

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

5 novembre 2025

938

MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE

RÉGIME STRICT EN SANTÉ: ATTENTION À L'EFFET REBOND

Dépendance aux opioïdes en médecine
de premier recours

TDAH à l'âge adulte et spécificités
de genre

Santé au travail: rôle du médecin
de premier recours

POCUS en médecine de premier
recours

Implémentation de la CISP-3 en clinique

Épaule douloureuse... pas seulement
la coiffe

Volume 21, 1957-2016
ISSN 1660-9379 (Imprimé)
ISSN 3042-6782 (En ligne)

M.H
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

SMSR
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE



Kaloba®

Extrait de Pelargonium sidoides EPs® 7630

- réduit l'incapacité de travail de 1,73 jour⁴
- réduit le besoin en antibiotiques¹
- réduit l'intensité des symptômes⁵⁻⁹



NOUVEAU
sous forme de
Direct Sticks

pour le quotidien!



antiviral¹⁰⁻¹³
antibactérien¹⁴
sécrétomoteur^{15,16}



Admis aux caisses

Admis aux caisses

Kaloba®
Médicament phytothérapeutique
En cas de
bronchite aiguë

Kaloba® sirop

à partir
de 2 ans

Admis aux caisses

Kaloba® Direct
Extrait de racines de pélagonium

Galénique
NOUVEAU

Désormais une forme galénique
adaptée à tous

Information professionnelle abrégée Kaloba® Gouttes, Kaloba® Sirop et Kaloba® Direct: C: Extrait liquide de racines de Pelargonium sidoides, 1 g (= 0,975 ml) de liquide contient: 800 mg d'extrait liquide de racines de Pelargonium sidoides (1:8-10). Agent d'extraction éthanol 11% (m/m). Sirop: 5 ml de sirop contiennent 14,3 mg d'extrait sec de Pelargonium sidoides. Direct: 1 sachet (800 mg) de granulés contient 20,0 mg d'extrait liquide déshydraté de racines de pelargonium sidoides. I: Solution: bronchite aiguë. Sirop et Direct: traitement symptomatique d'une bronchite aiguë. P: Solution: adultes et adolescents à partir de 12 ans: 30 gouttes 3 fois par jour; Enfants de 6 à 12 ans: 20 gouttes 3 fois par jour; Petits enfants de 2 à 5 ans: 10 gouttes 3 fois par jour. Sirop: adultes et enfants à partir de 12 ans: 7,5 ml 3 fois par jour; enfants de 6 à 12 ans: 5 ml 3 fois par jour. Direct: Adultes et adolescents dès 12 ans: le contenu d'un sachet 3 fois par jour. CI: en cas d'hypersensibilité à un des composants du médicament. En cas de maladies hépatiques graves. IA: inconnues jusqu'à présent. On ne peut pas exclure un effet renforcé d'anticoagulants oraux comme phenprocoumon et warfarine en cas de prise simultanée de Kaloba®. GI/A: aucune donnée disponible. EI: douleurs gastro-intestinales occasionnelles, rarement de légers saignements de la gencive et du nez. Dans de rares cas, réactions d'hypersensibilité de type immédiat; ce genre de réactions pouvant déjà survenir après la première prise du médicament. Dans de très rares cas, des réactions d'hypersensibilité graves avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de tension artérielle peuvent apparaître. P: solution 20 ml, 50 ml. Sirop 120 ml. Direct 36. **Cat. de vente:** D, remboursé par les caisses d'assurance maladie. **TA:** Schwabe Pharma AG, Erlistrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi. **Mise à jour:** Septembre 2023. Informations détaillées voir www.swissmedicinfo.ch.

Références: 1. David Martin, Marcel Konrad, Charles Christian Adarkwah & Karel Kostev (2020): Reduced antibiotic use after initial treatment of acute respiratory infections with phytopharmaceuticals- a retrospective cohort study, Postgraduate medicine, DOI: 10.1080/00325481.2020.1751497. 2. Mousa HA. Prevention and treatment of influenza, influenza-like illness, and common cold by herbal, complementary, and natural therapies. J Evid Based Complement Altern Med. 2017;22(1):166-174. 3. Matthys H, Lehmacher W, Zimmermann A, et al. EPs 7630 in acute respiratory tract infections - a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Lung Pulm Respir Res. 2016;3(1):415. 4. Matthys H et al. W. Effects of EPs 7630 on the duration of inability to work in acute bronchitis - a meta-analysis. Multidiscip Respir Med. 2023 Jun 13;18(1):914. doi: 10.4081/mrm.2023.914.PMID: 37476531; PMCID: PMC10355130. 5. Matthys H, Eisebitt R, Seith B, Heger M. Efficacy and safety of an extract of Pelargonium sidoides (EPs 7630) in adults with acute bronchitis. A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Phytomedicine. 2003;10 Suppl 4:7-17. doi:10.1078/1433-187x-00308. 6. Kamin W, Maydannik VG, Malek FA, Kieser M. Efficacy and tolerability of EPs 7630 in patients (aged 6-18 years old) with acute bronchitis. Acta Paediatr. 2010;99(4):537-543. doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01656.x. 7. Bachert C et al. Treatment of acute rhinosinusitis with the preparation from Pelargonium sidoides EPs® 7630: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Rhinology 2009;47:51-58. 8. Bereznoj VV et al. Efficacy Of Extract Of Pelargonium Sidoides In Children With Acute Non-group A Beta-hemolytic Streptococcus Tonsillopharyngitis: A Randomized, Double-Blind, Placebo-controlled Trial. Altern Ther Health Med 2003;9(5):68-79. 9. Schapowal A, Dobos G, Cramer H, Ong KC, Adler M, Zimmermann A, Brandes-Schramm J, Lehmacher W. Treatment of signs and symptoms of the common cold using EPs 7630 - results of a meta-analysis. Heliyon. 2019 Nov 26;5(11):e02904. doi: 10.1016/j.heliyon.2019.e02904. PMID: 31844762; PMCID: PMC6888731. 10. Michaelis M et al. Phytomedicine 2011;18:384-386. 11. Janeczek AJ et al. Planta Med 2009;75:989. 12. Theisen LL, Müller CP. Antiviral Res 2012;94(2):147-156. 13. Koch E et al. Naunyn-Schmiedeberg's Arch Pharmacol 2002;365(Suppl.1):R75. 14. Conrad, A et al. Extract of Pelargonium sidoides (EPs® 7630) inhibits the interactions of group A-streptococci and host epithelia in vitro Phytomedicine 2007; 14 (Suppl. VI): 46-59. 15. Neugebauer, P et al. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures-- exemplary measurements under Pelargonium sidoides extract (EPs® 7630) Phytomedicine 2005; 12: 47-52. 16. Bao, Y et al. Evaluation of pharmacodynamic activities of EPs® 7630, a special extract from roots of Pelargonium sidoides, in animals models of cough, secretolytic activity and acute bronchitis. Phytomedicine 2015; 22: 504-509. Toutes les références peuvent être demandées à Schwabe Pharma. 09/2024



**Schwabe
Pharma**
From Nature. For Health.

MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE

- 1959 **ÉDITORIAL** Régime strict en santé: attention à l'effet rebond. *C. Clair et A. Gouveia*
- 1962 Dépendance aux opioïdes en médecine de premier recours. *T. Auriault, M. Albertin, J. Araïedh, Y. Demars, A. Adam et J.-B. Daepfen*
- 1970 TDAH à l'âge adulte et spécificités de genre: repérage chez le généraliste. *C. Brunetti, C. Clair, V. Schlueter, A. Eggimann et F. Candaux*
- 1976 Santé au travail: rôle et limites du médecin de premier recours. *L. Bourquin, L. Simões Morgado, T. Jara, D. Herren et F. Regamey*
- 1986 POCUS en médecine de premier recours: état des lieux en 2025. *R. Naili, C. Balas, E. Breuss, M. Benmachiche, C. Surchat et D. Herren*
- 1996 Implémentation de la CISP-3 en clinique: projet pilote en milieu académique. *M. J. Riera Ruiz, E. Monnier, B. Fauquert, L. Leutrillart et A. Gouveia*
- 1961 Résumés des articles
- 2004 QCM d'autoévaluation

QUALITÉ EN MÉDECINE

- 2006 5 minutes pour apprendre. Épaule douloureuse... pas seulement la coiffe. *C. Rudolph-Savatier et C. Juillet*

QUIZ EN DERMATO

- 2010 Nodules prurigineux. *C. Hsu*

INTERVIEW

- 2012 À la Société vaudoise de médecine, nous portons la vision du terrain. *Interview de S. Oppliger-Pasquali par C. Fitaire*

ACTUALITÉ

- 2014 **Lu pour vous.** Prolonger l'anticoagulation en cas d'événement thromboembolique provoqué ? *G. Grandmaison*
- 2014 **Carte blanche.** Deux films, mille motivations. *E. Delamare*
- 2015 **Zoom.** Limiter la cholécystectomie en raison de la polymorbidité chez la patientèle âgée ? *N. Hagon*

CORTEX

- 2016 Le Janus de la santé trumpiste. *C. Fasel*

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-trice en chef adjoint:
Dre Cécile Fasel et 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



Calcifédiol: une voie directe vers la vitamine D^{2,3}

Le principe actif calcifédiol n'est pas soumis à une métabolisation hépatique et normalise le taux de vitamine D rapidement et efficacement.^{2,3,*}

- » Pour le traitement de la carence en vitamine D⁵
- » Comme traitement d'entretien lorsque les facteurs de risque persistent⁵
- » Prise mensuelle^{5,#}

*) Dans une étude clinique menée chez des femmes post-ménopausées présentant une carence en vitamine D, le délai médian pour atteindre un taux de 25(OH)D > 20 ng/ml avec une administration mensuelle de Vitafediol était d'environ 1,6 mois (IC à 95 %: 1,4-4,1).⁴ #) Posologie selon le degré de sévérité, maximum 1 capsule molle toutes les 2 semaines.

Vitafediol, Capsules molles C: Calcifédiol monohydraté. **I:** Traitement d'une carence en vitamine D chez adultes (taux de 25(OH)D < 20 ng/ml ou < 50 nmol/l). **P:** La dose initiale habituelle: 1 capsule par mois. Selon le degré de sévérité de la carence et des facteurs de risque, 1 capsule toutes les 2 semaines possible (dose maximale). 3-4 mois après le début du traitement, il convient de déterminer le taux sérique de 25(OH)D et d'adapter la posologie si nécessaire. **CI:** Hypercalcémie, hypercalciurie, hypervitaminose D, tendance à la formation de calculs rénaux contenant du calcium, pseudohypoparathyroïdisme, hypersensibilité aux composants. **P:** En cas d'utilisation à long terme, en particulier en cas d'utilisation plus d'une fois par mois, il convient de contrôler régulièrement le taux sérique de 25(OH)D. Surtout en cas d'utilisation à long terme, il convient de surveiller le calcium et le phosphate dans le sérum et l'urine, ainsi que la phosphatase alcaline dans le sérum. Insuffisance cardiaque chronique: Surveiller étroitement le taux de calcium sérique. Prudence en cas de: Maladies granulomateuses, troubles de la fonction rénale, tendance à la formation de calculs rénaux, troubles du métabolisme du calcium ou de l'excrétion urinaire du calcium et du phosphate, artériosclérose, maladie cardiaque coronaire, traitement par des dérivés de la benzothiadiazine. Immobilisation prolongée: Envisager une réduction de la dose. Ne pas utiliser d'autres médicaments contenant de la vitamine D. Informer des éventuels symptômes de surdosage. **IA:** Intervalle d'administration d'au moins 2 heures avec les résines échangeuses d'ions, l'orlistat, les laxatifs comme l'huile de paraffine. Réduction possible de le taux plasmatique par des inducteurs enzymatiques. Les antifongiques imidazolés peuvent altérer l'effet. Interactions possibles avec les glycosides cardiaques, les diurétiques thiazidiques, les corticostéroïdes, les sels de magnésium, certains antibiotiques. **G/A:** Grossesse: L'utilisation est déconseillée. Allaitement: Ne pas utiliser. **EI:** Réactions d'hypersensibilité, hypercalcémie, hypercalciurie, symptômes de surdosage. **E:** Capsules molles 5*, 10*. **Cat. B.** Pour des informations détaillées, voir www.swissmedinfo.ch. *admis par les caisses-maladie; V02.1025

Références: **1.** OFSP Liste des spécialités. www.spezialitaetenliste.ch, consulté le 01.10.2025. **2.** Bouillon R & Quesada Gomez JM. Comparison of calcifediol with vitamin D for prevention or cure of vitamin D deficiency. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2023; 228: 106248. **3.** Bouden S et al. Effect of cholecalciferol versus calcifediol on serum 25(OH)D concentrations: a systematic review with meta-analysis. *Eur J Clin Nutr* 2025; 79(4): 296-305. **4.** Pérez-Castrillón JL et al. Long-Term Treatment and Effect of Discontinuation of Calcifediol in Postmenopausal Women with Vitamin D Deficiency: A Randomized Trial. *J Bone Miner Res* 2023; 38(4): 471-479. **5.** Vitafediol®. www.swissmedinfo.ch, consulté le 01.10.2025. Les références sont disponibles sur demande.



Articles publiés
sous la direction de

CAROLE CLAIR

ALEXANDRE
GOUVEIA

Département des
policliniques
Unisanté
Centre universitaire
de médecine
générale et santé
publique
Université de
Lausanne

Régime strict en santé: attention à l'effet rebond

PRE CAROLE CLAIR et DR ALEXANDRE GOUVEIA

Rev Med Suisse 2025; 21: 1959-60 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.938.48017

L'époque est aux coupes budgétaires. Au niveau cantonal comme fédéral, les plans de restriction se multiplient. En début d'année, l'Office fédéral de la santé publique a indiqué que les mesures d'économie décidées par le Conseil fédéral et le Parlement entraîneraient des réductions budgétaires dans l'éducation et la santé, touchant notamment la prévention dans les soins et en milieu de travail, ainsi que l'équité en santé.¹ Plus récemment, le gouvernement vaudois a annoncé des coupes budgétaires dans le domaine de la santé: certains pôles de santé voient leurs budgets fortement diminués, au point de menacer leur existence; les hôpitaux et autres institutions de santé sont également affectés. Ces mesures imposent des restructurations importantes, avec des impacts prévisibles sur les ressources humaines et l'offre de prestations, qui risquent de toucher directement les citoyennes et citoyens.

**ENTRE L'AUSTÉ-
RITÉ AVEUGLE ET
L'INACTIION, UNE
AUTRE VOIE EST
POSSIBLE**

Ceci rappelle l'«opération Orchidée» des années 1990 dans le canton de Vaud, qui avait permis d'atteindre 69 millions d'économies, soit 10,5% du budget des Hospices cantonaux. À l'époque, le personnel soignant s'était fortement mobilisé; les plans avaient néanmoins été déployés, et les institutions s'étaient relevées. L'histoire montre qu'un système de santé peut absorber des chocs budgétaires mais pas sans coûts différés ni sans effets sur la qualité des soins et leur accessibilité et la motivation des équipes.

Reconnaissons-le, il existe des marges d'amélioration. L'efficacité doit être recherchée, via la simplification administrative, l'optimisation des parcours de soins, la lutte contre les actes redondants et inutiles, ainsi que le recours excessif à certaines technologies. Mais au moment de décider, il faut regarder

au-delà du prochain exercice comptable. Comme le souligne Sarah McGrath dans *Le Monde*, à propos de la réforme de l'Aide médicale d'État (AME) en France, seul dispositif permettant aux personnes sans papiers d'accéder à des soins de base, la tentation de «faire des économies» en restreignant l'accès aux soins de premier recours est un pari perdant, à la fois pour la santé publique et pour les finances de l'État.² Réduire l'aide aux plus vulnérables transfère la charge vers les services d'urgence et hospitalisations, aggravant la saturation et repoussant le problème à plus tard, quand il devient plus grave et plus coûteux. Autrement dit, chaque soin évité en premier recours finit souvent par se payer plus tard et plus cher.

La Suisse n'est pas à l'abri de cet effet boomerang. En 2023, notre pays a consacré 1,7 milliard de francs à la promotion de la santé et à la prévention, soit 1,8% des coûts totaux de la santé, un retour en arrière après une hausse jusqu'à 3,5% en 2021. La Confédération, les cantons et les communes ont assumé un peu plus de la moitié de ces dépenses; les assurances sociales, près de 15%.³ Dans un contexte où le vieillissement démographique accroît la charge de morbidité chronique, réduire encore la part consacrée à la prévention revient à scier la branche sur laquelle on est assis.

