;17(738):924-7.
- 10 Lee H, Calvin K, Dasgupta D, et al. Climate Change 2023. Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change [En ligne]. 2023. (Cité le 27 novembre 2023). Disponible sur: [www.ipcc.ch/report/ar6/syr/](http://www.ipcc.ch/report/ar6/syr/)
- 11 da Ernestho Crespini I. Transition écologique dans les soins [En ligne]. (Cité le 15 décembre 2024). Disponible sur: [www.hug.ch/direction-soins/transition-ecologique-dans-soins](http://www.hug.ch/direction-soins/transition-ecologique-dans-soins)
- 12 CHU de Bordeaux. Zoom sur les Unités durables labélisées au CHU de Bordeaux [En ligne]. Novembre 2024. (Cité le 15 décembre 2024). Disponible sur: [www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Projets-et-strat%C3%A9gies/D%C3%A9veloppement-durable/Actualit%C3%A9s-D%C3%A9veloppement-Durable-CHU-de-Bordeaux/Zoom-sur-les-Unit%C3%A9s-durables-lab%C3%A9lis%C3%A9es-au-CHU-de-Bordeaux/](http://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Projets-et-strat%C3%A9gies/D%C3%A9veloppement-durable/Actualit%C3%A9s-D%C3%A9veloppement-Durable-CHU-de-Bordeaux/Zoom-sur-les-Unit%C3%A9s-durables-lab%C3%A9lis%C3%A9es-au-CHU-de-Bordeaux/)
- 13 \*Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* [En ligne]. 2004 Sep;364(9438):937-52. Cité le 13 juillet 2024). Disponible sur: [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(04\)17018-9/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(04)17018-9/abstract)
- 14 \*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.
- 15 \*Islami F, Marlow EC, Thomson B, et al. Proportion and number of cancer cases and deaths attributable to potentially modifiable risk factors in the United States, 2019. *CA Cancer J Clin*. 2024 Sep-Oct;74(5):405-32. DOI: 10.3322/caac.21858.
- 16 \*Haefliger P, Houben F, Thadikaran-Salomon L. Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030 [En ligne]. Genève: Direction générale de la santé, 2016. (Cité le 15 décembre 2024). Disponible sur: [www.ge.ch/document/1374/telecharger](http://www.ge.ch/document/1374/telecharger)
- 17 \*Tardin A, Léocadie M, Houben F, et al. Plan cantonal de promotion de la santé et de prévention [En ligne]. Genève: Direction générale de la santé, 2023. (Cité le 15 décembre 2024). Disponible sur: [www.ge.ch/document/34410/telecharger](http://www.ge.ch/document/34410/telecharger)
- 18 De Gani S, Jaks R, Bieri U, Kocher JP. Health Literacy Survey Schweiz 2019-2021 [En ligne]. Zürich: Careum im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, 2023. (Cité le 15 décembre 2024). Disponible sur: [https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/schlussbericht-health-literacy-survey-careum.pdf.download.pdf/HLS19-21-CH\\_Schlussbericht\\_Careum%20Gesundheitskompetenz\\_Health%20Literacy%20Survey\\_20210914.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz/schlussbericht-health-literacy-survey-careum.pdf.download.pdf/HLS19-21-CH_Schlussbericht_Careum%20Gesundheitskompetenz_Health%20Literacy%20Survey_20210914.pdf)

\* à lire

\*\* à lire absolument

# Tendinite calcifiante rétropharyngée : une maladie peu connue

NADIA TABOURING<sup>a</sup>, GRIMAUDE DEFRANCE<sup>a</sup> et Dr JULIEN OMBELLI<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 987-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.917.46642

La tendinite calcifiante rétropharyngée est une inflammation du tendon du muscle long du cou secondaire à un dépôt de cristaux d'hydroxyapatite de calcium. Il s'agit d'une affection peu décrite dans la littérature, les cas n'étant fréquemment pas identifiés car de résolution spontanée. À cause de symptômes non spécifiques, d'autres affections plus graves sont souvent évoquées en premier lieu comme l'abcès rétropharyngé ou la méningite, ce qui entraîne la réalisation d'interventions et de traitements invasifs et inutiles susceptibles d'être évités par une meilleure connaissance de cette pathologie par les médecins de premier recours.

## Retropharyngeal calcific tendinitis: a little-known disease

*Retropharyngeal calcific tendinitis is an inflammation of the tendon of the long neck muscle secondary to the deposition of calcium hydroxyapatite crystals. The condition is rarely described in the literature, and cases are frequently not identified because they resolve spontaneously. Because of the nonspecific symptoms, other more serious conditions are often suggested first, such as retropharyngeal abscess or meningitis, leading to invasive and unnecessary interventions and treatments that could be avoided by a better understanding of this pathology by primary care physicians.*

## INTRODUCTION

La tendinite calcifiante rétropharyngée, aussi connue sous le nom de calcification tendineuse du muscle long du cou ou tendinite calcifiante prévertébrale, est une réaction inflammatoire aseptique secondaire à un dépôt de cristaux d'hydroxyapatite de calcium dans le tendon du muscle long du cou.<sup>1,2</sup> Elle a été rapportée pour la première fois par Hartley en 1964.<sup>3</sup> Il s'agit d'une affection bénigne responsable de symptômes non spécifiques comme des douleurs cervicales, une limitation des mouvements du cou, une odynophagie, une dysphagie, une raideur de nuque et plus rarement une fébricule.<sup>4</sup> Les diagnostics souvent évoqués en première intention devant ce type de symptômes sont l'abcès rétropharyngé et la méningite, raison pour laquelle il semble important de sensibiliser les médecins de premier recours à cette pathologie afin de limiter les interventions et traitements inutiles.<sup>5,6</sup>

## VIGNETTE CLINIQUE

Une patiente âgée de 53 ans, en bonne santé habituelle, consulte les urgences pour des cervicalgies gauches d'intensité sévère évoluant depuis 48 heures, associées à des céphalées hémicrâniennes gauches, des douleurs de l'hémiface gauche, une odynophagie légère ainsi qu'une otalgie gauche. Les cervicalgies sont péjorées par la mobilisation de la tête et irradient le long du muscle trapèze vers l'épaule gauche. La patiente est apyrétique et ne présente pas de photo ni de phonophobie. Par ailleurs, l'anamnèse par système est négative. La patiente ne rapporte pas de traumatisme récent.

À l'examen clinique, la patiente est apyrétique et son état général est conservé. Le fond de gorge n'est pas érythémateux, il n'y a pas d'exsudat amygdalien ni de trismus. Les tympans sont calmes. Il n'y a pas d'adénopathie cervicale. La palpation musculaire paravertébrale cervicale gauche et du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche est douloureuse. La patiente présente une certaine rigidité de la nuque qui, en raison de la contracture musculaire cervicale, n'est pas attribuée à un méningisme. Le bilan biologique met en évidence une leucocytose à 11,7 G/l (norme: 3,8-10 G/l) et une CRP à 40,4 mg/l (norme < 5 mg/l). La PCR pour le SARS-CoV-2 est négative.

Un diagnostic de cervicalgies sur contracture musculaire est retenu et un traitement antalgique par paracétamol, tramadol et tizanidine est instauré. En ce qui concerne le syndrome inflammatoire biologique, une virose surajoutée est suspectée.