Il s'agit donc d'éviter les «fausses bonnes économies», les mesures qui risquent de réduire l'accès aux soins de premier recours, de retarder les prises en charge médicales, d'augmenter les passages aux urgences et qui vont, *in fine*, renchérir la facture dans quelques années. Ensuite, chaque mesure de réduction devrait être soumise à une évaluation d'impact notamment sur les conséquences sur les délais d'accès, les réadmissions

Bibliographie

1 – Office fédéral de la santé publique (OFSP). L'OFSP doit renoncer à différentes tâches [Internet]. Berne: OFSP; 2025 mai 26. Disponible sur: <https://www.news.admin.ch/fr/nsb?id=104317>

2 – McGrath S. Réforme de l'aide médicale de l'État: «Réaliser des économies à court terme sur les plus vulnérables, c'est payer plus cher demain» [Internet]. *Le Monde*; 2025 août 30. Disponible sur: https://www.lemonde.fr/idees/article/2025/08/30/reforme-de-l-aide-medicale-de-l-etat-realiser-des-economies-a-court-terme-sur-les-plus-vulnerables-c-est-payer-plus-cher-demain_6637529_3232.html

3 – MonAM. Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par type de prestation [Internet]. Système de monitoring suisse des addictions et des maladies non transmissibles. Disponible sur: https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/_270

potentiellement évitables, les complications ou encore la santé mentale du personnel.

Entre l'austérité aveugle et l'inaction, une autre voie est possible. Elle consiste à cibler les inefficiences plutôt que les missions: simplifier et numériser intelligemment (sans déplacer la charge administrative vers les soignants), mutualiser certaines fonctions de support, encadrer le recours à des actes à faible valeur ajoutée, déployer des parcours intégrés pour les maladies chroniques, soutenir la coordination interprofessionnelle et renforcer la première ligne. Surtout, sanctuariser, ou pour le moins pérenniser, les budgets de prévention, de dépistage et de soins équitables, car ce sont précisément ceux qui génèrent les économies structurelles à moyen terme. On peut citer par exemple le récent rapport sur le «gender gap» en santé qui estime qu'améliorer la santé des femmes dans le monde pourrait générer au moins 1 trillion de dollars américains par an d'ici 2040, en gains économiques incrémentaux (une estimation de 8-9 milliards par an pour la Suisse).⁴

La rigueur budgétaire n'est pas une politique sanitaire en soi, c'est un instrument de gouvernance. Employée sans boussole, elle aboutit à des «économies» qui déplacent les coûts, dégradent l'accès et surchargent inutilement les équipes. Utilisée avec discernement, elle s'attaque aux gaspillages et préserve ce qui peut faire la différence: l'accessibilité aux soins de premier recours, la prévention, et l'équité des soins. Plus que jamais, nous avons besoin de politiques publiques basées sur les données probantes et orientées sur les résultats à moyen et long terme.⁵ Remplacer le «régime strict» par une «diète intelligente», fondée sur des preuves et des évaluations d'impact, est la meilleure garantie d'économies durables, en préservant la santé de nous toutes et tous.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour améliorer la formulation et la rédaction de certaines parties de ce texte.

Bibliographie

4

– McKinsey Health Institute; World Economic Forum. Closing the women's health gap: A \$1 trillion opportunity to improve lives and economies [Internet]. 2024. Disponible sur: <https://www.mckinsey.com/mhi/our-insights/closing-the-womens-health-gap-a-1-trillion-dollar-opportunity-to-improve-lives-and-economies>

5

– Baicker K, Chandra A. Evidence-based health policy. *N Engl J Med*. 2017 Dec 21;377(25):2413-5.

Rev Med Suisse 2025; 21: 1962-7

Dépendance aux opioïdes en médecine de premier recours

T. Auriault, M. Albertin, J. Araïedh, Y. Demars, A. Adam et J.-B. Daepfen

La dépendance aux opioïdes constitue un enjeu majeur de santé publique. Sa prise en charge repose sur le traitement par agoniste opioïde (TAO), remplaçant la consommation illicite pour stabiliser la dépendance. En 2023, 15707 personnes, âgées de 49 ans en moyenne, bénéficiaient d'un TAO en Suisse. Le médecin généraliste peut initier le TAO dans la plupart des cas. L'introduction du traitement requiert un bilan biologique et une autorisation cantonale. La méthadone, principal traitement, nécessite une titration progressive (20-30 mg initialement puis 60-120 mg en entretien) avec surveillance quotidienne. Les effets indésirables incluent la constipation, l'hypogonadisme, les apnées du sommeil et l'allongement du QTc. Le sevrage, optionnel, doit être graduel sur plusieurs mois ou années.

Rev Med Suisse 2025; 21: 1976-84

Santé au travail: rôle et limites du médecin de premier recours

L. Bourquin, L. Simões Morgado, T. Jara, D. Herren et F. Regamey

La santé au travail représente un enjeu croissant dans la pratique médicale en soins primaires. Le médecin de premier recours (MPR) est fréquemment sollicité dans des situations où s'entrecroisent responsabilités cliniques, exigences administratives et considérations médico-légales. À travers l'analyse de quatre situations cliniques courantes (souffrance au travail, incapacité de travail, certificat de bonne santé et aptitude au travail de nuit), cet article met en lumière le rôle pivot du MPR, mais aussi les limites de son intervention. Il illustre les enjeux pratiques liés à la prise en charge de ces demandes, en soulignant l'importance d'une évaluation rigoureuse, d'une approche interdisciplinaire et d'un positionnement clinique adapté.

Rev Med Suisse 2025; 21: 1986-94

POCUS en médecine de premier recours: état des lieux en 2025

R. Naili, C. Balas, E. Breuss, M. Benmachiche, C. Surchat et D. Herren

L'ultrasonographie ciblée (POCUS) permet une évaluation clinique non invasive en temps réel, améliore le diagnostic et le traitement, tout en renforçant l'autonomie des médecins de premier recours (MPR), leur satisfaction et la relation de confiance avec leurs patients. Dès 2027, la certification POCUS composante 1 deviendra obligatoire pour les MPR en Suisse. Cette avancée constitue une opportunité, mais rencontre plusieurs obstacles: contenu de la composante 1 partiellement adapté aux besoins des MPR, manque de superviseurs, préoccupations médico-légales, difficultés de financement et de raccordement informatique, ainsi que des incertitudes autour de la facturation. Une composante spécifique à la médecine générale ambulatoire pourrait être construite sur la base d'un processus Delphi, mené par un comité de MPR, experts en POCUS.

Rev Med Suisse 2025; 21: 1970-5

TDAH à l'âge adulte et spécificités de genre: repérage chez le généraliste

C. Brunetti, C. Clair, V. Schlueter, A. Eggimann et F. Candaux

Bien que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) soit de plus en plus présent dans l'espace médiatique, il reste sous-diagnostiqué, notamment chez les adultes, les femmes et les personnes avec diversité de genre. Le médecin généraliste se retrouve face à des signes cliniques subtils et difficiles à repérer dans ces populations. Cet article dresse un état de lieux des connaissances sur le TDAH chez l'adulte, s'intéresse aux spécificités des manifestations cliniques de ce trouble, en particulier selon le genre, et met en évidence les différents biais de genre pouvant impacter son repérage et sa prise en charge.

Rev Med Suisse 2025; 21: 1996-2002

Implémentation de la CISP-3 en clinique: projet pilote en milieu académique

M. J. Riera Ruiz, E. Monnier, B. Fauquert, L. Letrilliart et A. Gouveia

La Classification internationale des soins primaires (CISP) a été développée par l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), pour mieux refléter la réalité de la médecine de premier recours. En 2020, la CISP a connu une avancée majeure avec la mise à disposition de sa troisième version (CISP-3). Plus centrée sur les plaintes, les symptômes et les motifs de consultation que sur les diagnostics stricts, elle facilite une approche globale et contextualisée du patient. Le déploiement d'un nouveau système informatique a permis d'expérimenter son intégration en conditions réelles à travers un projet pilote dans un centre académique de médecine générale, moyennant des formations, un accompagnement technique rapproché et des séances d'échanges régulières entre utilisateurs et informaticiens.

Dépendance aux opioïdes en médecine de premier recours

TATIANA AURIAULT^a, MERIC ALBERTIN^b, JALEL ARAIEDH^{b,c}, Dr YORIS DEMARS^{b,c}, Dre ANGÉLINE ADAM^c et Pr JEAN-BERNARD DAEPPEN^c

Rev Med Suisse 2025; 21: 1962-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.938.47819

La dépendance aux opioïdes constitue un enjeu majeur de santé publique. Sa prise en charge repose sur le traitement par agoniste opioïde (TAO), remplaçant la consommation illicite pour stabiliser la dépendance. En 2023, 15 707 personnes, âgées de 49 ans en moyenne, bénéficiaient d'un TAO en Suisse. Le médecin généraliste peut initier le TAO dans la plupart des cas. L'introduction du traitement requiert un bilan biologique et une autorisation cantonale. La méthadone, principal traitement, nécessite une titration progressive (20-30 mg initialement puis 60-120 mg en entretien) avec surveillance quotidienne. Les effets indésirables incluent la constipation, l'hypogonadisme, les apnées du sommeil et l'allongement du QTc. Le sevrage, optionnel, doit être graduel sur plusieurs mois ou années.

Opioid addiction in primary care medicine

Opioid addiction constitutes a major public health issue. Its management relies on opioid agonist therapy (OAT), which replaces the illicit consumption to stabilize the dependence. In 2023, 15,707 people with an average age of 49 were receiving OAT in Switzerland. A general practitioner can initiate OAT in most cases. A laboratory assessment and cantonal authorization are mandatory for OAT initiation. Methadone, the main treatment, requires gradual titration (20-30 mg initially and then 60-120 mg for maintenance) with daily monitoring. Adverse effects include constipation, hypogonadism, sleep apnea, and QTc prolongation. Withdrawal is optional and must be gradual over several months or years.

INTRODUCTION

Les conséquences de la consommation d'opioïdes, tant légale sous la forme de prescription à but antalgique qu'illégale sous forme d'héroïne, représentent une problématique fréquente et complexe de santé publique, à laquelle les médecins de premiers recours sont régulièrement confrontés.

En Suisse, 0,7% de la population âgée de plus de 15 ans rapporte avoir consommé de l'héroïne au cours de sa vie.¹ En 2023, la Suisse comptait 15 707 personnes sous traitement par agoniste opioïde (TAO). La majorité a développé un syndrome de dépendance aux opiacés durant le pic de consommation d'héroïne entre les années 1980 et 1990.² La disponibilité d'un TAO a permis à nombre d'entre eux d'accéder aux soins, dont les objectifs ont été axés sur le long terme

avec la prévention des décès, le traitement des infections, ainsi que l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie. À ce jour, l'âge moyen de 49 ans est en constante augmentation, avec une hausse de 400% chez les personnes de plus de 50 ans sur les 20 dernières années.³ Parmi les personnes sous TAO, 69% le sont depuis au moins 10 ans, avec une majorité des dispensés faites en pharmacie.²

En Suisse, la majorité des TAO est prescrite par des médecins installés, mais les institutions sont davantage sollicitées lors des premières prescriptions.² Les statistiques de 2023 du canton de Vaud révèlent une inversion de cette répartition, avec 53% des patients ayant recours à un centre spécialisé pour leur prescription de TAO.⁴ Cette tendance interroge sur une possible perte de compétence à la prescription de TAO par les médecins installés. Toutefois, ces patients vivent plus longtemps et cumulent des comorbidités nécessitant une prise en charge par des internistes généralistes. Cet article vise à rappeler les concepts de suivi des patients dépendants aux opiacés, qui solliciteront toujours plus les soins de premiers recours et bientôt les établissements médico-sociaux.

DIAGNOSTIC

La onzième révision de la classification internationale des maladies définit le syndrome de dépendance aux opioïdes par des critères psychologiques (envie irrésistible de consommer = craving, perte de contrôle, priorisation de la substance au détriment d'autres activités et persistance de la consommation malgré des conséquences négatives), physiologiques (tolérance aux effets, symptômes de sevrage, poursuite de la consommation pour atténuer les symptômes de sevrage) et temporels (minimum 12 mois en cas de consommation épisodique ou 3 mois en cas de consommation continue).⁵ Les critères diagnostiques sont précisés dans le **tableau 1**.

PRISE EN CHARGE

Généralités

Le TAO constitue l'élément central de la prise en charge des patients dépendants aux opioïdes.^{6,7} La prescription médicale de TAO vise à remplacer la consommation illicite d'opioïdes et ainsi éloigner le patient des espaces de narcotraffic. Cette première étape permet de diminuer la criminalité ainsi que la mortalité liée aux comportements à risque d'infections et aux intoxications lors de la consommation de produits de composition non contrôlée.^{6,7} Ce traitement permet ainsi de passer d'une situation d'instabilité liée à la recherche constante du produit à une situation de dépendance stable et compensée.

^aCabinet médical, Impasse Jardin du Cerf 1, 1470 Estavayer-Le-Lac, ^bDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne, ^cService de médecine des addictions, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
tatiana.auriault@gmail.com | meric.albertin@unisante.ch | jalel.araiedh@chuv.ch
yoris.demars@unisante.ch | angeline.adam@chuv.ch | jean-bernard.daeppen@chuv.ch

NILEMDO[®]
(bempedoic acid)

NUSTENDI[®]
(bempedoic acid and ezetimibe)

Plus qu'une simple réduction du LDL-C¹

Add-ons pour réduire le risque CV¹

1x par jour NILEMDO^{®2}
ou NUSTENDI^{®3}

NOUVEAU

Admis par les caisses
maladie* également en
prévention primaire et
en cas d'intolérance
aux statines

Première
prescription possible
de famille et les
spécialistes : Sans
demande préalable
aux caisses-
maladie*



* Liste actuelle des spécialités OFSP: www.listedespecialites.ch. 1. Nissen S et al. Bempedoic Acid and Cardiovascular Outcomes in Statin-Intolerant Patients. N Engl J Med. 2023 Apr 13;388(15):1353-1364. 2. Information professionnelle actuelle de NILEMDO[®], www.swissmedicinfo.ch. 3. Information professionnelle actuelle de NUSTENDI[®], www.swissmedicinfo.ch.

Les professionnels de santé peuvent demander les références auprès de Daiichi Sankyo (Suisse) SA.

Information professionnelle abrégée de NILEMDO[®] comprimés pelliculés :

Hypolipédiant. **C:** Acide bempédoïque 180 mg. **I:** Nilemdo est indiqué en complément d'un régime alimentaire chez les adultes atteints d'hypercholestérolémie primaire (hétérozygote familiale et non familiale) ou de dyslipidémie mixte, en association avec une statine avec ou sans traitements hypolipémiants supplémentaires chez les patients chez lesquels les valeurs de LDL-C ne sont pas atteintes avec la dose maximale tolérée de statines ou en monothérapie ou en association avec d'autres traitements hypolipémiants chez les patients souffrant d'une intolérance aux statines ou en présence d'une contre-indication aux statines. Nilemdo est indiqué chez les adultes présentant un risque avéré ou élevé de maladie cardiovasculaire athérosclérotique pour réduire le risque cardiovasculaire chez les patients recevant des doses maximales tolérées de statines avec ou sans ézetimibe ou en monothérapie ou en association avec l'ézetimibe chez les patients présentant une intolérance aux statines ou en présence d'une contre-indication aux statines. **D:** 180 mg 1x/jour, avec ou sans nourriture. **S:** Nilemdo et la simvastatine sont administrés ensemble, la dose de simvastatine doit être limitée à 20 mg par jour. **CI:** Hypersensibilité aux actifs/excipients, grossesse et allaitement, administration simultanée avec des doses de simvastatine > 40 mg par jour. **P:** Risque potentiel de myopathie lors de l'administration concomitante de statines, augmentation des taux sériques d'acide urique, augmentation des enzymes hépatiques, dysfonctionnement hépatique, eGFR < 30 mL/min/1,73 m². **IA:** Simvastatine ou pravastatine, substrats d'OAT2 et d'OATP1B1/3, liants des acides biliaires. **Ei fréquents:** Infection des voies respiratoires supérieures, bronchite, anémie, goutte, hyperuricémie, douleurs abdominales, augmentation de l'ASAT, douleur dans les extrémités, mal de dos, spasmes musculaires, augmentation de la CPK sanguine, eGFR réduit. **Pr:** Boîtes de 28 et 98 comprimés pelliculés; Liste : **Ti, de YAMM;** Daiichi Sankyo (Suisse) SA, Zurich.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo.ch. CH/BIL/02/25/0004_FR.