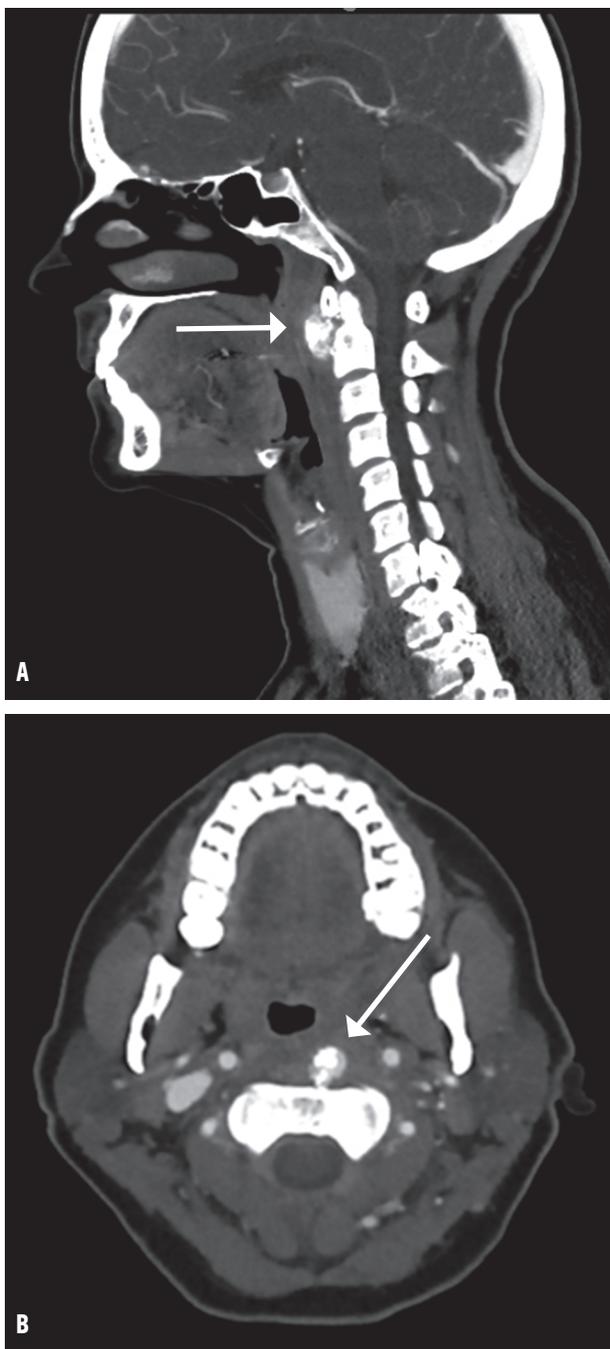
La patiente est revue en contrôle à 48 heures. Malgré le traitement antalgique, il n'y a pas d'amélioration, voire même une péjoration des cervicalgies et de l'odynophagie. Elle reste apyrétique. À l'examen clinique, on note maintenant un trismus ainsi qu'un bombement de la face postérieure du palais. Au bilan biologique, les leucocytes sont dans la norme et la CRP reste stable à 48 mg/l. Afin de rechercher un abcès rétropharyngé, un CT-scan cervical est réalisé. Ce dernier met en évidence une calcification au niveau du muscle long du cou gauche, en avant des corps vertébraux de C1/C2, mesurant 2 cm en cranio-caudal et 12 mm en axial (**figure 1**). Il existe une discrète infiltration liquidienne adjacente. Le pharynx est légèrement dévié vers le côté droit. Il n'y a pas d'abcès rétropharyngé ni d'adénopathie cervicale. Il n'y a pas non plus de lésion osseuse focale suspecte. Ces images scanographiques correspondent à une tendinite calcifiante rétropharyngée.

Après avoir posé le diagnostic, le traitement antalgique est majoré en instaurant un anti-inflammatoires non stéroïdien (AINS) et de la codéine associée au paracétamol. L'évolution est favorable avec une diminution progressive des douleurs

<sup>a</sup>Médecine interne générale, Établissements hospitaliers du Nord vaudois, 1400 Yverdon-les-Bains  
nadiatabouring@me.com | grimaude.defrance@ehnv.ch | julien.ombelli@ehnv.ch

**FIG 1** CT-scan cervical injecté de la patiente

Coupe sagittale (A) et axiale (B), en phase veineuse et fenêtre des tissus mous. Calcification ovalaire au niveau du muscle long du cou gauche, en avant des corps vertébraux de C1/C2 (flèches), mesurant 12 mm de diamètre en craniocaudal (A) et 2 cm de diamètre en axial (B).



sur deux semaines jusqu'à la résolution complète. Par la suite, la patiente ne présente pas de récurrence.

### PHYSIOPATHOLOGIE ET ÉTIOLOGIES

Le muscle long du cou est un muscle prévertébral qui fait partie des quatre muscles fléchisseurs cervicaux profonds.<sup>7</sup>

Il a comme fonction la flexion cervicale, la flexion ipsilatérale et certains mouvements de rotation.<sup>7</sup> Il est divisé en 3 parties: les fibres verticales reliant les corps vertébraux de C5-T3 à ceux de C2-C4, les obliques supérieures reliant les processus transverses de C3-C5 à l'arc antérieur de C1 et les obliques inférieures reliant les corps vertébraux de T1-T3 aux processus transverses de C5-C6.<sup>8</sup> La calcification s'observe le plus souvent au niveau des fibres obliques supérieures à hauteur de C1-C2.<sup>9</sup>

La physiopathologie et l'étiologie exacte de la tendinite calcifiante rétropharyngée ne sont pas connues. Plusieurs hypothèses ont été proposées dont les traumatismes répétés, la dégénérescence tendineuse ou l'ischémie du tendon.<sup>1</sup> Il a été suggéré qu'une lésion aiguë ou chronique du tendon mène à l'activation de macrophages aboutissant au dépôt de cristaux d'hydroxyapatite dans le tendon.<sup>10</sup> La réaction inflammatoire induite par cette libération de cristaux entraîne la formation de liquide dans l'espace rétropharyngé.<sup>7</sup> Plusieurs facteurs précipitants ont été évoqués dont l'arthrose, les maladies du tissu conjonctif, les maladies dégénératives de la colonne cervicale, la nécrose tissulaire ou encore l'insuffisance rénale.<sup>3,11</sup> Dans la majorité des cas, aucun facteur étiologique n'est mis en évidence.<sup>4</sup>

Cette pathologie concerne le plus souvent les patients âgés de 30 à 60 ans tous sexes confondus.<sup>5</sup> Une prédisposition féminine est évoquée par certaines études.<sup>4</sup>

### EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

Cliniquement, les symptômes les plus couramment observés sont des cervicalgies intenses d'apparition aiguë souvent unilatérales, une limitation de la mobilité cervicale, une odynophagie, une raideur de nuque et une dysphagie.<sup>12,13</sup> Un bombement de la paroi pharyngée postérieure peut être observé, de même qu'une fébricule.<sup>2</sup> Le bilan biologique peut montrer un syndrome inflammatoire avec une leucocytose légère, une élévation de la protéine C-réactive ou de la vitesse de sédimentation.<sup>1</sup>

### DIAGNOSTIC

Devant cette présentation clinicobiologique, les diagnostics souvent évoqués en premier lieu sont l'abcès rétropharyngé, la méningite et la spondylodiscite.<sup>9</sup> La réalisation d'une imagerie est l'étape suivante permettant de différencier l'infection de la tendinite calcifiante et d'éviter ainsi d'autres examens invasifs et traitements inutiles.<sup>4</sup> Les radiographies ne montrent souvent qu'un œdème prévertébral aspécifique, et ne sont ainsi pas très utiles.<sup>5</sup> Le CT-scan cervical injecté est le gold standard, il montre une calcification dans les fibres obliques supérieures du tendon à hauteur de C1-C2, signe pathognomonique de la tendinite calcifiante prévertébrale.<sup>1</sup> L'importance de la calcification peut varier et n'est pas liée à l'intensité des symptômes.<sup>13</sup> Un œdème des tissus mous prévertébraux entre C1 et C6 ou du liquide rétropharyngé peut également être observé et, si présent, élargir discrètement l'espace rétropharyngé.<sup>5</sup> L'imagerie par résonance magnétique n'est généralement pas nécessaire pour le diagnostic, mais

peut montrer un œdème prévertébral; elle est moins sensible que le CT-scan pour détecter les calcifications.<sup>2,13</sup>

## DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

L'abcès rétropharyngé survient généralement chez les enfants, les personnes immunodéprimées ou en cas de traumatisme cervical pénétrant.<sup>5</sup> Les symptômes sont similaires à ceux de la tendinite calcifiante et ne permettent donc pas de distinguer entre les deux affections. Néanmoins, la fièvre est habituellement plus élevée et l'hémogramme montre dans la plupart des cas une leucocytose > 12 g/l.<sup>14</sup> C'est le CT-scan qui permet de différencier les deux entités en montrant, en cas d'abcès, un rehaussement de contraste autour de la collection de liquide rétropharyngé, éventuellement des bulles de gaz et des adénopathies locales; éléments absents en cas de tendinite calcifiante.<sup>1</sup>

La méningite peut également être difficile à distinguer de la tendinite calcifiante prévertébrale, les symptômes de douleurs cervicales, raideur de nuque, céphalées et fièvre pouvant être observés dans les deux pathologies, même si la fièvre est généralement moins élevée en cas de tendinite.<sup>15</sup> L'absence de photophobie et la présence d'odynophagie et/ou de dysphagie sont des éléments qui orientent vers une pathologie rétropharyngée et justifient la réalisation d'une imagerie afin d'exclure un processus rétropharyngé avant de procéder à un geste invasif comme une ponction lombaire et d'instaurer une antibiothérapie empirique pour traiter une méningite.<sup>13</sup>

Les autres diagnostics différentiels à évoquer sont le syndrome de la dent couronnée survenant typiquement chez des personnes âgées de plus de 60 ans, la hernie discale cervicale, l'arthrose atlanto-axiale, la pharyngite, l'épiglottite, la contracture musculaire, les néoplasies et les lésions d'origine traumatique.<sup>2,6,9</sup>

## TRAITEMENT ET ÉVOLUTION

La tendinite calcifiante rétropharyngée est une affection spontanément résolutive.<sup>3</sup> Le traitement est symptomatique

par AINS.<sup>5</sup> Les corticostéroïdes peuvent également être instaurés pour une courte durée, ainsi que les opiacés.<sup>4</sup> Une immobilisation par une minerve cervicale souple peut être mise en place.<sup>3</sup> Le pronostic est excellent, la résolution des symptômes se fait généralement après une à deux semaines et les récurrences sont rares.<sup>4</sup>

## CONCLUSION

La tendinite calcifiante rétropharyngée est une affection sous-diagnostiquée car peu connue. Des symptômes de cervicalgies et une odynodysphagie avec une mobilité cervicale réduite et l'absence de signes infectieux évidents devraient faire évoquer une tendinite calcifiante rétropharyngée, qui peut être mise en évidence par le CT-scan cervical. La connaissance de cette pathologie par les médecins de premier recours permet une meilleure prise en charge du patient avec une diminution plus rapide des douleurs et d'éviter des interventions et des traitements inutiles.

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

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La tendinite calcifiante rétropharyngée est une maladie probablement sous-diagnostiquée.
- Sa présentation clinicobiologique aspécifique fait souvent évoquer en premier lieu un abcès rétropharyngé.
- Le CT-scan cervical injecté est le gold standard permettant de poser le diagnostic en mettant en évidence une calcification au niveau du tendon du muscle long du cou.
- Les médecins de premier recours et les radiologues devraient connaître cette pathologie afin d'éviter des examens et des traitements invasifs et inutiles.

1 Ødegaard KJ, Finbråten AK, Rudjord E, et al. Calcific tendinitis of the longus colli muscle. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening [En ligne]. 5 août 2022. (Cité le 14 mai 2024). Disponible sur: <https://tidsskriftet.no/en/2022/08/short-case-report/calcific-tendinitis-longus-colli-muscle>

2 Horowitz G, Ben-Ari O, Brenner A, et al. Incidence of retropharyngeal calcific tendinitis (longus colli tendinitis) in the general population. Otolaryngol Head Neck Surg. 2013 Jun;148(6):955-8.

3 Guerroum H, Koubaa I, Benissad A. Calcific tendinitis of the longus colli: An uncommon cause of neck pain. Radiol Case Rep. 2022 Feb 4;17(4):1228-30.

4 \*\*Singh PKM, Noor MIM, Jaafar R, et al. Acute Retropharyngeal Calcific Tendinitis as a Rare Cause of

Odynophagia and Neck Pain. Medeni Med J. 2021;36(1):75-9.

5 \*Tamm A, Jeffery CC, Ansari K, Naik S. Acute Prevertebral Calcific Tendinitis. J Radiol Case Rep. 30 novembre 2015 Nov 30;9(11):1-5.

6 Langner S, Ginzkey C, Mlynski R, et al. Differentiation of retropharyngeal calcific tendinitis and retropharyngeal abscess: a case series and review of the literature. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2020 Sep;277(9):2631-6.

7 Mohyeldin M, Singh H, Shrestha M, et al. Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli: A Case Report and Review of the Literature. Cureus [En ligne]. 16 mai 2024. (Cité le 15 février 2025). Disponible sur: [www.cureus.com/articles/251831-acute-calcific-tendinitis-of-the-longus-colli-a-case-report-and-review-of-the-literature](http://www.cureus.com/articles/251831-acute-calcific-tendinitis-of-the-longus-colli-a-case-report-and-review-of-the-literature)

8 Kenhub. Longus colli muscle [En ligne]. 21 décembre 2022. (Cité le 14 mai 2024). Disponible sur: [www.kenhub.com/en/library/anatomy/longus-colli-muscle](http://www.kenhub.com/en/library/anatomy/longus-colli-muscle)

9 Akaishi T, Miura K, Iduma M, et al. Retropharyngeal calcific tendinitis: A rare, benign, but painful condition with stiff neck. J Gen Fam Med. 2020;21(6):274-6.

10 Oliva F, Via AG, Maffulli N. Physiopathology of intratendinous calcific deposition. BMC Med. 2012 Aug 23;10:95.

11 Alamoudi U, Al-Sayed AA, AlSallumi Y, et al. Acute calcific tendinitis of the longus colli muscle masquerading as a retropharyngeal abscess: A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep. 2017;41:343-6.

12 Szelei N, Tassart M, Le Breton C, et al. Tendinite calcifiante rétropharyngée: une

lésion rare à évoquer. J Radiol. Septembre 2001 Sep;82(9 Pt 1):1001-4.

13 Qureshi PAAA, Bollason G, Ágústsson KL. Acute Calcific Tendinitis of the Longus Colli Muscles: An Entity That Should Be Known by Emergency Radiologists. Cureus. 2022 May 31; 14(5):e25518.

14 Filipovic T, Avsenik J. Retropharyngeal calcific tendinitis in the neurological emergency unit, report of three cases and review of the literature. Radiol Oncol. 2023 Nov 30;57(4):430-5.

15 Patel TK, Weis JC. Acute neck pain in the ED: Consider longus colli calcific tendinitis vs meningitis. Am J Emerg Med. 2017 Jun;35(6):943.e3-943.e4.

\* à lire

\*\* à lire absolument

# C'est bon signe

## Orthodéoxie et platypnée : des signes rares à ne pas manquer

Dre **ORIANE LOVEY**<sup>a</sup>, Pr **NICOLAS GARIN**<sup>a,b</sup> et Dre **ALEXANDRA GEISER-HIRSCHLER**<sup>c</sup>

Rev Med Suisse 2025; 21: 990-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.917.47047

A 90-year-old patient with emphysema-fibrosis syndrome was hospitalized for dyspnoea. On admission, she was in respiratory distress, with cyanosis, jugular veins distention, and lower limb oedema. Chest X-ray (CXR) showed a right pleural effusion. Just after pleural drainage, she developed cyanosis and altered consciousness. SpO<sub>2</sub> dropped from 91% to 74%. Point-of-care lung ultrasonography and CXR excluded a pneumothorax or re-expansion pulmonary oedema. Echocardiography revealed right heart dilation, pulmonary hypertension, and a patent foramen ovale (PFO) with a large right-to-left shunt. Platypnoea-orthodeoxia syndrome (worsening oxygenation when standing improving in supine position) was diagnosed. This rare condition caused by right-to-left shunts should be detected because correction may improve patient outcomes.