Information professionnelle abrégée de NUSTENDI[®] comprimés pelliculés :

Hypolipédiant. **C:** Acide bempédoïque 180 mg/ézetimibe 10 mg. **I:** Nustendi est utilisé en complément du régime alimentaire chez les adultes atteints d'hypercholestérolémie primaire (hétérozygote et non familiale) ou de dyslipidémie mixte, en association avec une statine chez les patients qui n'atteignent pas l'objectif de C-LDL avec la dose maximale tolérée de statine plus ézetimibe, sans statines chez les patients présentant une intolérance aux statines ou chez les patients présentant une contre-indication aux statines ou chez les patients déjà traités par l'association d'acide bempédoïque et d'ézetimibe sous forme de comprimés séparés avec ou sans statine. Nustendi est utilisé chez les adultes présentant un risque connu ou élevé de maladie cardiovasculaire athérosclérotique pour réduire le risque cardiovasculaire chez les patients présentant une dose maximale tolérée de statine et dont le contrôle est inadéquat avec un traitement supplémentaire par l'ézetimibe ou chez les patients présentant une intolérance aux statines ou chez les patients présentant une contre-indication à une statine et qui ne peuvent pas être contrôlés de manière adéquate par l'ézetimibe ou chez les patients déjà traités par la combinaison acide bempédoïque et l'ézetimibe en comprimés séparés. **D:** 180 mg/10 mg 1x/jour, avec ou sans nourriture. **S:** Nustendi et Simvastatine sont administrés ensemble, la dose de Simvastatine doit être limitée à 20 mg par jour. **CI:** Hypersensibilité aux principes actifs/excipients, grossesse et allaitement, administration concomitante de doses de simvastatine > 40 mg par jour, administration concomitante d'une statine chez les patients présentant une maladie hépatique aiguë ou des transaminases sériques constamment élevées sans cause connue. **P:** Risque possible de myopathie en cas d'utilisation concomitante avec des statines, augmentation du taux sérique d'acide urique, élévation des enzymes hépatiques, dysfonctionnement hépatique, eGFR < 30 mL/min/1,73 m², fibrates, cyclosporine. **IA:** Substrats d'OAT2 et d'OATP1B1/3 tels que cholestérols des acides biliaires, simvastatine ou pravastatine, fibrates, cyclosporine. **Ei fréquents:** Infection des voies respiratoires supérieures, bronchite, anémie, diminution de l'hémoglobine, goutte, hyperuricémie, diminution de l'appétit, étourdissements, maux de tête, hypertension, toux, constipation, diarrhée, douleurs abdominales, nausée, bouche sèche, flatulences, gastrite, augmentation des valeurs des tests de la fonction hépatique, augmentation de l'ASAT, maux de dos, crampes musculaires, myalgie, douleurs aux extrémités, arthralgie, augmentation de la CPK sanguine, taux de filtration glomérulaire réduit, asthénie, fatigue. **Pr:** Boîtes de 28 et 98 comprimés pelliculés; Liste : **B, Num. d'Aut.:** 47586 (Swissmedic), Daiichi Sankyo (Suisse) SA, Zurich. ▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo.ch. CH/BEM/01/25/0002_FR.

TABLEAU 1

Troubles dus à l'utilisation d'opioïdes : CIM-11 (ICD-11)^{5,15}

CIM-11: classification internationale des maladies 11^e révision; ICD: International Classification of Diseases.

Consommation nocive (6C43.1)	Dépendance (6C43.2)
Critères requis: 1. Période ≥ 12 mois (consommation épisodique) ou ≥ 1 mois (consommation continue) 2. ≥ 1 préjudice à la santé physique ou mentale de l'individu: a) Comportement lié à une intoxication b) Effets toxiques directs ou secondaires sur organes/systèmes c) Voie d'administration nocive d) Préjudice physique ou mental à autrui dû à une intoxication par la substance	Critères requis: 1. Période ≥ 12 mois (consommation épisodique) ou ≥ 3 mois (consommation continue) 2. Au moins deux critères requis parmi les suivants: a) Perte de contrôle de la consommation b) Priorité croissante accordée à la consommation par rapport à d'autres activités et persistance de la consommation malgré les dommages et les conséquences négatives c) Tolérance aux effets de la substance ou symptômes de sevrage

La création d'un lien thérapeutique est donc primordiale et devient une étape indispensable pour initier une prise en charge biopsychosociale centrée sur le patient et ses priorités. La position du soignant est un rôle déterminant composé d'une écoute active, d'empathie, de la bienveillance et de l'absence de jugement permettant d'instaurer un climat de confiance. Ceci permet au patient d'exprimer ses besoins ainsi que ses attentes. Cette attitude favorise la prise en compte du patient en tant qu'individu dans sa globalité et de se pencher sur ses représentations de la maladie, ce qui permet la construction des objectifs thérapeutiques ensemble. Ces derniers s'appuient sur une évaluation médicale, psychologique et sociale du patient, en les priorisant en fonction de sa volonté exprimée, afin de renforcer son implication et son adhésion au processus de soins.

Le suivi clinique régulier permet d'identifier l'apparition d'obstacles au fur et à mesure de la prise en charge, telles les difficultés d'observance, les rechutes ou la présence de comorbidités non identifiées initialement. Il ne faut pas hésiter à ajuster les objectifs thérapeutiques progressivement. L'adaptabilité de ces derniers est une condition essentielle pour maintenir l'implication du patient et inscrire la prise en charge dans une perspective de sevrage au long cours.

Introduction d'un traitement par agoniste opioïde

Le médecin généraliste peut dans la majorité des cas initier un TAO sans recourir d'emblée à un centre spécialisé. En présence de facteurs de risque tels que la polyconsommation, la présence de comorbidités psychiatriques ou médicales complexes, des antécédents d'échec de sevrage ou d'overdose ou encore un âge extrême, un accompagnement spécialisé peut être sollicité.^{6,7}

Lors de l'introduction d'un TAO, un bilan biologique large est nécessaire, incluant une formule sanguine complète, les fonctions rénale et hépatique, un bilan lipidique, l'HbA_{1c} et les sérologies pour le VIH, les hépatites B et C.⁶ Ce bilan ne doit toutefois pas retarder l'introduction du TAO. La réalisation d'un électrocardiogramme (ECG) pour l'évaluation de l'intervalle QTc est également recommandée en cas de prescription

de méthadone chez les patients à profil de risque cardiaque (en cas d'anamnèse cardiaque positive et notamment de symptômes pouvant suggérer un trouble du rythme cardiaque, de comédication prolongeant l'intervalle QTc, de troubles électrolytiques ou de posologie élevée).⁶ Il est également recommandé de documenter la consommation d'opioïdes par un test urinaire, la posologie initiale étant réduite en cas de test négatif ou non réalisé.^{6,7}

Le choix de la molécule (méthadone, buprénorphine, lévométhadone ou morphine retard) se fait en concertation avec le patient et en tenant compte de l'expérience du médecin, des interactions médicamenteuses potentielles et des comorbidités associées.^{6,7}

Sur le plan administratif, une autorisation doit être demandée auprès des autorités cantonales via une plateforme dédiée, en faisant au préalable une demande d'accès auprès du médecin cantonal. L'accès peut se faire par www.tao-online.ch ou par www.tao-vd.ch pour le canton de Vaud. Tout changement ou arrêt de traitement doit être signalé.⁷

Exemple de la méthadone

La méthadone, dont la forme galénique principale est une solution orale, est utilisée depuis plusieurs décennies en tant que traitement de substitution et présente l'avantage d'avoir un faible coût ainsi qu'une efficacité démontrée.⁶

La dose initiale recommandée en cas de tolérance documentée aux opiacés est de 20-30 mg le premier jour, avec la possibilité d'ajuster par paliers de 5-10 mg selon les symptômes de sevrage, sans dépasser 40 mg le premier jour.^{6,7} Les jours suivants, la dose peut être augmentée de 5-10 mg par jour, jusqu'à un maximum de 80 mg à J7. Durant la phase d'adaptation du dosage, le patient est vu quotidiennement pour la remise du traitement et la surveillance de l'apparition de signes de surdosage ou d'effets indésirables. La dose d'entretien se situe généralement entre 60 et 120 mg par jour.⁷

La méthadone est métabolisée par le foie et sa longue demi-vie expose à un risque d'accumulation, d'où l'importance d'une titration lente et prudente.⁷ Les principales contre-indications sont l'insuffisance hépatique sévère et un allongement de l'intervalle QTc.⁷

Suivi lors d'un traitement par agoniste opioïde

La délivrance du médicament s'effectue généralement en pharmacie, bien qu'elle puisse également avoir lieu au cabinet médical selon les situations.⁶ Les directives propres à chaque canton sont à connaître, comme dans le canton de Vaud où le traitement ne peut être emporté que pour un maximum de 7 jours avec prise sous surveillance le jour de la remise. De plus, les ordonnances ne doivent pas être remises aux patients, mais envoyées directement aux pharmacies.⁸

La tolérance aux opiacés baisse rapidement. Ainsi, lors d'un arrêt du traitement durant plus de 2 jours, la reprise de celui-ci doit être effectuée à une dose inférieure, avec par la suite une majoration de la dose selon la tolérance.⁹

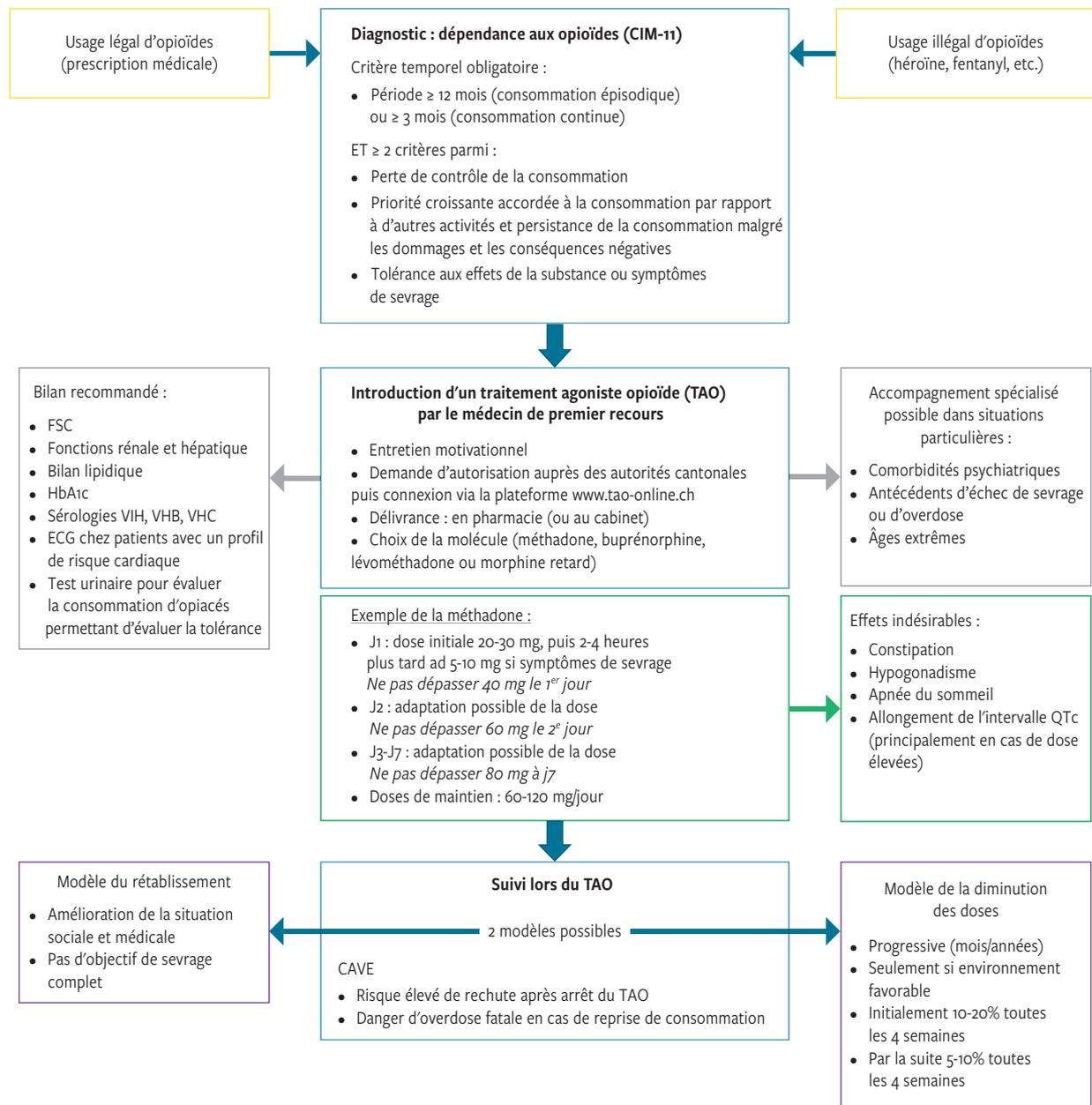
Pour les patients nécessitant des doses élevées de méthadone (> 100 mg/jour), une mesure de la méthadonémie est recommandée afin d'identifier un éventuel métabolisme rapide.^{6,7} Cette évaluation nécessite que le patient prenne son traitement à heure fixe pendant les 3 derniers jours. Elle consiste en deux prélèvements sanguins: un juste avant la prise du médicament et un 4 heures après, correspondant au pic plasmatique.⁷ Les patients identifiés comme ayant un métabolisme rapide bénéficieront d'un passage à un autre TAO ou d'une administration de méthadone en deux, voire trois fois par jour.⁷

Effets indésirables et comorbidités

La constipation est l'effet indésirable le plus fréquent des opiacés, mais est souvent négligée par les patients, raison pour laquelle il convient de la rechercher et de la traiter proactivement. L'hypogonadisme est retrouvé chez 50% des hommes consommant des opiacés, mais il est sous-diagnostiqué en raison de symptômes aspécifiques (asthénie, prise de poids, trouble de la libido et dysfonction érectile).¹⁰ Les opiacés sont également à risque d'engendrer des apnées du sommeil d'origine centrale, ceci principalement en cas

FIG 1 Algorithme de prise en charge

CIM-11: classification internationale des maladies 11^e révision; ECG: électrocardiogramme; FSC: formule sanguine complète; VHB: virus de l'hépatite B; VHC: virus de l'hépatite C.



d'indice de masse corporelle bas ou d'usage concomitant de benzodiazépines, raison pour laquelle une polysomnographie devrait être demandée en cas de suspicion clinique.¹¹ Enfin, en raison du risque d'allongement de l'intervalle QTc de certains TAO (principalement méthadone et lévométhadone), un ECG devrait être réalisé en présence de comédications pouvant allonger l'intervalle QTc, lors de troubles électrolytiques ou du rythme.⁶

Certaines pathologies sont plus fréquentes chez les patients sous TAO en raison de comportements à risque. La prévalence du tabagisme étant plus importante (jusqu'à 77% des personnes sous TAO dans le canton de Vaud),⁴ les pathologies cardiovasculaires, la bronchopneumopathie chronique obstructive (jusqu'à 30% des patients sous TAO) et le cancer du poumon sont à rechercher plus activement. La prévalence du cancer hépatique est également plus élevée en raison de la plus grande consommation d'alcool et des infections par l'hépatite C.¹²

L'échange de matériel pour l'injection intraveineuse ou la consommation intranasale expose aux infections par le VIH, ainsi que par les hépatites C et B. Par conséquent, ces comportements à risque rendent nécessaire un dépistage annuel pour ces infections. Dans ces situations, une vaccination contre les hépatites B et A est indiquée,¹³ avec pour l'hépatite B un taux d'anticorps anti-hépatite B de surface (HBs) postvaccinal cible > 100 UI/l.¹⁴

Voyage international et traitement par antagoniste opioïde

Lorsque le TAO est emporté pour un voyage, un document officiel doit être remis au patient afin d'attester de la prescription médicale. Pour les déplacements dans les pays de l'espace Schengen, un formulaire doit être rempli et signé par le médecin et le pharmacien («Certificat pour le transport de stupéfiants destinés à un traitement médical» disponible sur le site de Swissmedic). En dehors de l'espace Schengen, il revient au patient de se renseigner auprès des autorités du pays visité afin de connaître les règles en vigueur.

Sevrage lors d'un traitement par antagoniste opioïde

Lors du suivi des patients sous TAO, plusieurs modèles de prise en charge sont possibles, dont le choix sera fait par le patient. Une des approches consiste en une diminution progressive des doses. Parallèlement à cela, le modèle du rétablissement n'impose pas de réduction des doses et privilégie l'amélioration de la situation sociale et médicale sans viser un sevrage.

En cas de diminution des doses de TAO, celle-ci doit être progressive, sur plusieurs mois ou années, un sevrage trop rapide augmentant le risque de rechute et par conséquent d'overdose.⁶ Cette diminution doit être planifiée avec le patient, idéalement après une période de stabilité et lorsque l'environnement est favorable. Il est recommandé de réduire la dose de 10 à 20% toutes les 4 semaines, puis de 5 à 10% lorsque les doses deviennent faibles.

Les premières étapes de réduction sont généralement bien tolérées. Les symptômes de sevrage apparaissent habituelle-

ment entre le 3^e et le 10^e jour suivant la diminution de dose et peuvent persister jusqu'à trois semaines.

Les symptômes de sevrage sont généralement plus marqués avec la méthadone qu'avec la buprénorphine. En cas d'échec du sevrage sous méthadone ou de symptômes particulièrement intenses, un passage à la buprénorphine peut constituer une alternative thérapeutique pertinente.⁶

Il est essentiel de sensibiliser les patients au risque élevé de rechute après l'arrêt du TAO et au danger d'overdose fatale en cas de reprise de la consommation, liée à la perte de tolérance aux opioïdes. Un algorithme de prise en charge est proposé dans la **figure 1**.⁶

CONCLUSION

La prise en charge de la dépendance aux opioïdes repose sur le TAO. En remplaçant la consommation illégale d'opioïdes par un traitement médical contrôlé, il permet de stabiliser la situation du patient et de réduire significativement les risques de mortalité, de criminalité et d'infections. Le TAO peut dans la plupart des cas être introduit par le médecin généraliste, un accompagnement spécialisé pouvant toutefois être sollicité, notamment pour les suivis des comorbidités psychiatriques. Les effets indésirables des TAO sont à rechercher activement, tout comme les comorbidités.