### VIGNETTE CLINIQUE

Une patiente de 90 ans, connue pour un syndrome d'emphysème-fibrose pulmonaire combinés, est hospitalisée pour une dyspnée. L'examen clinique révèle des signes de détresse respiratoire, une cyanose centrale, une turgescence jugulaire et des œdèmes des membres inférieurs. La radiographie du thorax montre un volumineux épanchement pleural droit. Une ponction pleurale est effectuée sous guidage échographique en position assise, drainant 500 ml de liquide citrin.

En fin de procédure, la patiente présente brutalement une cyanose centrale et des troubles de l'état de conscience. La saturation pulsée en oxygène (SpO<sub>2</sub>) chute de 91 à 74% sous 4 l/minute d'oxygène aux canules nasales. Une échographie pulmonaire ne retrouve pas de pneumothorax ni d'œdème pulmonaire. La patiente est placée en position semi-allongée et de l'oxygène est administré via un masque à haute concentration. Son état s'améliore alors très rapidement et l'oxygénothérapie peut être diminuée aux valeurs antérieures à la ponction.

Par la suite, l'échographie cardiaque révèle une dilatation importante du cœur droit, une probabilité élevée d'hypertension pulmonaire et un foramen ovale perméable (FOP). Le test aux microbulles met en évidence un shunt droite-gauche

(D-G) important au repos et au Valsalva (passage précoce de > 30 bulles).

### HISTORIQUE ET DÉFINITION

Les signes cliniques d'orthodéoxie et de platypnée ont été décrits pour la première fois en 1949 (**figure 1**).<sup>1</sup>

Le terme *orthodéoxia* provient de la racine grecque « orthos », qui signifie « debout » et « déoxia », qui fait référence à une « désoxygénation ». <sup>2</sup> L'orthodéoxie est définie par une chute de la Pao<sub>2</sub> (pression artérielle en oxygène)  $\geq 4$  mmHg ou de la SpO<sub>2</sub>  $\geq 5\%$  lors du passage de la position couchée à la position debout. <sup>3</sup> À notre connaissance, la validité et la fiabilité de cette définition n'ont cependant jamais été testées formellement.

Le terme *platypnée* vient de « plathys » signifiant « couché » et « pnée » « respirer ». <sup>2</sup> Il traduit l'amélioration de la dyspnée en position couchée. <sup>2</sup>

Ces deux signes sont observés de manière conjointe dans le syndrome de platypnée-orthodéoxie, décrit dans les années 1970. <sup>1</sup> Il s'agit d'une condition paradoxale par rapport aux troubles respiratoires plus courants, où les symptômes s'améliorent en position verticale (orthopnée). <sup>2</sup>

### DISCUSSION

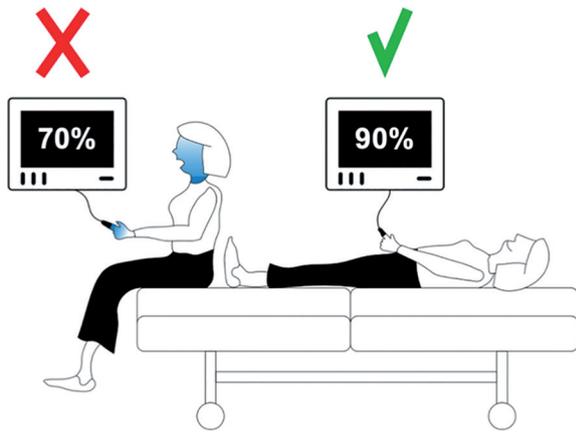
#### Physiopathologie et étiologies

La présence de platypnée/orthodéoxie suggère qu'il existe une communication directe (shunt) entre les sangs artériel et veineux, court-circuitant le lit capillaire alvéolaire où s'effectuent les échanges gazeux. Ce shunt D-G peut se trouver aux niveaux intracardiaque ou pulmonaire (**tableau 1**). <sup>3</sup> L'hypoxémie résulte du mélange de sang veineux désoxygéné au sang artériel oxygéné. <sup>3</sup>

Le shunt intracardiaque représente 80% des cas de platypnée/orthodéoxie. <sup>1</sup> L'apparition d'un shunt droite-gauche positionnel requiert deux conditions <sup>2</sup>: une anomalie structurelle intracardiaque (foramen ovale perméable (FOP), communication interauriculaire) et un second mécanisme qui va exacerber le shunt en position debout. Ce second mécanisme peut consister en une augmentation de la pression dans

<sup>a</sup>Service de médecine interne, Hôpital Riviera Chablais, 1847 Rennaz, <sup>b</sup>Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, <sup>c</sup>Service de Médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne  
oriane.lovey@hopitalrivierachablais.ch | alexandra.geiser@chuv.ch  
nicolas.garin@hopitalrivierachablais.ch

**FIG 1** Orthodéoxie (représentée à gauche) et platypnée (à droite)



(Figure de Arnaud Martin).

l'oreillette droite; une redirection du flux de la veine cave inférieure en direction d'un FOP lors de modification de l'anatomie de l'oreillette induite par la verticalisation; l'ouverture d'un FOP par la compression longitudinale du septum interauriculaire; ou fréquemment une combinaison de tous ces mécanismes (tableau 1).<sup>1,3,4</sup> Cependant, bien que le FOP soit une cause fréquente de shunt intracardiaque, le syndrome platypnée-orthodéoxie demeure rare chez les patients présentant cette anomalie, avec seulement 2% des cas observés dans une étude rétrospective.<sup>5</sup>

Les causes extracardiaques résultent d'un shunt intrapulmonaire (malformations artérioveineuses) ou d'atteintes parenchymateuses créant un effet shunt via une diminution du rapport ventilation/perfusion.<sup>3</sup> Dans ces conditions, le changement de position augmente le flux sanguin à travers

les shunts anatomiques ou les alvéoles non ventilées, exacerbant l'hypoxémie en position debout.<sup>4</sup>

**Diagnostic**

La démarche diagnostique commence généralement par une échographie cardiaque transthoracique avec l'injection de solution saline agitée afin de créer une émulsion de microbulles. Le passage de celles-ci dans les cavités gauches signe la présence d'un shunt D-G. Leur apparition rapide (en général après moins de 4 cycles cardiaques) suggère un shunt intracardiaque. En théorie, la démonstration d'une augmentation du passage lors de la position debout est nécessaire pour démontrer le caractère positionnel du shunt, mais cette manœuvre est rarement réalisée pour des raisons pratiques.

Un CT-scan thoracique est généralement nécessaire afin de mettre en évidence des anomalies associées à un shunt intracardiaque (ascension de la coupole diaphragmatique D, anévrisme de la racine de l'aorte), d'évaluer l'intégrité du parenchyme pulmonaire, et éventuellement de visualiser des malformations artérioveineuses.

Chez notre patiente, la verticalisation lors de la ponction, la modification de la statique thoracique par l'évacuation de l'épanchement et la manœuvre de Valsalva lors du retrait du cathéter pleural ont tous pu contribuer à augmenter le shunt D-G de manière aiguë, permettant un passage massif de sang désoxygéné à travers un FOP, le tout favorisé par l'hypertension pulmonaire chronique.<sup>4</sup>

**Conséquences**

L'orthodéoxie et la platypnée sont rares, mais leur reconnaissance est cruciale dans le diagnostic différentiel d'une dyspnée

**TABLEAU 1** Étiologies du syndrome platypnée-orthodéoxie

Causes intracardiaques		
Sous-catégorie	Mécanisme de shunt	Conditions associées
Pression augmentée dans l'oreillette droite	Shunt droite-gauche causé par une inversion du gradient de pression entre les oreillettes droite et gauche	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension pulmonaire</li> <li>• Péricardite constrictive</li> <li>• Embolie pulmonaire</li> <li>• BPCO</li> </ul>
Pression normale dans l'oreillette droite	Shunt droite-gauche dû à une redirection du flux sanguin veineux vers la communication interauriculaire sans augmentation de la pression	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anévrisme de la racine aortique</li> <li>• Dilatation de l'aorte ascendante</li> <li>• Cyphoscoliose</li> <li>• Paralysie diaphragmatique</li> </ul>
Défaut anatomique	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Foramen ovale perméable</li> <li>• Communication interauriculaire</li> <li>• Anévrisme du septum interauriculaire</li> <li>• Persistance de la valve d'Eustache</li> </ul>
Causes extracardiaques		
Sous-catégorie	Mécanisme de shunt	Conditions associées
Shunt intrapulmonaire (shunt vrai)	Shunt anatomique entraînant un passage direct de sang veineux dans la circulation artérielle sans oxygénation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Malformations artérioveineuses pulmonaires</li> <li>• Syndrome hépatopulmonaire</li> </ul>
Inégalité de ventilation/perfusion (effet shunt)	Zones perfusées mais mal ventilées, entraînant une hypoxémie réfractaire à l'oxygénothérapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emphysème pulmonaire</li> <li>• Pneumopathies interstitielles</li> <li>• Pneumectomie</li> </ul>

(Adapté des réf.<sup>2,4</sup>).

position-dépendante et d'une hypoxémie réfractaire.<sup>2</sup> En effet, leur découverte permet, chez la plupart des patients, d'orienter vers un diagnostic d'anomalie intracardiaque corrigible par la fermeture de la communication anatomique.<sup>1</sup> Son identification précoce réduit l'inconfort du patient, l'errance diagnostique et la durée de l'hospitalisation.<sup>4</sup>

## CONCLUSION

La recherche d'une platypnée ou d'une orthodéoxie est impérative en cas d'hypoxémie réfractaire sans autres causes identifiées ou de dyspnée positionnelle. Les investigations incluent l'oxymétrie de pouls en positions debout et couchée et l'échocardiographie transthoracique avec, en premier lieu, l'injection de microbulles. La nature transitoire et contextuelle du shunt (modifié lors de distorsions anatomiques induites, par exemple, par un épanchement pleural, une ascension de la coupole diaphragmatique ou encore une résection pulmonaire) peut rendre difficile l'évocation de ce syndrome et la détermination des causes de l'hypoxémie.

Le syndrome de platypnée-orthodéoxie est une condition rare résultant d'une variété de pathologies. Sa compréhension nécessite une évaluation approfondie des mécanismes physiopathologiques et des anomalies anatomiques sous-jacentes. La gestion et le traitement dépendent de la cause du syndrome, nécessitent une approche multidisciplinaire et permettent d'améliorer considérablement la qualité de vie des patients.

ORCID ID:

O. Lovey: <https://orcid.org/0009-0007-4159-4182>

N. Garin: <https://orcid.org/0000-0003-1269-1577>

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- La platypnée (dyspnée soulagée par le décubitus) et l'orthodéoxie (hypoxémie aggravée en position debout) doivent faire rechercher un shunt droite-gauche positionnel.
- Devant une hypoxémie persistant sans explication, il est nécessaire de mesurer la SpO<sub>2</sub> en position couchée puis debout.
- La majorité des cas sont associés à un foramen ovale perméable ou à des malformations vasculaires.
- Le traitement interventionnel (fermeture des shunts intracardiaques) améliore les symptômes et la qualité de vie des patients.

## SOUMETTRE UN CAS

Soumettez un texte traitant d'un signe clinique pour lequel il est intéressant d'examiner l'évidence scientifique soutenant la validité dans une ou plusieurs situations données (pour le format, merci de vous référer à l'encadré au bas du texte de présentation de la rubrique (Regina J, Moret M. Nouvelle rubrique: «C'est bon signe». Rev med suisse 2024; 20:1779-80).

Les textes sont à envoyer à: [jean.regina@chuv.ch](mailto:jean.regina@chuv.ch) et à [mallory.moretbochatay@ghol.ch](mailto:mallory.moretbochatay@ghol.ch)

1 Guglielmo V, Horowicz M, Dubi G, Leszek A. Syndrome de platypnée-orthodéoxie. Rev Med Suisse. 2023 Sep 6;19(840):1619-23.

2 Chai J, Velásquez A. The spinnaker effect: platypnea-orthodeoxia syndrome

due to PFO and aortic aneurysm. Chest. 2018 Oct;154(4):57A.

3 Agrawal A, Palkar A, Talwar A. The multiple dimensions of Platypnea-Orthodeoxia syndrome: A review. Respir Med. 2017 Aug;129:31-8.

4 De Vecchis R, Baldi C, Ariano C, Giasi A, Cioppa C. Platypnea-orthodeoxia syndrome: Orthostatic dyspnea and possible pathophysiological substrates. Herz. 2017 Jun;42(4):384-9.

5 Blanche C, Noble S, Roffi M, et al. Platypnea-orthodeoxia syndrome in the elderly treated by percutaneous patent foramen ovale closure: A case series and literature review. Eur J Intern Med. 2013 Dec;24(8):813-7.

# Personnel médical en détention arbitraire: torture et maltraitance

Depuis octobre 2023, date du début de l'invasion israélienne de Gaza, 384 professionnels de la santé ont été arrêtés et détenus de manière arbitraire par l'armée israélienne. Quatre ont notamment trouvé la mort dans un centre de détention.<sup>1</sup>

Après six mois d'isolement total, des avocats de «Physicians for Human Rights Israel» (PHRI), une association de défense des droits de l'homme, et du droit à la santé en particulier, présente en Israël et dans les territoires palestiniens occupés, ont pu rendre visite à 24 professionnels de la santé encore en détention. Leur rapport, établi au travers d'interviews structurés, nous donne un aperçu effrayant des conditions d'arrestations et d'incarcérations de nos collègues, inhumaines et en flagrante violation du droit international.<sup>2</sup>

Parmi ces 24 professionnels, 20 ont été arrêtés durant l'exercice de leur profession, les empêchant de fournir des soins potentiellement salvateurs pour de nombreux patients. Rappelons que, selon le droit international humanitaire ainsi que la convention de Genève, le personnel soignant bénéficie d'une protection spéciale dans des zones de conflits.<sup>3,4</sup> Ce droit est d'autant plus bafoué, au vu d'une maltraitance qui semble cibler spécifiquement les travailleurs de la santé, comme l'indique le rapport du PHRI.<sup>2</sup>

La grande majorité des individus interrogés ont été arrêtés sans être inculpés, ni soumis à des procédures légales appropriées. Une assistance juridique leur ayant été catégoriquement refusée. Les témoignages recueillis révèlent des conditions de détention cruelles et barbares. Les prisonniers étant soumis à des traitements humiliants et préjudiciables avec notamment de la maltraitance physique et psychique, de la violence sexuelle, de la privation de sommeil, de nourriture et le refus de traitements médicaux, l'ensemble constituant une violation évidente des droits fondamentaux. Comme en témoigne des professionnels de la santé internés dans plusieurs camps de détention tant militaires que civils, la maltraitance et la

torture semblent systématiques touchant l'ensemble du système carcéral israélien.<sup>2</sup> À noter que les récits du personnel soignant sont cohérents avec les rapports indépendants d'autres organisations de défense des droits humains, notamment «Healthcare Workers Watch (HWW)»,<sup>5</sup> «Human Rights Watch»,<sup>6</sup> une enquête indépendante de «The Guardian»<sup>7</sup> et des constatations de la Commission d'enquête internationale indépendante sur le territoire palestinien occupé, mandaté par le Conseil des droits de l'homme de l'ONU,<sup>8</sup> tous faisant état d'arrestations arbitraires, de tortures, de violences et d'abus psychologiques à l'encontre du personnel de santé palestinien. Il est important de rappeler que la Commission n'a, par ailleurs, trouvé aucune preuve d'activité militaire venant

de groupes armés palestiniens dans les établissements de santé, motif fréquemment invoqué par le militaire israélien pour justifier les abus commis.<sup>8</sup>