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

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré ne pas avoir utilisé l'IA pour la rédaction de cet article.

ORCID ID:

J. Araiedh: <https://orcid.org/0009-0009-9573-179X>

Y. Demars: <https://orcid.org/0000-0002-2396-331>

A. Adam: <https://orcid.org/0000-0002-4874-7758>

J.-B. Daeppen: <https://orcid.org/0000-0001-7059-1393>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le médecin de premier recours joue un rôle clé dans le traitement de la dépendance aux opioïdes, lequel repose sur un traitement par agoniste opioïde (TAO).
- Lors de l'introduction d'un TAO, il est recommandé de réaliser un bilan biologique large, un électrocardiogramme en cas de prescription de méthadone chez des patients à profil de risque cardiaque ainsi qu'une recherche de toxiques urinaires pour évaluer la tolérance aux opiacés.
- Le choix de la molécule se fait avec le patient en tenant compte des comorbidités et interactions potentielles. La méthadone, principal traitement, nécessite une titration progressive avec surveillance quotidienne.
- La constipation, l'hypogonadisme et le syndrome d'apnées du sommeil sont sous-diagnostiqués chez les patients sous TAO.

1 Addiction Suisse. Opioides: consommation [En ligne]. Disponible sur: www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/opioides/opioides-consommation/
 2 Labhart F, Amos J. Statistique nationale des traitements par agonistes opioïdes – Résultats 2023 [En ligne]. 2024. Disponible sur: www.addictionsuisse.ch/publication/statistique-nationale-des-traitements-par-agonistes-opioides-resultats-2023/
 3 Gebert RUF Stiftung. Vieillir avec les drogues – BREF 2017 «Soziale Innovation» [En ligne]. Disponible sur: www.grstiftung.ch/de/die-foerderung/portfolio-grs-065-17-.html
 4 *Jotterand M, Stadelmann S, Amiguet M, Samitca S. Traitements agonistes opioïdes dans le canton de Vaud: Suivi épidémiologique entre 2015 et 2023 [En ligne]. Janvier 2025. Disponible sur: https://serval.unil.ch/notice/serval:BIB_536AD567849C
 5 Organisation mondiale de la santé

(OMS). CIM-11 pour les statistiques de mortalité et de morbidité [En ligne]. Janvier 2025. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/fr>
 6 **Conti G, Mer L, Kardous G, Pasche O. Traitement de la dépendance aux opioïdes en médecine générale. Rev Med Suisse. 2017 Nov 1;13(581):1896-900.
 7 *Praxis Suchtmedizin Schweiz. Traitement agoniste opioïde (TAO) en cas de dépendance aux opioïdes [En ligne]. 27 avril 2025. Disponible sur: www.praxis-suchtmedizin.ch/index.php/fr/opioides/
 8 Canton de Vaud. Directives du Médecin cantonal concernant la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments soumis à la législation sur les stupéfiants destinés à la prise en charge de personnes présentant un syndrome de dépendance. (État au 10.11.2021) [En ligne]. Disponible sur: www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/fichiers_pdf/

Directives_MC_prescription-TAO_09.12.2021.pdf
 9 World Health Organization. Annex 12 Prescribing guidelines. In: Guidelines for the Psychosocially Assisted Pharmacological Treatment of Opioid Dependence. Geneva: World Health Organization, 2009 [En ligne]. Disponible sur: www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143167/
 10 De Vries F, Bruin M, Lobatto DJ, et al. Opioids and Their Endocrine Effects: A Systematic Review and Meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2020 Mar 1;105(3):1020-9.
 11 Correa D, Farney RJ, Chung F, et al. Chronic opioid use and central sleep apnea: a review of the prevalence, mechanisms, and perioperative considerations. Anesth Analg. 2015 Jun;120(6):1273-85.
 12 *Hser YI, Mooney LJ, Saxon AJ, et al. High Mortality Among Patients With Opioid Use Disorder in a Large Health-care System. J Addict Med. 2017 Jul/Aug;11(4):315-9.

13 Office fédéral de la santé publique. Plan de vaccination suisse 2025 [En ligne]. 17 mars 2025. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/h0NpDSdTWHvg/BAG_Impfplan_A4_2025_f_interaktiv.pdf
 14 Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Recommandations pour la prévention de l'hépatite B [En ligne]. Mars 2019. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/xpVUIS111GbX/hepatitis-b-empfehlungen.pdf
 15 Auriault T, Araiedh J, Adam A, et al. Dépandances. In: Gouveia A, Cornuz J, Pasche O. COMPAS. Stratégies de prise en charge clinique médecine interne générale ambulatoire. 4^e éd. Chêne-Bourg: Médecine & Hygiène, 2025 (in press).

* à lire
 ** à lire absolument

LuVit® Love it!

La vitamine D₃
pour toute la famille

- ➔ Dosage simple et flexible grâce à la pipette¹
- ➔ Goût neutre¹
- ➔ Convient à toutes les générations, car sans alcool¹



Entreprise suisse
Indépendance
Fiabilité

ADMIS PAR LES CAISSES-MALADIE

Abaisser le cholestérol LDL dans la plage cible

Traiter de manière précoce et intensive

La mise à jour des directives de l'ESC/EAS sur la dyslipidémie met davantage l'accent sur les options thérapeutiques non basées sur les statines, comme l'acide bempédoïque, afin de réduire plus efficacement le cholestérol LDL. À l'occasion du symposium satellite de Daiichi Sankyo, organisé dans le cadre du congrès d'automne de la SSMI et animé par le Dr Lukas Moll, médecin généraliste ayant son propre cabinet à Rorschach, des experts ont expliqué comment procéder au quotidien et les arguments à utiliser dans le cadre de la prévention primaire pour favoriser un traitement hypolipémiant à long terme.

Le traitement des taux élevés de LDL-C devrait être axé sur les objectifs dans la prévention secondaire, en exploitant également les options thérapeutiques non basées sur les statines. D'après le **Prof. Dr Hans Rickli**, médecin-chef de la clinique de cardiologie de l'hôpital cantonal de Saint-Gall (1), c'est un énoncé important (classe I, niveau A) de la mise à jour focalisée des directives de l'ESC/EAS de 2025 pour le traitement des dyslipidémies qui vient d'être publiée.

Les traitements d'association en point de mire

Pour faciliter l'atteinte des objectifs thérapeutiques au quotidien au niveau clinique, l'accent est davantage mis sur les traitements d'association, qui permettent d'obtenir des réductions allant jusqu'à 86 %, comme l'a expliqué le Prof Dr Rickli. Les mesures devraient être choisies en fonction de l'ampleur de traitement nécessaire et être appliquées de manière précoce et

intensive. Pour les patients à risque cardiovasculaire extrêmement élevé (patients présentant un syndrome coronarien aigu et des événements vasculaires sous traitement par statines à doses maximales ou une atteinte polyvasculaire), une classe de risque supplémentaire a été introduite et un taux de LDL-C < 1,0 mmol/L a été défini comme objectif. Dès l'hôpital, il convient soit d'intensifier le traitement, soit d'instaurer un traitement d'association (1).

Acide bempédoïque: efficacité et facilité d'association

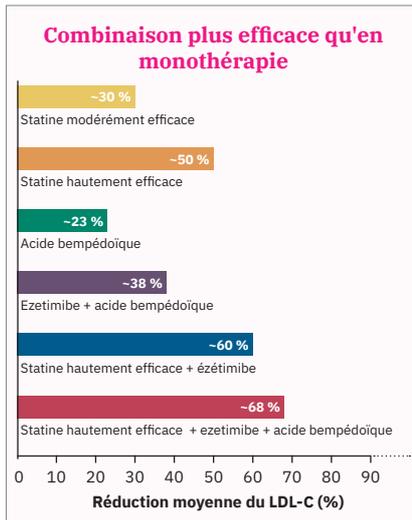
Mais même pour les patients des classes de risque déjà connues, il s'agit d'épuiser toutes les options afin d'atteindre les objectifs respectifs. On part du principe qu'une réduction du LDL-C de 1 mmol/L s'accompagne d'une réduction relative du risque de 20 %, indique le Prof. Dr Rickli (1). Plus le risque est élevé, plus l'impact de la réussite du traitement est important. L'acide

bempédoïque (Nilemdo®, Nustendi®; désormais admis par les caisses maladie également pour la prévention primaire/intolérance aux statines, première prescription par le médecin généraliste/spécialiste sans garantie de prise en charge des coûts*) constitue une option efficace. Il a été intégré pour la première fois dans les directives avec une recommandation de classe I, sur la base des résultats de l'étude CLEAR-Outcomes (voir encadré). Il est explicitement recommandé pour les patients qui ne tolèrent pas les statines et n'atteignent pas leurs objectifs thérapeutiques (classe I, niveau B). Pour les patients à risque élevé ou très élevé qui ne parviennent pas à atteindre l'objectif malgré l'administration de doses maximales de statines, avec ou sans administration supplémentaire d'ézétimibe, il convient d'envisager l'ajout de l'acide bempédoïque (classe IIA, niveau C).

L'acide bempédoïque plus un quart de la dose maximale de statine permet d'obtenir un effet similaire à celui obtenu avec la dose maximale de statine en monothérapie (2). De plus, l'ézétimibe et l'acide bempédoïque peuvent bien être associés, puisque l'inhibition de la synthèse du cholestérol repose sur des mécanismes complémentaires. L'acide bempédoïque inhibe l'adénosine triphosphate citrate lyase (ACL) de manière spécifique au niveau du foie sans effet sur les muscles squelettiques (3) et doit tout simplement ne pas être utilisé en cas de goutte connue, indique l'expert. L'ézétimibe, quant à lui, inhibe l'absorption du cholestérol dans l'intestin. Dans une étude sur l'association des deux substances à dose fixe (acide bempédoïque 180 mg plus ézétimibe 10 mg; Nustendi®), une réduction de 38 % du LDL-C a pu être obtenue.

L'étude CLEAR-Outcomes démontre les bénéfices de l'acide bempédoïque (8)

Dans l'étude randomisée et en double aveugle CLEAR Outcomes ayant porté sur 13 970 patients intolérants aux statines et présentant une maladie cardiovasculaire athéroscléreuse ou un risque élevé de maladie cardiovasculaire athéroscléreuse, l'acide bempédoïque (180 mg/j; Nilemdo®) a réduit significativement le LDL-C de 0,76 mmol/L, soit 21,1 %, par rapport au placebo. Après une durée médiane de 40,6 mois, le risque lié au critère d'évaluation primaire (décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non fatal, AVC non fatal, revascularisation coronarienne) était significativement réduit de 13 % par rapport au placebo (hazard ratio: 0,87; p = 0,004). Le risque relatif de subir un infarctus du myocarde ou de nécessiter une revascularisation a été réduit respectivement de 23 % et 19 %. La tolérance a été bonne et aucun nouvel élément de sécurité n'a été observé. Les patients à risque cardiovasculaire élevé ou très élevé qui n'atteignent pas leurs valeurs cibles de LDL avec les statines et l'ézétimibe peuvent donc bénéficier de l'ajout de l'acide bempédoïque et réduire significativement leur risque d'événements cardiovasculaires graves. Mü



Source : Modifié d'après (1)

nue par rapport au placebo, voir également la figure (4). Il s'agissait d'une des études du vaste programme de phase III CLEAR. En plus de l'association à dose fixe, l'utilisation d'acide bempédoïque avec ou sans statines à différentes intensités de dose y a été étudiée (5).

Nécessité urgente d'agir

Selon une étude réalisée en 2020, dans les classes à haut risque (élevé et très élevé), 85 % et 86 % des patients n'ont pas atteint les objectifs fixés (6). Souvent, administrer un seul hypolipémiant ciblant le LDL n'est pas suffisant, explique le Prof. Dr Rickli. Les traitements d'associations cités pourraient constituer un pas important vers l'amélioration de cette situation. Toutefois, les décisions thérapeutiques doivent être prises individuellement avec les patients. Selon l'expert, l'expérience montre qu'en fonction de la situation initiale, de l'âge et de la propension individuelle aux risques, les décisions des patients peuvent être très différentes. Tant que tout va bien, il est difficile de prendre une substance qui pourrait entraîner des effets secondaires – et certains patients ne le souhaitent même pas. Mais même si l'athérosclérose n'est pas guérie, les plaques existantes peuvent ainsi être stabilisées ou éventuellement réduites, a rappelé le Prof. Dr Rickli.

Défi: Réduction des lipides en prévention primaire

PD Dr Stefan Bilz, médecin-chef de la clinique d'endocrinologie, de diabétologie, d'ostéologie et des maladies métaboliques

de l'hôpital cantonal de Saint-Gall, a présenté un exemple tiré de la pratique: le cas d'un patient obèse de 51 ans qui s'était présenté pour un bilan de santé. Celui-ci présentait des taux de lipides élevés, avec des antécédents familiaux d'hypercholestérolémie, mais pas d'événements cardiovasculaires. Son risque de survenue à 10 ans d'un infarctus du myocarde ou d'un AVC non fatal ou d'un événement cardiovasculaire fatal, établi au moyen du calculateur SCORE2 – recommandé dans les directives mises à jour pour les patients de 40 ans et plus en bonne santé cardiovasculaire – était donc de 3,6 %. Un traitement par statine à base de rosuvastatine a été conseillé au patient et ce dernier a été orienté vers son médecin généraliste pour le suivi. Deux ans plus tard, il s'est à nouveau présenté, les taux de LDL-C étaient toujours élevés lors des dernières mesures (5,4-5,2 mmol/L). Il n'avait pas toléré l'ézetimibe prescrit en plus par son médecin généraliste, avait également essayé d'autres médicaments et souhaitait alors faire une pause. Est-ce une bonne idée?

Des arguments convaincants

L'expert est convaincu que, chez les jeunes patients en particulier, il ne faut pas seulement tenir compte du risque à 10 ans, mais également du risque à vie. Par analogie avec les paquets-années pour les fumeurs, on parle en effet de fardeau cumulatif du LDL-C pour les vaisseaux sanguins (7). Le risque sur la durée de vie qui en résulte est calculé par exemple sur la plateforme néerlandaise U-Prevent (voir <https://www.u-prevent.com>). On pourrait l'utiliser pour convaincre tel ou tel patient de l'utilité d'un traitement hypolipémiant à long terme en prévention primaire, indique l'expert. En indiquant les médicaments hypolipémiants ainsi que d'autres paramètres, on calcule le risque, la réduction du risque à atteindre dans le temps ainsi que le nombre nécessaire de personnes à traiter (Number Needed to Treat). Et dans le score d'Agatston, le score calcique coronarien (CAC) permet de déterminer l'âge estimé des vaisseaux. Chez le patient mentionné, cet âge était de 68 ans, ce qui l'a motivé à poursuivre le traitement par atorvastatine. Malheureusement, il n'a pas toléré non plus ce médicament et s'est présenté à nouveau quelque temps plus tard.

Aujourd'hui, sur la base de l'étude CLEAR-Outcomes, l'acide bempédoïque pourrait représenter une option pour ce patient, indique le PD Dr Bilz. Dans la cohorte de patients à haut risque, une réduction significative du cholestérol LDL-C a été obtenue chez les patients intolérants aux statines (voir encadré) (8). Les possibilités actuelles nous permettraient d'avoir un traitement bien toléré chez de très nombreux patients, a souligné l'expert.

Références:

1. Mach F et al.: 2025 Focused Update of the 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. Published online August 29, 2025. doi:10.1093/eurheartj/ehaf190.
2. Jadhav SB et al.: Pharmacodynamic Effect of Bempedoic Acid and Statin Combinations: Predictions From a Dose-Response Model. Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother. 2022;8(6):578-586. doi:10.1093/ehjcvp/pvab064
3. Pinkosky SL et al.: Liver-specific ATP-citrate lyase inhibition by bempedoic acid decreases LDL-C and attenuates atherosclerosis. Nat Commun. 2016;7:13457. doi:10.1038/ncomms13457
4. Ballantyne CM et al.: Bempedoic acid plus ezetimibe fixed-dose combination in patients with hypercholesterolemia and high CVD risk treated with maximally tolerated statin therapy Eur J Prev Cardiol. 2020;27(6):593-603. doi:10.1177/2047487319864671
5. Ballantyne CM et al.: Role of Bempedoic Acid in Clinical Practice. Cardiovasc Drugs Ther. 2021;35(4):853-864. doi:10.1007/s10557-021-07147-5
6. Meier R et al.: The impact of the 2019 European Guideline for Cardiovascular Risk Management: a cross-sectional study in general practice. J Clin Med 2020;9:2140. doi: 10.3390/jcm9072140.
7. Ference BA et al.: The LDL cumulative exposure hypothesis: evidence and practical applications. Nat Rev Cardiol. 2024;21(10):701-716. doi:10.1038/s41569-024-01039-5
8. Nissen SE et al.: Bempedoic Acid and Cardiovascular Outcomes in Statin-Intolerant Patients. N Engl J Med. 2023;388(15):1353-1364. doi:10.1056/NEJMoa2215024

Les professionnels peuvent demander les références auprès de Daiichi Sankyo (Suisse) SA.

Text: Dre méd. Christine Mücke;

Rédaction: Valérie Herzog.

Source: Hypercholesterinämie im Fokus – mehr als eine Diagnose: Praxisnahe Strategien für eine erfolgreiche Therapie und bessere Patientenversorgung. Symposium satellite de Daiichi Sankyo (Suisse) SA à l'occasion du Congrès d'automne de la SSMIG à Saint-Gall, 25.09.2025.

Première publication dans *ars medici* 16/2025

Ce rapport a pu être réalisé grâce à l'aimable soutien de Daiichi Sankyo (Suisse) SA. L'information professionnelle abrégée de Nilemdo® et de Nustendi® se trouve à la page 1963.

* Nilemdo®/Nustendi® sont soumis à une limitation pour le remboursement: www.spezialitaetenliste.ch

TDAH à l'âge adulte et spécificités de genre: repérage chez le généraliste

Dre CAMILLE BRUNETTI^a, Pre CAROLE CLAIR^b, Dre VIRGINIE SCHLUETER^c, AUDE EGGIMANN^d et Dr FRANÇOIS CANDAU^d

Rev Med Suisse 2025; 21: 1970-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.938.47825

Bien que le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) soit de plus en plus présent dans l'espace médiatique, il reste sous-diagnostiqué, notamment chez les adultes, les femmes et les personnes avec diversité de genre. Le médecin généraliste se retrouve face à des signes cliniques subtils et difficiles à repérer dans ces populations. Cet article dresse un état de lieux des connaissances sur le TDAH chez l'adulte, s'intéresse aux spécificités des manifestations cliniques de ce trouble, en particulier selon le genre, et met en évidence les différents biais de genre pouvant impacter son repérage et sa prise en charge.

ADHD in adults and gender differences: identification by general practitioners

Although attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) is increasingly present in the media, this disorder remains underdiagnosed, particularly among adults, women, and transgender/non-binary individuals. General practitioners are confronted with subtle clinical signs that are difficult to detect in these populations. This article reviews the current state of knowledge on ADHD in adults, examines the specific clinical manifestations of this disorder especially according to gender, and highlights the various gender biases that can impact its detection and management.

INTRODUCTION

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble neurodéveloppemental débutant dans l'enfance, dont les symptômes persistent à l'âge adulte dans au moins 60% des cas, avec un impact fonctionnel parfois sévère.¹ Alors que la prévalence du trouble, mesurée sur des échantillons représentatifs de la population générale, est restée stable au cours des trois dernières décennies, le nombre de personnes diagnostiquées a nettement augmenté.^{2,3} Ceci est source de controverses: certain-e-s y voient la conséquence d'un sur-diagnostic, tandis que d'autres se réjouissent d'une meilleure reconnaissance de la maladie. Les études montrent une disparité dans le nombre de cas diagnostiqués en fonction du genre et de l'origine, avec une amélioration récente de la reconnaissance du trouble chez les groupes sociaux sous-diagnostiqués.⁴

Les généralistes peuvent se questionner sur leur rôle dans le repérage et la prise en charge du TDAH. C'est alors souvent

aux patient-e-s qu'il revient de formuler une demande explicite d'évaluation pour que le processus diagnostique soit engagé. Mais à ce stade, des réserves sont également susceptibles de retenir les médecins qui peuvent voir dans une telle demande des motivations comme l'accès à des psychostimulants, à des mesures d'aménagements, ou une excuse pour expliquer des difficultés. Cependant, ces cas seraient rares d'après l'expérience clinique et les généralistes sont en première ligne pour permettre l'accès au diagnostic. L'autre frein pouvant entraver l'accès au diagnostic repose sur les idées reçues concernant la présentation clinique du TDAH, en particulier chez les adultes, et plus encore chez les femmes, dont le profil s'écarte généralement des stéréotypes associés à ce trouble.⁵

ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence chez les enfants varie entre 6 et 14% et elle est d'environ 2,5% chez les adultes. Dans la population générale, le ratio garçon/fille durant l'enfance est d'environ 2:1² et monte à 9:1 chez les enfants diagnostiqués. Cette différence suggère un sous-diagnostic chez les filles et constitue par conséquent un obstacle à la prise en charge. Le ratio à l'âge adulte se rapproche de 1:1.¹

Concernant les personnes avec diversité de genre (comprenant entre autres les personnes non binaires et transgenres), le nombre d'études ayant une méthodologie solide est encore limité, mais l'estimation de la prévalence serait 2 à 12 fois plus élevée que dans la population cisgenre. Les causes de cette sur-prévalence ne sont pas claires. Les hypothèses semblent toutefois liées à des facteurs sociaux (pression normative), d'accès aux soins et de stigmatisation, plutôt qu'à un lien biologique direct.⁶

PHYSIOPATHOLOGIE

Les mécanismes neurobiologiques du TDAH sont complexes et consistent en des anomalies anatomiques, structurelles et fonctionnelles, avec une sous-activation de plusieurs régions et réseaux impliqués dans les fonctions exécutives (notamment le cortex préfrontal et le cortex cingulaire antérieur), dans le système de la récompense et dans le système d'éveil. La plupart de ces régions sont médiées par la dopamine et la noradrénaline, qui sont les cibles des traitements médicamenteux.

Au niveau de l'étiologie, il est estimé que le TDAH résulte d'une interaction de plusieurs gènes candidats avec des facteurs environnementaux.⁷

^aService de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bDépartement des policliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^cUnité santé et genre, Département des policliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^dService de psychiatrie générale, Département de psychiatrie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
camille.brunetti@chuv.ch | carole.clair@unisante.ch | virginie.schlueter@unisante.ch
aude.eggimann@chuv.ch | francois.candau@chuv.ch

Sans calcul compliqué?

La solution: 1 x par jour, 12 mmol*, 100% citrate^{1,2,3}

MAGNESIUM
Diasporal®

12 mmol*

Mg

Magnésium
une seule prise en
l'espace de 24 heures



La performance,
droit au but.

- 1 x prise quotidienne^{1,2,3}
- 12 mmol^{1*}
- admis par les caisses-maladie⁴

3 Li Lithium 6.94	4 Be Béryllium 9.0122	
11 Na Sodium 22.990	12 Mg Magnésium 24.305	
19 K Potassium 39.098	20 Ca Calcium 40.078	21 Sc Scandium 44.956



admis par les caisses-maladie⁴

* conformément à la recommandation posologique autorisée

Références
1) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sous www.swissmedinfo.ch, consulté en septembre 2023 2) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps sous www.swissmedinfo.ch, consulté en septembre 2023 3) Information professionnelle Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre sous www.swissmedinfo.ch, consulté en septembre 2023 4) Liste des spécialités de l'OFSP sur www.spezialitaetenliste.ch, état en septembre 2023. Nous mettons à disposition toutes les références sur demande.

Résumé de l'information aux professionnels: Magnésium-Diasporal® 100 CitraCaps, capsules / Magnésium-Diasporal® 300, granulés / Magnésium-Diasporal® 300 sans sucre, granulés. **Principe actif:** Magnesium ut Magnesii citras; 100 mg de magnésium (= 4,0 mmol) par capsule resp. 301 mg de magnésium (= 12,4 mmol) par sachet. **Indication:** Prophylaxie et traitement des troubles du rythme à caractère tachycardique, en cas de maladie coronarienne, hyperexcitabilité neuromusculaire, syndrome tétanique, contractures musculaires, myosite ossifiante, prophylaxie des récives des urolithiases oxalocalciques, pré-éclampsie, éclampsie, carences en magnésium, lors de besoins accrus en magnésium. **Posologie:** Adultes et adolescents dès 12 ans 1 x 3 capsules resp. 1 sachet par jour. Durée de traitement: au moins 6 semaines. **Contre-indications:** Insuffisance rénale aiguë ou chronique, prédisposition à la lithiase phospho-ammoniac-magnésienne; exsiccose. **Précautions:** En cas de troubles bradycardiques de la conduction intracardiaque, en cas d'insuffisance rénale. **Interactions:** Tétracyclines, fluorures, cholécalférol. **Grossesse/Allaitement:** peut être administré. **Effets indésirables:** occasionnels: des selles molles. **Présentation:** Emballage de 120 capsules resp. 20 et 50 sachets; Liste: B; remboursé; Doetsch Grether SA, 4051 Bâle; mise à jour de l'information: août 2017. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedinfo.ch.

CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

Le diagnostic est posé sur la base des critères de la 5^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé, DSM-V-TR) et nécessite des entretiens cliniques spécifiques. À noter que les tests neuropsychologiques ne sont pas des outils de diagnostic en raison de leur faible valeur discriminante dans la population psychiatrique adulte (**tableau 1**).²

PRÉSENTATION CLINIQUE

Certaines plaintes recueillies chez le généraliste, qui ne sont pas de prime abord évocatrices d'un TDAH, constituent des signaux d'alerte pouvant suggérer un TDAH. Parfois la demande d'évaluation est plus explicite. La liste des plaintes pouvant indiquer un dépistage sont résumées dans le **tableau 2**.⁸

Évolution de l'enfance à l'âge adulte

Chez les adultes, l'inattention persiste dans la majorité des cas et peut se manifester par une tendance à se disperser dans les activités, une difficulté à établir des priorités, à planifier et à initier les tâches, à persévérer, ainsi qu'une procrastination avec une tendance à mieux fonctionner dans l'urgence et une mauvaise gestion du temps. En outre, une hyperfocalisation

TABLEAU 1	Critères diagnostiques du DSM-5-TR pour le TDAH¹⁹
------------------	---

DSM-5-TR: 5^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé); TDAH: trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Critères diagnostiques pour le TDAH

- Au moins 5 symptômes d'inattention et/ou d'hyperactivité sont présents, depuis au moins 6 mois, dans minimum deux domaines différents (travail, famille, amis, autres activités) et entraînent une altération fonctionnelle
- Plusieurs de ces symptômes étaient présents avant l'âge de 12 ans
- Ils ne sont pas mieux expliqués par une autre pathologie

Inattention

- Ne parvient pas à prêter attention aux détails, ou fait de fréquentes erreurs d'étourderie
- A du mal à maintenir son attention au travail, en classe, lors de la lecture
- Paraît souvent ne pas écouter quand on lui parle directement
- Ne persévère pas dans les tâches domestiques ou professionnelles
- A fréquemment du mal à organiser ses tâches et activités
- Se montre réticent à initier les tâches mentalement exigeantes
- Égare ses affaires souvent
- Est rapidement distrait par des stimuli de l'environnement ou des pensées sans rapport
- Oublie souvent ses obligations quotidiennes (rendez-vous, factures, etc.)

Hyperactivité-impulsivité

- Remue souvent les mains ou les pieds lorsqu'il est assis
- Quitte son siège en classe ou dans d'autres situations qui exigent de rester assis
- Bouge beaucoup ou ressent fréquemment une envie de bouger
- A de la peine à se relaxer et à être tranquille durant les moments de détente
- Est toujours occupé, a toujours quelque chose à faire ou se sent très énergique.
- Parle souvent excessivement
- Coupe souvent la parole
- Manifeste souvent une impatience lorsqu'il doit attendre son tour
- Dérange fréquemment les autres lorsqu'ils sont occupés

Types de TDAH

- **Présentation combinée:** Si les critères sont remplis à la fois pour l'inattention et l'hyperactivité-impulsivité
- **Présentation inattentive prédominante:** Si les critères sont remplis uniquement pour l'inattention et pas pour l'hyperactivité-impulsivité
- **Présentation hyperactive/impulsive prédominante:** si les critères sont remplis uniquement pour l'hyperactivité-impulsivité et pas pour l'inattention

(Adapté du DSM-5-TR: 5^e édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (texte révisé)¹⁹).

TABLEAU 2	Les plaintes chez le/la généraliste pouvant faire suspecter un TDAH
------------------	--

TDAH: trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.

Plaintes chez le/la généraliste pouvant faire suspecter un TDAH

- Souhaite une évaluation après qu'un membre de sa famille a reçu le diagnostic
- Se reconnaît dans les symptômes dont il/elle a entendu parler
- Difficultés organisationnelles (respect des routines quotidiennes, gestion des finances)
- Rendement professionnel instable
- Conflits familiaux
- Accidents à répétition
- Mauvaise gestion de la colère
- Manque de motivation
- Faible estime de soi
- Dépendances à des substances, jeux ou écrans
- Insomnies
- Symptômes dépressifs ou anxieux

(Adapté des directives canadiennes sur le TDAH, 4,1 édition, (CADDRA; 2020)⁸).

est possible lorsque l'activité est intéressante, nouvelle ou procure une récompense immédiate.¹

L'hyperactivité-impulsivité s'atténue souvent ou se manifeste différemment, par exemple sous forme de sentiment d'agitation interne, d'activité mentale ou verbale excessive, de prise de décisions hâtives (quitter un emploi, mettre fin à une relation), de recherche de sensations fortes (conduite automobile, pratiques sportives excessives et/ou dangereuses), ou de satisfaction immédiate (achats compulsifs, grignotages excessifs, sexualité, consommation de substances psychoactives). Enfin, la dysrégulation émotionnelle, sans être un critère selon le DSM-5-TR, conforte le diagnostic.¹

Spécificités selon le genre

La présentation clinique du TDAH peut revêtir une grande hétérogénéité interindividuelle ainsi que selon le genre. Les filles et les femmes présenteraient plus souvent que les garçons et les hommes des symptômes d'inattention, et moins fréquemment des symptômes d'hyperactivité-impulsivité. De plus, leurs symptômes d'hyperactivité-impulsivité se manifesteraient de manière plus verbale et par des comportements moins perturbateurs (paroles blessantes, prise de risque sur les réseaux sociaux), avec une tendance à internaliser les symptômes et à présenter davantage de symptômes anxio-dépressifs. Chez les garçons et les hommes, l'hyperactivité-impulsivité s'exprimerait de manière plus externalisée et physique (sport intensif, bagarres). À l'âge adulte, les différences sont moins marquées, mais toujours présentes.^{9,10}

Chez les personnes avec diversité de genre, il existe peu d'études concernant la présentation clinique du trouble. Il est estimé que les symptômes peuvent varier durant l'affirmation de genre, en lien avec l'exploration de l'identité et les attentes sociales (**figure 1**).¹¹

Échelle de dépistage: ASRS-v1.1 6-Question Screener

L'échelle d'auto-évaluation en 6 questions pour adultes souffrant de TDAH (version 1.1), apparaissant ci-dessous, a été développée pour faciliter l'identification du TDAH en médecine de premier recours. Il s'agit d'un outil valide, rapide et facile d'utilisation (**tableau 3**).

TABLEAU 3

Adult ADHD Self-Report Scale-V1.1 6-Question Screener pour le dépistage du TDAH²⁰

En cas de quatre croix ou plus dans les zones ombragées, il convient de référer à un-e psychiatre pour une évaluation plus approfondie. L'outil officiel est en libre accès sur www.hcp.med.harvard.edu/ncs/ftpd/ir/adhd/6Q_French_final.pdf

	Jamais	Rarement	Quelquefois	Souvent	Très souvent
1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à finaliser les derniers détails d'un projet une fois que les parties les plus stimulantes ont été faites?					
2. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à mettre les choses en ordre lorsque vous devez faire quelque chose qui demande de l'organisation?					
3. À fréquence vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler vos rendez-vous ou vos obligations?					
4. Quand vous devez faire quelque chose qui demande beaucoup de réflexion, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'éviter de le faire ou de le remettre à plus tard?					
5. À quelle fréquence vous arrive-t-il de remuer ou de tortiller les mains ou les pieds lorsque vous devez rester assis pendant une période prolongée?					
6. À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir excessivement actif et contraint de faire quelque chose, comme si vous étiez entraîné malgré vous par un moteur?					

(Copyright © New York University and President and Fellows of Harvard College. All rights reserved).

Cette échelle est basée sur les critères du DSM-IV qui ont été majoritairement étudiés sur des sujets masculins. Elle n'inclut donc pas les normes féminines, ni de genre en général.⁹ Il est donc nécessaire d'être attentif aux spécificités décrites en cas de dépistage négatif et de référer en cas de doute.

COMORBIDITÉS

Les personnes souffrant d'un TDAH présentent fréquemment des comorbidités psychiatriques comme les troubles anxieux, de l'humeur, de la personnalité, les troubles liés à l'usage de substances, les troubles du comportement alimentaire, les troubles du neurodéveloppement comme le trouble du spectre autistique et les troubles des apprentissages.¹

Les garçons et les hommes développent davantage de comorbidités sous forme de comportements externalisés. On retrouve notamment chez l'enfant le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites, et chez l'adulte le trouble de la personnalité antisociale. Les filles et les femmes ont plus souvent des comorbidités de nature internalisée, comme les troubles anxieux et dépressifs.