Le rapport de HWW, en date du 7 octobre 2024, estime que 105 médecins cadres ont été tués ou détenus par l'armée israélienne depuis le 7 octobre 2023, ce qui représente 23% des médecins les plus expérimentés de Gaza.<sup>5</sup> Une telle amputation des effectifs médicaux a un impact désastreux sur le fonctionnement d'un système de santé confronté quotidiennement à un afflux massif de patients nécessitant une prise en charge spécialisée. La destruction massive de l'infrastructure médicale gazaouie, le nombre élevé de morts parmi les professionnels de santé et la détention arbitraire et ciblée du personnel médical, suggère une politique délibérée des autorités israéliennes d'anéantissement du système de soins palestiniens afin d'entraver l'accès à des services médicaux essentiels.

L'impunité totale dont bénéficient les responsables de ces actes, tant sur le plan national qu'international, malgré une documentation abondante d'organisations de défense des droits de l'homme,<sup>2,5-7</sup> normalise un environnement dans lequel la violation continue des droits humains est, non seulement tolérée, mais encouragée,

permettant à la maltraitance et à la torture de persister.

Il est urgent que la communauté médicale sorte du silence, exigeant la libération immédiate de tout le personnel médical détenu, le respect des droits fondamentaux et la protection des professionnels de santé. Ces derniers ne doivent pas être des cibles. #NotATarget

**IL EST URGENT  
QUE LA COMMUNAUTÉ MÉDICALE  
SORTE DU SILENCE**

1 [Ehttps://healthcareworkerswatch.org](https://healthcareworkerswatch.org)

2 Torture of Medical Workers in Israel - A Call for Urgent Action, Physicians for Human Rights - Israel, 26.02.2025. [www.phr.org.il/en/torture-of-medical-workers/](http://www.phr.org.il/en/torture-of-medical-workers/)

3 Third Geneva Convention & Fourth Geneva Convention, Article 3 "Conflicts not of an International Character", 1 (d). <https://ihl-databases.icrc.org/pt/ihl-treaties/gci-1949/article-3>

4 Customary IHL - Rule 25. Medical Personnel. <https://ihl-databases.icrc.org/en/customary-ihl/v1/rule25>

5 The Killing, Detention and Torture of Healthcare Workers in Gaza - Healthcare Workers Watch - October 7, 2024. <https://healthcareworkerswatch.org/publications/reports/the-killing-detention-and-torture-of-healthcare-workers-in-gaza/>

6 Israel: Palestinian Healthcare Workers Tortured | Human Rights Watch, UA ISR (10.2024). [www.hrw.org/news/2024/08/26/israel-palestinian-healthcare-workers-tortured](http://www.hrw.org/news/2024/08/26/israel-palestinian-healthcare-workers-tortured)

7 Doctors in detention - 'No rules': Gaza's doctors say they were tortured, beaten and humiliated in Israeli detention - theguardian.com. [www.theguardian.com/global-development/2025/feb/25/israel-gaza-doctors-surgeons-healthcare-detention-international-law](http://www.theguardian.com/global-development/2025/feb/25/israel-gaza-doctors-surgeons-healthcare-detention-international-law)

8 Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Occupied Palestinian Territory, including East Jerusalem, and Israel - Human Rights Council resolution S-30/1 - A/79/232 - 11.09.2024. [www.ohchr.org/en/hr-bodies/hrc/co-israel/index](http://www.ohchr.org/en/hr-bodies/hrc/co-israel/index)

## DR NICOLAS TEBIB

FMH médecine interne  
Service des soins intensifs et continus  
Hôpital cantonal de Fribourg  
1752 Villars-sur-Glâne  
[ntebib@outlook.com](mailto:ntebib@outlook.com)

## LU POUR VOUS Risque de neuropathie optique ischémique chez les utilisateurs de sémaglutide

Certaines données suggèrent une association entre le sémaglutide, un analogue du GLP-1 prescrit dans la prise en charge du diabète ou de l'obésité, et la neuropathie optique ischémique antérieure non artéritique (NOIAN), une atteinte oculaire provoquant une baisse de l'acuité visuelle indolore irréversible et rapidement progressive.

Simonsen et coll. ont effectué une étude de cohorte à partir de registres nationaux danois (2018-2024) et norvégien (2018-2022), comparant l'incidence de la NOIAN chez les patients diabétiques initiant un traitement par sémaglutide à celle de patients appariés par un score de propension et débutant un traitement

par inhibiteur du SGLT2 (iSGLT2). L'analyse ajustée incluait 60887 utilisateurs de sémaglutide et 60763 d'iSGLT2. Trente-deux cas de NOIAN ont été observés. Au Danemark, l'incidence était de 2,19/10000 personnes-années sous sémaglutide, contre 1,02 sous iSGLT2 (hazard ratio (HR): 2,17; IC 95%: 1,20-3,92).

En Norvège, l'incidence était respectivement de 2,90 et 0,40 (HR: 7,25; IC 95%: 2,34-22,4). Les résultats étaient concordants dans les différentes analyses de sensibilité.

**Commentaire:** cette étude présente comme points forts la taille et la représentativité de l'échantillon, ainsi que la cohérence de l'effet dans deux cohortes

distinctes et dans les analyses complémentaires. D'autre part, ses limites sont les différences résiduelles entre les groupes malgré l'ajustement, le faible nombre d'événements limitant l'analyse de sous-groupe, l'impossibilité de distinguer les causes de neuropathies ischémiques antérieures en raison de l'utilisation d'un code diagnostique unique et l'absence de données sur la poursuite du traitement initié. Les résultats montrent un risque augmenté de NOIAN sous sémaglutide chez les patients diabétiques, bien que le risque absolu reste très faible. Les bénéfices démontrés du sémaglutide surpassent ce risque, mais des études complémentaires sont

nécessaires pour identifier d'éventuels facteurs de risque additionnels. En attendant, les cliniciens doivent rester attentifs à la possible survenue de cet effet secondaire.

**Dr Gaël Grandmaison**  
HFR Fribourg

**Coordination: Dr Alexandre Gouveia**  
Unisanté  
(alexandre.gouveia@unisante.ch)

Simonsen E, Lund LC, Ernst MT, et al. Use of semaglutide and risk of non-arteritic anterior ischemic optic neuropathy: A Danish-Norwegian cohort study. *Diabetes Obes Metab.* 2025 Mar 17. DOI: 10.1111/dom.16316.