Le risque de comorbidités est d'autant plus important que le TDAH n'a pas été traité. De plus, ces comorbidités peuvent

également être des diagnostics différentiels, ce qui complique le processus diagnostique.⁹

EFFETS DU SEXE BIOLOGIQUE

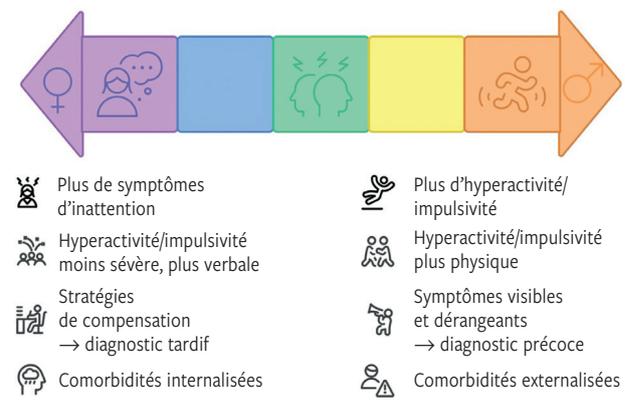
Les mécanismes physiopathologiques du TDAH ont majoritairement été étudiés chez des individus de sexe masculin, ce qui limite la compréhension de l'influence du sexe biologique sur la présentation clinique. À ce jour, les recherches menées dans les domaines neurocognitifs, génétiques, hormonaux et en imagerie cérébrale n'ont pas fourni de résultats concluants.^{12,13} Néanmoins, plusieurs théories ont été avancées, notamment celle de «l'effet protecteur féminin» suggérant que les personnes de sexe féminin devraient atteindre un seuil plus élevé d'exposition génétique et environnementale pour que le TDAH s'exprime.⁹ Des mécanismes endocriniens influençant le système dopaminergique, comme les œstrogènes et les hormones thyroïdiennes, ont également été observés.¹

EFFETS DU GENRE

Sous l'influence de normes sociales, les filles et les femmes sont incitées à adopter des attitudes et qualités dites «féminines», telles qu'être mature, organisée, obéissante et empathique. Elles seraient sanctionnées plus sévèrement en cas de symptômes de TDAH que les garçons et les hommes, chez qui les comportements perturbateurs ou colériques sont davantage tolérés. Cette pression normative amène les filles à fournir des efforts conséquents pour dissimuler leurs symptômes, comme devenir résiliente, perfectionniste et cacher leur distractibilité. Ces stratégies compensatoires rendent la symptomatologie moins bruyante et contribuent à retarder le diagnostic jusqu'à un âge où elles ne permettent plus de répondre aux exigences croissantes.^{9,14-16}

Le trouble non traité, l'internalisation des symptômes, ainsi que la stigmatisation plus sévère envers les femmes en cas de non-performance dans les tâches domestiques ou parentales peuvent générer des symptômes dépressifs et anxieux.^{9,16}

FIG 1 Manifestations du TDAH selon le genre
TDAH: trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.



(Image créée sur le site Napkin.ai).

Chez les personnes présentant une diversité de genre, une tendance à demander moins facilement de l'aide peut être observée en raison d'une crainte de discrimination. De plus, il est estimé que l'altération des fonctions exécutives pourrait impacter le parcours de transition et entraîner des troubles anxiodépressifs réactionnels.⁶

IMPACT DU GENRE SUR LE DIAGNOSTIC

Plusieurs facteurs contribuent au sous-diagnostic chez les filles et les femmes: d'une part, la maladie ayant été historiquement considérée comme masculine, les professeurs et les parents ont tendance à sous-estimer les symptômes du TDAH chez les filles et à les considérer comme des signes du trouble chez les garçons. De plus, la symptomatologie du garçon étant plus visible et dérangement, ils sont plus fréquemment référés à des professionnels.^{9,10} Enfin, la recherche s'étant principalement concentrée sur les garçons, les critères diagnostiques sont plus adaptés aux sujets masculins.^{10,13,15}

À l'âge adulte, les femmes peuvent prendre conscience de leur symptomatologie et consulter d'elles-mêmes, ce qui améliore leur identification.^{9,10} Toutefois, la demande d'aide intervient souvent sur la base d'autres troubles, comme l'anxiété, la dépression ou les troubles alimentaires, entraînant souvent comme diagnostic initial celui de la comorbidité et retardant d'autant plus l'identification et le traitement du TDAH.⁹ Enfin, un motif de consultation fréquent chez la femme est le diagnostic de TDAH chez son enfant.^{13,15}

TRAITEMENTS

La prise en charge du TDAH est essentielle et permet de diminuer les difficultés scolaires, professionnelles, sociales et psychologiques. Le traitement pharmacologique est reconnu comme étant très efficace avec une diminution des symptômes dans 70 à 80% des cas. Par ailleurs, les approches non pharmacologiques, qui comprennent la psychoéducation, la thérapie cognitivocomportementale, le coaching ou encore le soutien psychosocial, sont également recommandées dans la littérature scientifique.⁸

Dans ce cadre, le-la médecin généraliste peut jouer une place centrale dans la prise en charge, notamment au niveau du traitement médicamenteux et de la psychoéducation.

Pour que les traitements soient remboursés, le diagnostic doit être posé ou réactualisé (si datant de l'âge pédiatrique) par un-e psychiatre vers qui le-la patient-e peut être orienté-e en cas de dépistage positif.

Pour plus de précisions sur la prise en charge, un article de la *Revue Médicale Suisse* est disponible: Trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) chez l'adulte. Recommandations de prise en charge par le médecin de premier recours.¹⁷

Des études tendent à montrer qu'une aggravation des symptômes peut survenir chez les personnes de sexe féminin dans la phase prémenstruelle et qu'une adaptation de la posologie peut être bénéfique pendant cette période. Une

hypothèse serait que les œstrogènes augmentent la synthèse et l'activité dopaminergique, et que le taux de dopamine serait diminué lors de la semaine précédant les menstruations, ainsi qu'après l'accouchement et pendant la périémenopause.¹⁸

Concernant la grossesse et l'allaitement, au vu du manque de données disponibles, il est actuellement recommandé d'éviter le traitement durant ces périodes, sauf si l'impact du TDAH est considéré comme plus sévère que le risque encouru par les effets indésirables.⁹

CONCLUSION

Le TDAH est un trouble fréquent, et les retards de diagnostic chez les femmes et les personnes avec diversité de genre ont d'importantes conséquences académiques, professionnelles, et psychosociales. Il est nécessaire que les professionnels prennent conscience de l'importance du dépistage en l'absence de préjugés dès lors que les signes décrits sont observés et intègrent dans leur pratique l'ASRS-v1.16QS. Ils-elles doivent aussi être conscient-e-s des différentes manifestations selon le genre ainsi que de leurs propres biais et de l'influence des normes sociales, et se montrer rassurant-e-s et orienter le-la patient-e en cas de doute. De plus, les critères diagnostiques et les instruments de dépistage gagneraient à être révisés afin de permettre une évaluation plus inclusive. Enfin, plus de recherches probantes concernant le traitement chez les personnes de sexe féminin seraient nécessaires.

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

Intelligence artificielle: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'intelligence artificielle ponctuellement à des fins de reformulation linguistique et de clarification rédactionnelle.

ORCID ID:

C. Clair: <https://orcid.org/0000-0001-5281-0943>

V. Schlueter: <https://orcid.org/0009-0008-4174-9057>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'ASRS v1.1 6QS est un outil de dépistage pratique qui, intégré dans la pratique des médecins généralistes, tout en étant attentif aux spécificités de genre, pourrait contribuer à l'amélioration de la reconnaissance du trouble.
- Il convient d'être particulièrement attentif en cas de symptômes dépressifs ou anxieux chez les femmes, car ils peuvent masquer le TDAH.
- Les critères diagnostiques ayant été établis à partir d'études de cas masculins, la présence de stéréotypes concernant les manifestations considérées comme typiques du TDAH, ainsi que les attentes sociales incitant les femmes à développer une symptomatologie moins bruyante, contribuent au retard voire à l'absence de diagnostic chez les femmes.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS MEDLINE

Les données utilisées dans cette revue ont été identifiées par une recherche Medline des articles publiés en français ou en anglais depuis 2012 concernant le TDAH. Les articles ont été inclus dans la liste des références s'ils couvraient les sujets suivants: prévalence, présentation clinique chez les adultes, présentation clinique selon le genre, physiopathologie et prise en charge. Les mots-clés utilisés pour la recherche étaient «adult ADHD», «women» et «transgender». Un sous-ensemble de critères a été simultanément utilisé avec ces trois termes, il comprenait les mots clés suivants: «prevalence», «physiopathologie», et «pharmacotherapy». Les méta-analyses, revues et revues systématiques ont été favorisées.

1 **Kooij JJS, Bijlenga D, Salerno L, et al. Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. *Eur Psychiatry*. 2019 Feb 1;56:14-34.

2 *Faraone SV, Banaschewski T, Coghill D, et al. The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021 Sep 1;128:789-818.

3 Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, et al. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014 Apr;43(2):434-42.

4 Abdelnour E, Jansen MO, Gold JA. ADHD Diagnostic Trends: Increased Recognition or Overdiagnosis? *Mo Med*. 2022 Sep-Oct;119(5):467-73.

5 French B, Perez Vallejos E, Sayal K, et al. Awareness of ADHD in primary care: stakeholder perspectives. *BMC Fam Pract*. 2020 Feb;21(1):45.

6 Goetz TG, Adams N. The Transgender and Gender Diverse and Attention Deficit Hyperactivity Disorder Nexus: A Systematic Review. *J Gay Lesbian Ment Health*. 2024;28(1):2-19.

7 Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primer*. 2024 Feb 22;10(1):11.

8 **Lignes directrices canadiennes

sur le TDAH. 4.1 édition. Toronto, Ontario: CADDRA; 2020.

9 **Young S, Adamo N, Ásgeirsdóttir BB, et al. Females with ADHD: An expert consensus statement taking a lifespan approach providing guidance for the identification and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women. *BMC Psychiatry*. 2020 Aug 12;20(1):404.

10 Hinshaw SP, Nguyen PT, O'Grady SM, et al. Annual Research Review: Attention-deficit/hyperactivity disorder in girls and women: underrepresentation, longitudinal processes, and key directions. *J Child Psychol Psychiatry*. 2022 Apr;63(4):484-96.

11 Song HL, Kong JD, Wang QL, et al. Gender identity and its impact on attention deficit hyperactivity disorder manifestations: Challenges in diagnosis and assessment. *World J Psychiatry*. 2025 Apr 19;15(4):101952.

12 Banaschewski T, Coghill D, Zuddas A. *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Oxford University Press, 2018. 473 p.

13 Babinski DE. Sex Differences in ADHD: Review and Priorities for Future Research. *Curr Psychiatry Rep*. 2024 Apr 1;26(4):151-6.

14 Holthe MEG. ADHD in Women: Effects on Everyday Functioning and the Role of Stigma [Master thesis]. 85. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Psykologisk institutt [En ligne]; 2013.

Disponible sur: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/handle/11250/271242>

15 Attioe DE, Climie EA. Miss. Diagnosis: A Systematic Review of ADHD in Adult Women. *J Atten Disord*. 2023 May;27(7):645-57.

16 *Quinn PO, Madhoo M. A Review of attention-deficit/hyperactivity disorder in women and girls: uncovering this hidden diagnosis. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2014;16(3):PCC.13r01596.

17 Duarte M, Dieben K, Nicastro R, et al. Trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) chez l'adulte. Recommandations de prise en charge par le médecin de premier recours. *Rev Med Suisse*. 2021 Sep 22;17(751):1606-10.

18 Osianlis E, Thomas EHX, Jenkins LM, et al. ADHD and Sex Hormones in Females: A Systematic Review. *J Atten Disord*. 2025 Jul;29(9):706-23.

19 Crocq MA, Guelfi JD, Boehrer AÉ. DSM-5-TR: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5^e éd., texte révisé. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023.

20 Kessler RC, Adler L, Ames M, et al. The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychol Med*. 2005 Feb;35(2):245-56.

* à lire

** à lire absolument

Santé au travail: rôle et limites du médecin de premier recours

Dr^a LUANA BOURQUIN^{a,*}, Dr^a LAURA SIMÕES MORGADO^{b,*}, Dr TOMAS JARA^c, Dr DAVID HERREN^b et Dr FRÉDÉRIC REGAMEY^d

Rev Med Suisse 2025; 21: 1976-84 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.938.47794

La santé au travail représente un enjeu croissant dans la pratique médicale en soins primaires. Le médecin de premier recours (MPR) est fréquemment sollicité dans des situations où s'entrecroisent responsabilités cliniques, exigences administratives et considérations médico-légales. À travers l'analyse de quatre situations cliniques courantes (souffrance au travail, incapacité de travail, certificat de bonne santé et aptitude au travail de nuit), cet article met en lumière le rôle pivot du MPR, mais aussi les limites de son intervention. Il illustre les enjeux pratiques liés à la prise en charge de ces demandes, en soulignant l'importance d'une évaluation rigoureuse, d'une approche interdisciplinaire et d'un positionnement clinique adapté.

Occupational health: role and limitations of the primary care physician

Occupational health represents an increasingly important concern in primary care practice. General practitioners (GPs) are frequently involved in situations where clinical responsibilities, administrative requirements, and medicolegal considerations overlap. Through an analysis of four common clinical situations (suffering at work, work incapacity, certificate of good health, and fitness for night work), this article highlights the central role and limitations of the GPs. It illustrates the practical challenges of managing such requests, emphasizing the importance of a rigorous assessment, interdisciplinary collaboration, and proper clinical positioning.

INTRODUCTION

En Suisse romande, près d'une consultation sur quatre en médecine générale est en lien avec les conditions de travail.¹ Le médecin de premier recours (MPR) est régulièrement confronté à des problématiques de santé au travail qui nécessitent d'identifier le lien avec l'activité professionnelle, d'orienter les patients vers les ressources appropriées et de collaborer avec les différents partenaires. Cette mission se heurte toutefois à plusieurs limites: manque de formation spécifique en santé au travail, accès restreint aux informations du poste de travail, méconnaissance des enjeux juridiques et asséculogiques, ou encore difficultés de coordination avec les parties prenantes.

^aService de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^bPoliclinique de médecine générale, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^cDépartement santé, travail et environnement, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^dDépartement santé, travail et environnement, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Université de Lausanne, 1011 Lausanne
luana.bourquin@chuv.ch | laura.simo-es-morgado@unisante.ch | tomas.jara@unisante.ch
david.herren@unisante.ch | frederic.regamey@unisante.ch

* Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

Clarifier les rôles et responsabilités des acteurs est essentiel pour assurer une prise en charge conforme à la déontologie, au droit et à la protection des données. Cet article illustre ces enjeux à travers quatre situations cliniques et propose des repères pratiques pour la médecine de premier recours.

«DOCTEUR, JE SUIS HARCELÉ»: ENTRE ACTE DE SOIN ET RECONNAISSANCE JURIDIQUE Problématique

Comment évaluer une situation de souffrance au travail? Que peut faire le MPR dans une situation de harcèlement suspecté? Comment accompagner au mieux le patient?

Enjeux

Le stress lié au travail touchait plus de 20% des travailleurs suisses en 2022.² Il s'associe fréquemment à un épuisement émotionnel et peut contribuer à des troubles psychiques (anxiété, dépression, addictions, conduites suicidaires).

Les causes sont souvent multifactorielles à l'interface entre l'individu et l'environnement professionnel, avec des conséquences tant pour la santé des individus que pour l'entreprise (absentéisme, conflits, baisse de productivité).³

Le cadre légal suisse impose à l'employeur de préserver l'intégrité psychique et physique des travailleurs (art. 6 de la Loi sur le travail (LTr), art. 328 du Code des obligations).

Rôles et limites du médecin de premier recours

Le MPR est souvent au cœur de la détection et de la prise en charge des situations de souffrance au travail. Les termes «burnout» ou «harcèlement» sont fréquemment utilisés par les patients en consultation et comportent des enjeux médicaux, sociaux et juridiques majeurs. (voir **tableau 1** pour repères terminologiques)

Le harcèlement (mobbing) est une notion juridique dont la qualification ne relève pas du champ médical. Le médecin n'est habilité ni à qualifier, ni à attester formellement une situation de harcèlement. Il peut toutefois documenter les symptômes et les répercussions sur la santé et orienter vers les interlocuteurs compétents.

La reconnaissance juridique d'une situation de harcèlement peut s'avérer importante pour certains patients, mais elle doit être envisagée dans le cadre d'un accompagnement

Place au changement ...

NOUVEAU :
extension des indications¹
depuis le 1^{er} mai 2025,
admis par les caisses-maladie⁵



Lixim[®] Patch

PATCH D'AINS À BASE D'ÉTOFÉNAMATE¹



- Réduction hautement significative de la douleur (p < 0.0001)*^{1,3}
- Très bonne adhérence³ et tolérance cutanée³
- Propriétés hydrofuges^{1,2,4}

Lixim[®] Patch : C : 70 mg d'étofénamate par emplâtre. **I** : traitement local symptomatique des affections douloureuses et inflammatoires accompagnées de tuméfactions dues à des traumatismes contondants tels que les claquages, les entorses ou les contusions (écrasements). **P/M** : coller 1 emplâtre toutes les 24 heures avec une pression légère sur la zone douloureuse. Un seul emplâtre par région lésée. Durée du traitement : 7 jours. **CI** : hypersensibilité au principe actif, à d'autres AINS ou à l'un des excipients. Ne pas appliquer sur une peau lésée, chez les nourrissons et enfants en bas âge, pendant le 3^e trimestre de la grossesse et l'allaitement. **PR** : appliquer uniquement sur une peau intacte, éviter tout contact avec les muqueuses ou les yeux. Interrompre immédiatement le traitement en cas d'éruption cutanée. Apparition possible d'un bronchospasme ou d'une rhinite chez les patients souffrant d'asthme, d'une rhinite allergique ou de polypes nasaux. Réactions allergiques possibles en cas d'urticaire chronique. Veiller à une élimination conforme. **IA** : risque négligeable. **G/A** : Au 1^{er} et 2^e trimestres de la grossesse, seulement en cas de nécessité absolue. Contre-indiqué pendant le 3^e trimestre et l'allaitement. **EI** : réactions d'hypersensibilité, réactions cutanées locales, dermatite de contact, respiration sifflante. **Prés.** : sachet de 7 emplâtres **(D)**. Pour de plus amples informations, voir www.swissmedicinfo.ch. Mise à jour : avril 2024. **Drossapharm SA, 4002 Bâle.**

Références : **1** Information professionnelle de Lixim[®] Patch, www.swissmedicinfo.ch. **2** European Patent Register. <https://register.epo.org/application?number=EP04807500> (last access 11.03.2025). **3** Predel H.G. et al. Efficacy and Safety of an Etofenamate Medicated Plaster for Acute Ankle Sprain: A Randomized Controlled Trial. *Orthop J Sports Med.* 2021 Aug 12;9(8):23259671211032591. **4** PSA-Technologie des Unternehmens DuPont. https://www.dupont.com/content/dam/dupont/amer/us/en/liveo/public/documents/en/DIGITAL_04-1098-01-AGP1122_Drossapharm_LIXIM_PatchCase-Study_AGP16881_A4.pdf (last access 11.03.2025). **5** Lixim[®] Patch, Liste des spécialités, OFSP. Toutes les références sont disponibles auprès de Drossapharm. * significatif après 12 à 48 heures déjà, très significatif après 72 heures, par rapport au placebo lors du traitement local symptomatique des affections douloureuses et inflammatoires accompagnées de tuméfactions dues à des traumatismes contondants tels que les claquages, les entorses ou les contusions (écrasements), appliquer 1x par jour.

pluridisciplinaire qui implique des acteurs compétents sur le volet juridique (personne de confiance, protection juridique, avocat, etc.).

Recommandations

Une approche en trois étapes permet de structurer l'évaluation et la prise en charge (tableau 2). Un autoquestionnaire sur la perception de l'environnement professionnel peut aider à mieux cerner les contraintes du poste, les difficultés rencontrées et les ressources mobilisables par le patient. Il aide à cibler les problématiques prioritaires et à identifier les pistes d'action (disponible sur: www.unisante.ch/fr/media/1804/download).

«DOCTEUR, ARRÊTEZ-MOI»: LE MÉDECIN À L'ÉPREUVE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Problématique

Comment évaluer si une incapacité de travail est justifiée? Comment favoriser le retour au travail? Quelles sont les implications médico-légales du certificat?

Enjeux

L'incapacité de travail a des répercussions individuelles et collectives majeures. Même si elle vise à préserver l'état de santé, une incapacité prolongée peut conduire à une précarisation médicale, professionnelle et financière. Ces enjeux nécessitent

TABLEAU 1 Terminologie en lien avec la souffrance au travail

CC: Code civil suisse RS 210; CIM-11: Classification internationale des maladies, onzième révision.

Terme	Définition/description	Statut médical/légal	Conséquences possibles
Stress	Réponse neurophysiologique à un déséquilibre entre les contraintes professionnelles et les ressources perçues. Considéré comme un risque psychosocial	Non codifié de façon unifiée; risque psychosocial reconnu	Altération de la santé mentale ou physique; source de plaintes professionnelles
Burnout (épuisement professionnel)	Syndrome dû à un stress professionnel chronique non géré, caractérisé par l'épuisement, le cynisme et la baisse d'efficacité. Terme en débat	Mentionné dans la CIM-11; non reconnu comme maladie professionnelle en Suisse	Forte morbidité, avec des symptômes dépressifs ou anxieux, et une baisse de performance
Conflit au travail	Désaccord persistant entre individus au travail, associé à des émotions et à un sentiment de blocage. Peut être un facteur de risque de harcèlement	Pas une entité pathologique, mais à considérer dans la prévention des risques psychosociaux	Blocage relationnel, tensions, détérioration du climat de travail
Harcèlement (mobbing)	Agissements hostiles, répétés et prolongés visant à nuire à une personne sur son lieu de travail. Constitue une atteinte à la personnalité	Reconnu juridiquement comme une atteinte à la personnalité (art. 28 CC)	Isolement, marginalisation, exclusion, dégradation sévère de la santé
Souffrance au travail	Vécu professionnel dégradé avec impact négatif perçu sur la santé. N'est pas une entité diagnostique. Atteinte progressive et variable	Pas une entité médicale; reconnaissance précoce importante pour la prévention	Insomnie, somatisation, anxiété, dépression, conduites addictives
Risques psychosociaux	Facteurs liés à l'organisation, aux relations ou aux conditions de travail pouvant générer du stress, de la souffrance psychique ou des troubles de la santé	Reconnu comme un enjeu de santé publique et de prévention en santé au travail	Burnout, troubles anxiodépressifs, désengagement professionnel, absentéisme, conflits, harcèlement

TABLEAU 2 Étapes de la prise en charge d'un patient en souffrance au travail

AI: assurance-invalidité; RH: ressources humaines.

Étape de la prise en charge	Objectifs	Moyens	Points de vigilance
Clarifier le diagnostic et initier le traitement	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les situations pouvant présenter une composante de souffrance au travail Évaluer le degré d'urgence, préciser le diagnostic et initier la prise en charge 	<ul style="list-style-type: none"> Anamnèse, examen clinique, examens complémentaires Questionnaires de dépistage/autoévaluation (burnout) Approche réflexive sur le vécu professionnel Traitement médicamenteux si besoin 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer le risque suicidaire Ne pas qualifier les éléments professionnels subjectifs Souffrance au travail parfois non exprimée comme motif de consultation Encourager les démarches de dialogue avec l'employeur
Identifier les facteurs professionnels et personnels aggravants et protecteurs	<ul style="list-style-type: none"> Comprendre les facteurs personnels et professionnels impliqués dans la situation Identifier les ressources et les facteurs protecteurs pour orienter les solutions 	<ul style="list-style-type: none"> Identification des contraintes professionnelles (anamnèse, description du poste) Description chronologique des événements Questionnaire sur les risques psychosociaux 	<ul style="list-style-type: none"> Ne pas juger les éléments du récit professionnel du patient Respecter la subjectivité du vécu rapporté
Construire le maintien ou le retour à l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> Identifier les actions de soutien adaptées Renforcer le pouvoir d'agir du patient (empowerment) et collaborer avec les acteurs concernés 	<ul style="list-style-type: none"> Mobilisation des ressources au travail (RH, supérieur, médecin du travail, etc.) Avis spécialisés (psychiatre, psychologue, médecin du travail, etc.) et organes de contrôles (Suva, SECO) Proposition d'aménagements du poste de travail Outil pour guider l'appréciation des contraintes professionnelles 	<ul style="list-style-type: none"> Envisager une demande d'AI en cas d'incapacité prolongée Encourager le recours aux ressources internes (personne de confiance, médiateur, etc.) Utiliser une terminologie appropriée (stress, burnout, harcèlement, etc.)

**MAINTENANT AUSSI APPROUVÉ
POUR LA MALADIE DE CROHN EN
TRAITEMENT DE PREMIÈRE LIGNE*1**

omvoh®
mirikizumab
A Lilly Medicine



**LE PREMIER ANTI-IL-23P19 AVEC
DES DONNÉES À LONG TERME
POUR LA COLITE ULCÉREUSE**2**



**EFFICACITÉ
DURABLE²**



**CONTRÔLE DURABLE
DES SYMPTÔMES, Y.C.
DES BESOINS IMPÉRIEUX^{2,4}**



**TOLÉRANCE
CONVAINCANTE^{2,3}**



FLEXIBILITÉ DU DOSAGE^{0,5}

* Omvoh® est indiqué dans le traitement de la maladie de Crohn active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique.

** Omvoh® est indiqué dans le traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique.

⁰ L'induction prolongée et la ré-induction (12 semaines supplémentaires en i.v.) sont remboursées pour le traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère.⁶

¹ Information professionnelle Omvoh®, www.swissmedinfo.ch. ² Sands BE, et al. Three-Year Efficacy and Safety of Mirikizumab Following 152 Weeks of Continuous Treatment for Ulcerative Colitis: Results From the LUCENT-3 Open-Label Extension Study. *Inflamm Bowel Dis.* 2024;izae253. ³ D'Haens G, et al. Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. *N Engl J Med.* 2023;388(26):2444–2455. ⁴ Danese S, et al. Early and Sustained Symptom Control with Mirikizumab in Patients with Ulcerative Colitis in the Phase 3 LUCENT Program. *Journal of Crohn's and Colitis* 2024;jjoe088. ⁵ D'Haens G, et al. Extended Induction and Prognostic Indicators of Response in Patients Treated with Mirikizumab with Moderately to Severely Active Ulcerative Colitis in the LUCENT Trials. *Inflamm Bowel Dis.* 2024;izae004. ⁶ Omvoh® liste des spécialités. www.listedesspecialites.ch.

Les spécialistes de la santé peuvent demander les références auprès de l'entreprise en tout temps.

Omvoh® (mirikizumab)

I: Colite ulcéreuse : Traitement de la colite ulcéreuse active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse, une contre-indication ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique. **Maladie de Crohn** : Traitement de la maladie de Crohn active modérée à sévère chez les patients adultes présentant une réponse insuffisante, une perte de réponse ou une intolérance à un traitement conventionnel ou à un traitement biologique. **Pr: Colite ulcéreuse** : **Instauration du traitement** : 300 mg en perfusion intraveineuse pendant au moins 30 minutes aux semaines 0, 4 et 8. **Traitement d'entretien** : 200 mg (deux stylos préremplis de 100 mg) en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines à partir de la semaine 12, après la fin de la dose d'induction. Si les patients recevant la dose d'induction ne présentent pas de réponse adéquate à la semaine 12, envisager de poursuivre le traitement avec 300 mg de mirikizumab en perfusion intraveineuse aux semaines 12, 16 et 20 (traitement d'induction prolongé). Le mirikizumab doit être interrompu chez les patients qui ne présentent aucun signe de bénéfice thérapeutique du traitement d'induction prolongé à la semaine 24. Les patients qui perdent leur réponse thérapeutique pendant le traitement d'entretien peuvent recevoir 300 mg de mirikizumab en perfusion intraveineuse toutes les 4 semaines pour un total de 3 doses. Si un bénéfice clinique est obtenu avec ce traitement intraveineux supplémentaire, le traitement peut être repris avec du mirikizumab sous-cutané toutes les 4 semaines, sinon, interrompre le traitement par mirikizumab. **Maladie de Crohn** : **Instauration du traitement** : 900 mg en perfusion intraveineuse pendant au moins 90 minutes aux semaines 0, 4 et 8. **Traitement d'entretien** : 300 mg (un stylo prérempli de 100 mg + un stylo prérempli de 200 mg) en injection sous-cutanée toutes les 4 semaines à partir de la semaine 12, après la fin de la dose d'induction. Le mirikizumab doit être interrompu chez les patients qui ne présentent aucun signe de bénéfice thérapeutique à la semaine 12. **CI** : Hypersensibilité sévère à la substance active ou à l'un des excipients, selon la composition. Infection active cliniquement pertinente. **Pr/MC** : Réactions d'hypersensibilité graves, y compris anaphylaxie ; le mirikizumab doit être arrêté immédiatement et un traitement approprié doit être instauré. Risque accru d'infections : ne pas être administré aux patients présentant une infection active cliniquement significative ; peser les bénéfices et les risques du traitement chez les patients présentant une infection chronique ou des antécédents d'infections récurrentes ; si une infection grave se développe, le mirikizumab doit être interrompu jusqu'à la résolution de l'infection. Tuberculose (TB) : ne pas administrer aux patients atteints de TB active ; chez les patients atteints de TB latente, le traitement antituberculeux doit être initié avant le début du traitement par mirikizumab. Élévations des aminotransférases : évaluer les enzymes hépatiques selon les indications cliniques ; si des augmentations de l'ALAT ou de l'ASAT sont observées et qu'une lésion hépatique associée au médicament est suspectée, le mirikizumab doit être interrompu jusqu'à ce que ce diagnostic soit exclu. Vaccins : avant de commencer le traitement par mirikizumab, toutes les vaccinations appropriées doivent être effectuées ; l'utilisation de vaccins vivants doit être évitée. Tumeurs malignes : risque augmenté chez les patients atteints de colite ulcéreuse et les médicaments immunomodulateurs peuvent augmenter le risque de tumeur maligne. **IA** : aucune connue. **GA** : Les femmes en âge de procréer doivent utiliser une contraception efficace pendant le traitement et pendant au moins 10 semaines après le traitement. Par mesure de précaution, l'utilisation d'Omvoh doit être évitée pendant la grossesse. Une décision doit être prise soit d'interrompre l'allaitement, soit de renoncer au traitement par Omvoh. **EI** : Très fréquent : réactions au site d'injection*. Fréquent : infection des voies respiratoires supérieures, rhinopharyngite, sinusite, infection urinaire, herpès zoster, rhinite, maux de tête, migraine, toux, douleurs oropharyngées, reflux gastroœsophagien, éruption cutanée, arthralgies, hypertension. **Occasionnel** : mycose vulvo-vaginale, herpès simplex, réactions d'hypersensibilité, dépression, vertiges, hypoesthésie, sécheresse oculaire, congestion nasale, dermatite de contact, élévation de l'ALAT/ASAT, s anaphylaxie. * avec la formulation sans citrate, une douleur statistiquement significativement plus faible a été rapportée 1 minute après l'injection. **P** : Omvoh 300 mg solution à diluer pour perfusion : 1 flacon. **Emballages pour le traitement de la colite ulcéreuse (200 mg)** : Omvoh 100 mg solution injectable, 2 stylos préremplis. **Emballages pour le traitement de la maladie de Crohn (300 mg)** : Omvoh 100 mg / 200 mg solution injectable, 1 stylo prérempli de 100 mg + 1 stylo prérempli de 200 mg. Catégorie de remise B.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, ch. des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE), V04-202

**DONNÉES
SUR
3 ANS²**



Lilly
A MEDICINE COMPANY

une approche globale centrée sur le patient, afin de soutenir, lorsque cela est envisageable, un retour à un poste compatible avec l'état de santé et les capacités fonctionnelles.

L'évaluation de la capacité de travail s'inscrit dans un cadre réglementaire strict, et obéit à des recommandations spécifiques.⁴ Le certificat d'incapacité de travail engage la responsabilité du médecin et a une portée juridique, avec implications civiles et pénales en cas de non-conformité.

Rôles et limites du médecin de premier recours

Le MPR évalue la capacité de travail et collabore avec les assureurs sociaux ou privés, dans le respect des principes de confidentialité et de protection des données.

Afin de concilier des intérêts parfois divergents, il doit s'appuyer sur une connaissance précise de son rôle et de ses limites.

Recommandations

Lorsqu'une incapacité de travail est envisagée, évaluer les limitations fonctionnelles et leurs conséquences au regard des exigences du poste de travail pour déterminer la capacité de travail, puis rédiger le certificat médical d'incapacité correspondant (**tableau 3**).

Des outils peuvent soutenir l'analyse et favoriser la réintégration:

- Le profil reWork, anciennement «profil d'intégration axé sur les ressources» (PIR), est un outil en ligne qui facilite la communication entre le médecin, le patient et l'employeur. Il permet d'identifier les exigences du poste de travail et d'évaluer leur compatibilité avec les limitations du patient (disponible sur: <https://rework.compasso.ch/fr/>).
- Le formulaire Appréciation des contraintes professionnelles (ACP) aide à croiser de manière structurée les contraintes du poste avec les limitations fonctionnelles (disponible sur: www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/exigences-du-poste-de-travail).

«DOCTEUR, JE PARTICIPE À NINJA WARRIOR»: ENJEUX DU CERTIFICAT DE BONNE SANTÉ Problématique

Existe-t-il une contre-indication médicale à l'activité demandée, qu'elle soit professionnelle, associative ou sportive? Le MPR est-il légitimé à délivrer un certificat d'aptitude? Quels sont les implications médico-légales?

Enjeux

Le MPR est régulièrement sollicité pour l'établissement de certificats de bonne santé, de non-contre-indication ou encore d'aptitude. Toutefois, les critères sur lesquels doit reposer cette évaluation sont souvent absents, insuffisamment définis ou méconnus.