## CARTE BLANCHE

# SCIENTOPHOBIE



### Pre Béatrice Schaad

Pre titulaire et Directrice du Centre sur le vécu des patient-es, proches et professionnel-les Institut des humanités en médecine Université de Lausanne Centre hospitalier universitaire vaudois 1011 Lausanne  
beatrice.schaad@chuv.ch

Dans *La Servante écarlate* de Margaret Atwood, peu après la prise de pouvoir du nouveau gouvernement, June Osborne, l'héroïne du roman, éditrice, perd son emploi et son droit à l'éducation, comme toutes les femmes. Emily Malek, autre personnage, professeure d'université et chercheuse en biologie, est interdite d'enseigner. Il y a six mois encore, l'œuvre de Margaret Atwood était une dystopie. Impossible

alors d'imaginer que ce récit serait dépassé par la réalité. Or, depuis son intronisation, Donald Trump, mais peut-être de façon encore plus redoutable, l'administration téléguidée par JD Vance attaque directement la science. Les revues scientifiques sont désormais dans le viseur de l'administration. Ainsi que le relate l'éditorial du *Lancet* du 26 avril dernier, Edwin R. Martin Jr, procureur fédéral par intérim nommé par Trump pour le District de Columbia, a envoyé une lettre à la Revue du Collège américain des médecins spécialistes des maladies thoraciques *CHEST*, affirmant « que de plus en plus de revues et de publications telles que *CHEST Journal* admettent leur partialité dans divers débats scientifiques ». Ce courrier demande à la revue de répondre à cinq questions sur des sujets tels que « la manière dont elle traite les informations erronées » et la diversité des points de vue. « Le harcèlement des revues s'inscrit dans un contexte plus large de déman-

tement radical de l'infrastructure scientifique américaine », écrit le *Lancet* relevant que les Instituts nationaux de la santé (NIH) et les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) font l'objet d'importantes coupes budgétaires, pour un montant total de 84 milliards de dollars. « Le ministère américain de la Santé et des Services sociaux (HHS) utilise un discours trompeur pour faire croire au public que ces coupes budgétaires visent à améliorer la santé des Américains. Or, l'un des objectifs des gouvernements autoritaires est justement de détruire la science indépendante au sein des institutions gouvernementales et de réduire au silence le monde universitaire ». Ces lettres d'intimidation ont été adressées en date du 25 avril 2025 à au moins deux autres revues, dont le *New England Journal of Medicine*. Quelques jours plus tôt, un autre signe de cette scientophobie s'est traduit en une lettre

parvenue le 11 avril dernier sur le bureau du président de Harvard, Alan M. Garber. En comparaison, la pression mise sur Columbia où il était « juste » question de laisser l'administration s'immiscer dans le fonctionnement de trois instituts, celle portée contre Harvard tient du pilonnage. Ainsi, la missive du gouvernement accuse la prestigieuse université du Massachusetts de « ne pas avoir respecté les droits intellectuels et civiques » et lui intime désormais - entre autres injonctions - de recruter des élèves sur la base de la « méritocratie » et non de la diversité et l'inclusion: « L'université doit cesser toute préférence fondée sur la race, la couleur, la religion, le sexe ou l'origine nationale dans ses pratiques d'embauche, de promotion, de rémunération ». Elle la somme également de mener des investigations rétroactives sur les participants aux manifestations suite aux événements du 7 octobre 2023.



Elle est également contrainte de renforcer ses procédures disciplinaires envers les étudiant-es et de ne nommer ou maintenir que les professeur-es qui se conformeront à ce long recadrage.

La charge portée contre les universités n'en finit plus d'entraîner son lot de conséquences catastrophiques, dès lors qu'on les mesure en projets

de recherches suspendus, en scientifiques bloqués dans leur élan, en traitements et essais cliniques stoppés sur des patients qui en ont pourtant besoin: Johns Hopkins a annoncé 2000 licenciements, Penn University endure une coupe de 175 millions de dollars, Columbia reste menacée d'une coupe de 400 millions de dollars bien qu'elle ait obtempéré.

Quant à Harvard, après avoir perdu 2,2 milliards de bourses, elle pourrait voir supprimée son exemption fiscale, propre à presque toutes les universités américaines. À force de confusion et de brassage sémantique, cette nouvelle administration réussit à opérer un glissement gravissime: le wokisme au cœur de sa cible englobe désormais la science et celle-ci est donc à ses yeux, tout aussi détestable. Parce que la recherche différencie les hommes et les femmes, parce qu'elle piste les biais, parce qu'elle s'intéresse au climat, elle serait «woke» et il serait donc nécessaire de la serrer au collier.

L'effet souterrain de ces attaques aux États-Unis est le mouvement d'autocensure qu'elles provoquent. Combien de chercheurs choisissent-ils aujourd'hui de s'orienter sur des domaines «tolérés»? Combien d'instituts révisent-ils leurs buts, pour éviter d'être la cible de menaces, voire de coupes radicales? Combien d'universités refusent-elles des étudiants étrangers ou

ferment-elles des instituts qui se préoccupaient jusqu'ici du genre, du climat, de la santé des migrants ou de celle des femmes?

Cet assaut contre la science engendre les mêmes craintes et encourage les mêmes pratiques ailleurs dans le monde. Qu'y a-t-il de plus transfrontalier que la science et ses innombrables collaborations? Les équipes de recherche américaines entretiennent des liens avec des milliers de laboratoires de ce côté-ci de l'Atlantique. Cette autocensure se répand comme un précipité de chimie et aussi rapidement que lui. Il est néanmoins permis d'espérer que la ferme résistance d'Harvard en entraîne d'autres. Et que La Servante écarlate quitte le rayon des histoires vraies pour retourner à celui des dystopies.

L'ESSENTIEL

# TROUBLE DU JEU VIDÉO

Sous la direction de Y. Khazaal, J. Billieux, S. Achab, O. Simon, M. Dufour, A. Benyamina  
Préface de M. Potenza

Collection L'essentiel  
200 pages  
Format: 11.5 x 18 cm  
Prix: 15 CHF, 12 €  
ISBN: 9782880495411  
© 2024

L'ESSENTIEL

## TROUBLE DU JEU VIDÉO

Sous la direction de Y. Khazaal, J. Billieux, S. Achab, O. Simon, M. Dufour, A. Benyamina  
Préface de M. Potenza

RMS  
EDITIONSRMS  
EDITIONS

Pour commander :



# Réinventer le soin des addictions comportementales: la médecine centrée sur la personne

La médecine centrée sur la personne (MCP) représente une approche innovante et humaniste qui place le patient au cœur du processus de soin. Dans le contexte des comportements addictifs, cette approche peut transformer la manière dont nous abordons et traitons les addictions, en mettant l'accent sur l'individualité, les besoins spécifiques et les ressources internes de chaque personne. Mais de quoi s'agit-il, et pourquoi une MCP pour les comportements addictifs?

La MCP se distingue par son approche holistique et personnalisée, et repose sur des principes clés: a) *respect et dignité* de chaque personne, indépendamment de son histoire ou de ses comportements; b) *partenariat* avec le patient dans le processus de soin; c) *individualisation* des soins adaptés aux besoins, aux valeurs et aux préférences de chaque individu et d) *empathie et écoute active* pour comprendre les expériences et les émotions du patient.

Les comportements addictifs (jeux d'argent, jeux vidéo, achats, ou réseaux sociaux) nécessitent une approche nuancée et personnalisée.

Pour illustrer l'intérêt de la MCP dans les comportements addictifs, voici quelques publications qui plaident pour cette approche pour différents types de troubles et de catégories d'âge.

**Jeux vidéo:** ce chapitre<sup>1</sup> se concentre sur l'importance d'examiner la conduite de jeu vidéo dans le contexte personnel et social de l'individu. Les auteurs discutent des facteurs psychologiques et sociaux pouvant influencer le développement d'une addiction aux jeux vidéo. Ils insistent sur la nécessité d'une évaluation approfondie prenant en compte le comportement de jeu et les aspects environnementaux et relationnels du joueur. L'article propose des méthodes pour investiguer ces facteurs et développer des interventions personnalisées. Un autre article<sup>2</sup> examine les données sur le trouble du jeu vidéo en ligne de centaines de joueurs. Les auteurs

discutent des multiples dimensions, y compris les aspects cognitifs, émotionnels et sociaux. Ils soulignent l'importance de considérer le contexte global du joueur, plutôt que de se concentrer uniquement sur le temps passé à jouer.

**Réseaux sociaux:** cet article<sup>3</sup> explore l'utilisation problématique des réseaux sociaux et plaide pour une approche personnalisée dans le traitement de cette addiction. Les auteurs soulignent que les interventions standardisées ne sont souvent pas suffisantes pour aborder la complexité des comportements addictifs liés aux réseaux sociaux. Ils proposent une approche centrée sur la personne, prenant en compte les facteurs individuels, psychologiques et sociaux de chaque utilisateur. L'article met en avant l'importance de l'évaluation personnalisée et de la collaboration entre le patient et le professionnel de santé pour développer des stratégies de traitement adaptées.

**Usage problématique d'internet au féminin:** cet article<sup>4</sup> illustre l'importance d'une évaluation clinique approfondie et d'une approche de traitement personnalisée. L'auteur discute des spécificités de ces troubles chez les femmes et propose des méthodes pour une évaluation détaillée psychologique et sociale adaptée au genre. L'article met en avant des exemples concrets de traitements personnalisés qui ont montré des résultats positifs, soulignant l'importance d'une approche centrée sur la personne dans le traitement.

**Jeux d'argent:** Le chapitre<sup>5</sup> offre une synthèse des connaissances sur le trouble et met en lumière sa complexité, requérant une approche multidimensionnelle, personnalisée et intégrée de prévention et de traitement. Les auteurs soulignent également l'importance de la collaboration entre les professionnels de santé, les décideurs politiques et les communautés pour aborder efficacement le problème.

La MCP peut être appliquée de la manière suivante aux troubles addictifs et

aux catégories d'âge:

- Évaluation complète initiale prenant en compte les symptômes addictifs, et les aspects psychologiques, sociaux et environnementaux du patient.<sup>1-5</sup>
- Plan de soin personnalisé en collaboration avec le patient, incluant des objectifs réalistes et des stratégies adaptées.<sup>1,2,4,5</sup>
- Soutien continu et suivi régulier pour aider le patient à surmonter les défis et à maintenir ses progrès.<sup>1,2,4,5</sup>
- Identification et renforcement des ressources internes du patient, telles que la résilience, les compétences en gestion du stress et les réseaux de soutien social.<sup>1,2,4,5</sup>

La médecine centrée sur la personne offre une opportunité unique de révolutionner le traitement des comportements addictifs. En plaçant le patient au centre du processus de soin, nous pouvons créer des interventions plus efficaces, plus humaines et plus durables. Il est temps de réinventer le soin et de donner à chaque personne la chance de retrouver une vie équilibrée et épanouie. Pour que la MCP soit pleinement intégrée dans le traitement des comportements addictifs, il est essentiel de former les professionnels de santé à cette approche.

1 Barranguou Pouyes Darlas M, Grall Bronnec M, Achab S. Investiguer la conduite de jeu vidéo dans le contexte personnel et social de la personne. Dans « Trouble du Jeu Vidéo ». Coll. L'essentiel. Chapitre 14. Chêne-Bourg: Ed. Médecine et Hygiène, 2024.

2 Cekic S, Bediou B, Achab S, et al. Going beyond video game consumption when considering Internet Gaming Disorder. 2024 Aug;133:152500. doiDOI: 10.1016/j.comppsy.2024.152500.

3 Achab S, Billieux J. Problematic social media use: a call for a personalized approach. Rev Med Suisse 2022;18(785):1146-8.

4 Achab S. Women with internet related disorders-illustration of an in-depth clinical assessment and personalized treatment approach. Eur Psychiatry, 2024;67(S1):S24-24.

5 Roberts A, Sharman S, Nutt D, et al. Gambling, Oxford handbook of addiction medicine. Lincoln: University of Lincoln, 2024;chapter 20.

## DRE SOPHIA ACHAB

Centre Collaborateur OMS en formation et recherche en santé mentale  
Faculté de médecine, Université de Genève  
1211 Genève 4  
sophia.achab@hug.ch

IL EST TEMPS DE  
RÉINVENTER LE  
SOIN POUR  
RETRouver UNE  
VIE ÉQUILIBRÉE  
ET ÉPANOUIE



Consortium

Ecological transformation of  
healthcare in Switzerland

Mardi 2 septembre 2025

# Sobriété dans les services de santé

De la démedicalisation à  
l'économie circulaire



Fabrikstrasse 6,  
3012 Berne

[www.ethich.ch](http://www.ethich.ch)

1010614

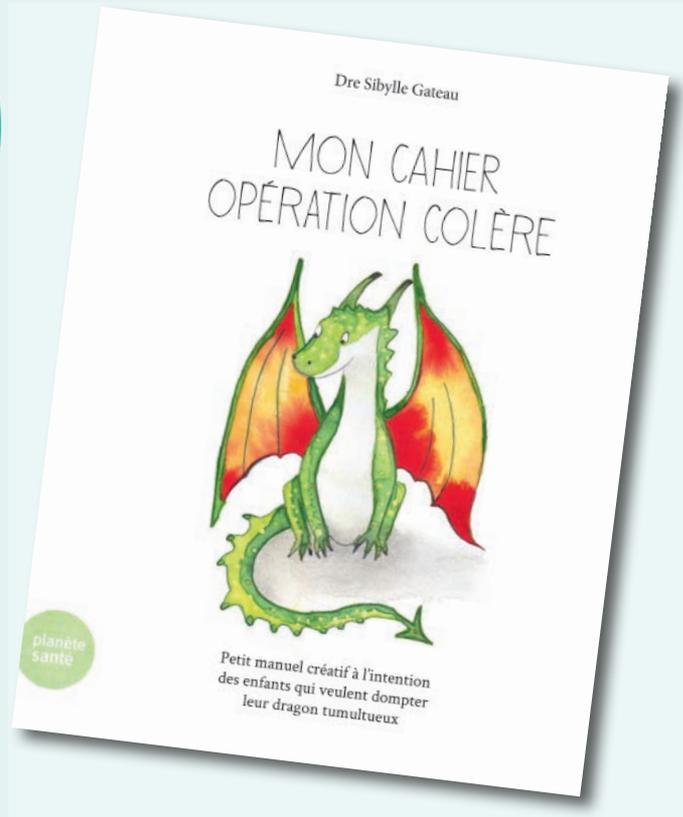
**SAMWASSM**

Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften  
Académie Suisse des Sciences Médicales  
Accademia Svizzera delle Scienze Mediche  
Swiss Academy of Medical Sciences



Universitäre  
Medizin Schweiz  
Médecine  
Universitaire Suisse

Information santé  
grand public



Pour commander :



#### Auteure

Sibylle Gateau

#### Prix

CHF 6.- / 6 €

18 pages

21.5 x 27.5 cm

ISBN 9782889411368

© 2025

## Mon cahier Opération colère

**Petit manuel créatif à l'intention des enfants qui veulent dompter leur dragon tumultueux**

Une histoire de dragon à imaginer et à dessiner avec l'aide des grands, pour les enfants dès 4 ans qui traversent de grandes colères et qui veulent dompter leur dragon.

Un cahier pour aider à gérer les émotions et retrouver le calme, conçu et illustré par la Dre Sibylle Gateau, également auteure de Mon cahier d'autohypnose.

En retournant ce coupon à **Planète Santé**  
**Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :**

Je m'abonne à la collection et reçois automatiquement  
chaque ouvrage dès sa parution au prix préférentiel  
de CHF 10.- / 8 € par ouvrage.

Je commande :

\_\_ ex. **Mon cahier Opération colère**

#### Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : [commande@medhyg.ch](mailto:commande@medhyg.ch)  
Internet : [boutique.revmed.ch](http://boutique.revmed.ch) / Tél. : +41 22 702 93 11

*Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène*

Frais de port pour la Suisse : 3.-, offerts des 30.- d'achat Autres pays : 5 €