Selon le contexte, la demande de ce type de certificat poursuit des objectifs différents: sécurité publique (par exemple, aptitude à la conduite), protection de la santé et de la sécurité

TABLEAU 3		Étapes dans l'évaluation de la capacité de travail
Étapes et éléments évalués	Description	
1. Évaluer les limitations fonctionnelles	Identifier le plus précisément possible les limitations fonctionnelles, physiques et psychiques, liées à l'atteinte de santé, en se basant sur l'anamnèse, l'examen clinique et paraclinique, ainsi que sur d'éventuels avis spécialisés	
2. Évaluer les exigences du poste de travail	Préciser les exigences physiques, psychiques et organisationnelles du poste de travail, en se basant sur la description des contraintes de l'activité faite par le patient ou son employeur (au besoin avec aide de la description du poste, du profil reWork, etc...)	
3. Apprécier les répercussions des limitations fonctionnelles sur l'activité professionnelle	Évaluer les répercussions des limitations fonctionnelles par rapport aux exigences du poste de travail habituel. En cas d'incapacité prolongée, évaluer également les répercussions dans un poste adapté	
4. Déterminer la capacité de travail	Déterminer la capacité de travail en précisant une éventuelle baisse de rendement, une limitation horaire et les éventuelles conditions d'exercice de l'activité (limitation, restriction)	
5. Rédiger le certificat d'incapacité de travail	Le certificat doit comporter les informations suivantes: <ul style="list-style-type: none"> • Nom, prénom, date de naissance • Maladie ou accident • Taux et durée de l'incapacité • Date et signature Le certificat mentionne généralement la capacité en%. Il peut donner des précisions sur d'éventuelles restrictions sans mentionner de diagnostic. En cas de temps partiel, il doit être formulé de manière à expliciter clairement le degré d'incapacité de travail (par exemple, incapacité de travail de 50% pour un taux d'occupation de 80%, correspondant à une capacité effective de 40%)	

au travail (par exemple, aptitude à conduire des grues⁵), ou encore préservation de la santé individuelle (par exemple, certificat de non-contre-indication à la pratique sportive).

Rôles et limites du médecin de premier recours

Le MPR agit comme interface et répond aux demandes de certificat dans les limites de ses compétences et habilitations. Dans le contexte professionnel, certaines activités exigent une évaluation médicale réglementaire avant l'affectation ou en cours d'emploi. Il s'agit d'une appréciation de l'aptitude au poste de travail, qui se distingue de la capacité de travail (**tableau 4**).⁶ Elle qualifie le caractère acceptable du risque pour le travailleur et pour autrui lors de l'exécution du métier ou de la tâche concernée. Selon l'activité l'examen relève d'un médecin du travail, d'un médecin accrédité ou d'un médecin détenteur d'une certification spécifique. La Suva statue pour les examens de prévention des maladies professionnelles et une inaptitude, peut ouvrir à des prestations par l'assureur accident LAA. Des dispositifs spécifiques existent (p. ex. travailleuses enceintes, apprentis).

S'agissant du contexte sportif, un certificat de participation ou un examen médico-sportif périodique peut être exigé par certaines fédérations ou manifestations. Il a pour objectif de détecter les situations susceptibles de favoriser la

NOW APPROVED¹

Elevate the Outcome. Transform the Journey.

Give them the possibility for their ticket to **~3× longer mPFS** with BVd vs DVd and BPd vs Pvd^{2,3}

**~3×
mPFS**
BVd vs DVd and
BPd vs Pvd^{2,3}

BLNREP is indicated for the treatment of relapsed or refractory multiple myeloma in adults:

- » in combination with bortezomib and dexamethasone in patients who have received at least one prior line of therapy, and who demonstrated disease progression during the last therapy

and

- » in combination with pomalidomide and dexamethasone in patients who have received at least one prior line of therapy, including lenalidomide, and who demonstrated disease progression during the last therapy¹.

Definitions: **BPd**=BLNREP (B) + pomalidomide (P) + dexamethasone (d); **BVd**=BLNREP (B) + bortezomib (V) + dexamethasone (d); **DVd**=daratumumab (D) + bortezomib (V) + dexamethasone (d); **mPFS**=median progression-free survival; **Pvd**=pomalidomide (P) + bortezomib (V) + dexamethasone (d)

References: **1.** BLNREP Professional Information, www.swissmedicinfo.ch (accessed October 2025). **2.** Hungria V et al. Belantamab mafodotin, bortezomib, and dexamethasone for multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2024;391(6):393-407. **3.** Dimopoulos MA et al. Updated results from phase 3 DREAMM-8 study of belantamab mafodotin plus pomalidomide and dexamethasone vs pomalidomide plus bortezomib and dexamethasone in relapsed/refractory multiple myeloma. Presented at: European Hematology Association 2025 Congress; June 12-15, 2025; Milan, Italy. PF728.

Blenrep (Powder for concentrate for solution for infusion) **AS:** Belantamab mafodotin **I:** Treatment of relapsed or refractory multiple myeloma in adults in combination with bortezomib and dexamethasone (BVd), after at least one prior therapy line and disease progression during the last therapy as well as in combination with pomalidomide and dexamethasone (BPd), after at least one prior therapy line, including lenalidomide, and disease progression during the last therapy. **D:** Intravenous infusion, BVd: 2.5 mg/kg every 3 weeks (combination for 8 cycles). BPd: Cycle 1: 2.5 mg/kg, cycle 2 onwards: 1.9 mg/kg every 4 weeks. Dose modifications recommended to manage adverse reactions. **CI:** Hypersensitivity to any ingredient. **W/P:** Ocular adverse reactions have been reported. Ophthalmological examination must be performed before each cycle. Use of preservative-free artificial tears is recommended. Thrombocytopenia has been reported; complete blood count should be obtained at baseline and monitored during treatment as clinically indicated. Infusion-related reactions and pneumonitis have been observed. Recommended management for Grade 2 or higher, see prescribing information. **IA:** No formal studies performed. **P/B:** Women of childbearing potential should use effective contraception during treatment and for 4 months and men with partners of childbearing potential for 6 months after the last dose. **Pregnancy and breastfeeding:** No data available. Blenrep should not be used during pregnancy unless clinically necessary. Breastfeeding should be discontinued prior to initiating treatment and for at least 3 months after the last dose. **UE:** Very common: Upper respiratory tract infection, pneumonia, thrombocytopenia, neutropenia, anemia, lymphopenia, leukopenia, visual acuity reduced, corneal examination findings (including keratopathy), blurred vision, dry eye, foreign body sensation in the eye, photophobia, eye irritation, eye pain, visual impairment, diarrhea, nausea, fatigue, pyrexia, increased alanine aminotransferase, increased aspartate aminotransferase, increased gamma-glutamyltransferase. **Common:** Lacrimation increased, diplopia, eye pruritus, ocular discomfort, corneal ulcer, vomiting, albuminuria, increased creatine phosphokinase, infusion-related reactions. **Uncommon:** Pneumonitis. **P:** Vials of 70 mg and of 100 mg. **DC:** A. **Revision of the text:** September 2025. GlaxoSmithKline AG, 6340 Baar. Detailed information can be found at www.swissmedicinfo.ch. Please report adverse drug reactions to pv.swiss@gsk.com. Specialised persons can request the mentioned references from GlaxoSmithKline AG.

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. For further information, see the prescribing information for Blenrep at www.swissmedicinfo.ch.

Trademarks are the property of their respective owners.
©2025 GSK group of companies or its licensor.

GlaxoSmithKline AG, Neuhofstrasse 4, 6340 Baar.

PM-CH-BLM-JRNA-250005-10/2025

GSK

TABLEAU 4 Caractéristiques des différents types de certificats médicaux

ASA: Association des services des automobiles; OFAC: Office fédéral de l'aviation civile; OFT: Office fédéral des transports; SUHMS: Swiss Underwater and Hyperbaric Medical Society.

Type de certificat	Description	Caractéristiques et points de vigilance
Certificat de bonne santé	Atteste d'un bon état de santé, sans lien avec une activité spécifique	<ul style="list-style-type: none"> • Les critères d'évaluation sont rarement précisés et l'appréciation reste subjective • Faible valeur juridique
Certificat de non-contre-indication (activité sportive, récréative ou professionnelle)	Atteste de l'absence de contre-indication médicale à l'activité concernée	<ul style="list-style-type: none"> • Des critères d'appréciation précis sont parfois définis (par exemple, concept médicosportif, plongée subaquatique) • Certains types d'évaluation peuvent nécessiter des compétences ou une habilitation spécifiques (par exemple, plongée-SUHMS, vol libre et aviation-OFAC, etc.) • Il est recommandé de clarifier les critères et la nécessité d'une habilitation avant toute évaluation
Certificat d'aptitude	Atteste de la possibilité d'effectuer une tâche ou d'occuper une fonction avec un risque pour la santé acceptable, tant pour le patient que pour autrui	<ul style="list-style-type: none"> • Des critères d'appréciation précis sont souvent définis (par exemple, sapeurs-pompiers, etc.) • Certains types d'évaluation peuvent nécessiter des compétences ou une habilitation spécifique (par exemple, aptitude à la conduite-ASA, aptitude ferroviaire-OFT, etc.) • Il est recommandé de clarifier les critères et la nécessité d'une habilitation avant toute évaluation
Certificat d'incapacité de travail	Atteste de l'incapacité totale ou partielle d'effectuer une l'activité professionnelle habituelle ou une activité adaptée	<ul style="list-style-type: none"> • Il existe un cadre légal et réglementaire encadrant la notion d'incapacité de travail • Le processus d'évaluation de la capacité de travail fait l'objet de recommandations strictes (cf. tableau 3)

survenue de blessures ou d'une atteinte de santé aiguë ou la progression d'une pathologie préexistante. Cette évaluation peut, dans certains cas, relever du MPR, mais, dans le contexte d'une pratique sportive d'élite, elle doit être conduite par un établissement médicosportif accrédité par Swiss Olympic.

Recommandations

Lorsqu'un certificat de bonne santé, de non-contre-indication ou d'aptitude est sollicité, préciser l'objectif visé et le cadre de référence applicable afin de qualifier le type de certificat demandé et déterminer s'il s'agit d'aptitude ou de capacité de travail ([tableaux 4 et 5](#)). S'assurer ensuite de disposer des éventuelles compétences et habilitations nécessaires pour réaliser l'examen et délivrer un certificat conforme aux exigences légales et réglementaires, notamment concernant le travail de nuit, la plongée, les transports, l'aviation, etc.

TABLEAU 5 Différences entre capacité de travail et aptitude au travail

LAA: Loi fédérale sur l'assurance-accidents RS 832.20; LAI: Loi sur l'assurance-invalidité RS 831.20; LPGA: Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales RS 830.1.

	Capacité de travail	Aptitude au travail
Types de postes concernés	Tous types de postes	Postes présentant un enjeu sécuritaire ou des risques particuliers pouvant constituer une menace sérieuse pour la santé
Cadre de référence	Cadre légal des assurances sociales (LPGA, LAA, LAI, etc.)	Cadre légal relatif à la protection de la santé et à la sécurité au travail
Processus d'évaluation	Évaluation de l'exigibilité du travail compte tenu de l'état de santé	Appréciation du caractère acceptable du risque pour la santé
Quel médecin l'évalue?	Médecin traitant, médecin spécialiste, médecin conseil	Médecin du travail, médecin avec des connaissances en médecine du travail pour le travail de nuit, gynécologue ou médecin traitant pour les travailleuses enceintes
Enjeu	Ouverture de droits sociaux et économiques (indemnités, rentes, etc.)	Devoir de protection des risques pour la santé et la sécurité au travail

Pour le sport se référer aux documents d'information disponibles sur www.swissolympic.ch/fr/, et à l'article de la *Revue Médicale Suisse* traitant spécifiquement de ce sujet.⁷

«DOCTEUR, JE TRAVAILLE LA NUIT»: QUEL CERTIFICAT EN CAS DE TRAVAIL DE NUIT? Problématique

Que faire en cas d'intolérance au travail de nuit? Quel certificat établir? Quelles sont les obligations de l'employeur et du médecin? Comment accompagner les patients concernés?

Enjeux

En Suisse, environ 20% de la population active travaille régulièrement le soir ou la nuit, avec une tolérance individuelle variable. Les effets du travail de nuit sur la santé sont bien documentés et la morbidité associée est reconnue.^{8,9} Le recours au travail de nuit par les entreprises est strictement encadré par la LTr et nécessite, sauf exceptions, une autorisation officielle et le consentement explicite du salarié. Il s'accompagne de mesures obligatoires en matière de compensations, de suivi médical et de prévention. Dans ce cadre, il existe deux types d'examen médicaux, selon les obligations de l'entreprise, l'un obligatoire et l'autre facultatif ([tableau 6](#)). Certaines catégories d'entreprises ou de fonctions sont toutefois exemptées de l'obligation de réaliser ces examens médicaux (par exemple, les entreprises de droit public ou les fonctions dirigeantes).

En cas d'inaptitude au travail de nuit, l'employeur est tenu, dans la mesure du possible, de proposer un reclassement sur un poste de jour, sans obligation de maintenir les rapports de travail si cela s'avère impossible (art. 17c de la LTr).

Rôles et limites du médecin de premier recours

Le MPR est régulièrement confronté aux enjeux du travail de nuit dans la prise en charge de ses effets sur la santé, dans la réalisation d'examen médicaux réglementaires ou encore dans l'établissement de certificats médicaux. Concernant les

TABLEAU 6 Travail de nuit: différences entre examens réglementaires

OLT 1: Ordonnance 1 relative à la Loi sur le travail.

	Examen médical obligatoire (art. 45 OLT 1)	Examen médical facultatif (art. 44 OLT 1)
Travailleurs concernés	<ul style="list-style-type: none"> Jeunes travailleurs de < 18 ans (dès 10 nuits/an) Travailleurs adultes soumis à un travail de nuit régulier ou périodique (≥ 25 nuits/an) largement composé d'activités pénibles ou dangereuses (art. 45 OLT1) 	<ul style="list-style-type: none"> Tous les travailleurs exerçant leur activité pendant un minimum de 25 nuits/an ont droit, à leur demande, à un examen médical facultatif de conseil
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> Évaluer l'aptitude médicale à effectuer un travail de nuit Informers, conseiller et dépister les risques pour la santé associés au travail de nuit 	<ul style="list-style-type: none"> Informers, conseiller et dépister sans obligation de décision médicale contraignante (dimension de prévention ou d'orientation)
Fréquence	<ul style="list-style-type: none"> Tous les 2 ans Obligatoire avant le début du travail de nuit si risque particulier 	<ul style="list-style-type: none"> À la demande du travailleur, tous les 2 ans, ou tous les ans dès l'âge de 45 ans L'employeur doit informer du droit à l'examen
Médecin habilité	<ul style="list-style-type: none"> Médecin qui maîtrise les principes de base de la médecine du travail et s'est familiarisé avec les procédés et les conditions de travail 	<ul style="list-style-type: none"> Tout médecin, avec possibilité de déléguer à d'autres personnels de santé
Financement	<ul style="list-style-type: none"> À la charge de l'employeur 	<ul style="list-style-type: none"> À la charge de l'employeur

examens réglementaires (tableau 6), le MPR est habilité à réaliser les examens facultatifs. Il ne peut cependant pratiquer les examens obligatoires ou déterminer l'aptitude que s'il maîtrise les principes de base de la médecine du travail et est familiarisé avec les procédés et les conditions de travail concernés (art. 43, al. 2 de l'Ordonnance 1 relative à la LTr).

Hors aptitude réglementaire, un certificat contre-indiquant le travail de nuit est généralement interprété par l'employeur comme une restriction d'activité liée à une limitation fonctionnelle. Si aucun aménagement des horaires n'est possible

(par ex., transfert en horaire de jour) l'employeur pourra traiter cette restriction comme une incapacité de travail limitée aux heures de nuit.

Recommandations

Lorsqu'un certificat médical lié au travail de nuit est envisagé, préciser le contexte et le cadre de la consultation, puis vérifier ses compétences et habilitations afin d'orienter et guider la prise en charge (tableau 7).

Informers les patients sur les effets du travail de nuit et les moyens d'en atténuer l'impact en s'appuyant sur les ressources disponibles:

- Travail en équipes et travail de nuit – Informations et astuces (SECO), disponible sur: www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/schichtarbeit-informationen-und-tips.html
- Optimiser votre sommeil en cas de travail de nuit (Unisanté), disponible sur: www.unisante.ch/fr/media/1772/download

CONCLUSION

Le MPR est de plus en plus sollicité pour des demandes en lien avec les situations professionnelles: avis sur des situations de souffrance, arrêts de travail, certificats de santé ou attestations d'aptitude. Ces sollicitations mobilisent des compétences spécifiques à l'interface de la médecine, du droit et des réalités du travail.

Les quatre vignettes présentées dans cet article illustrent toute la complexité de ce rôle transversal. Le médecin n'est ni arbitre, ni simple relais administratif: il agit comme un facilitateur clinique, dont les actions visent à préserver la santé du patient, tout en favorisant, lorsque cela est possible, le maintien dans un emploi compatible avec son état de santé, en coordination avec les autres acteurs de la santé au travail.

Dans ce contexte, il est essentiel de renforcer les outils, les repères et les connaissances spécifiques du MPR afin qu'il puisse situer clairement les finalités et les limites de son action, tout en mobilisant les ressources disponibles au service du patient.

TABLEAU 7 Examens en lien avec le travail de nuit: recommandations

Étapes de la prise en charge	Objectif/action recommandée
Identifier le cadre de la prise en charge (type d'évaluation)	Déterminer s'il s'agit d'un examen réglementaire (obligatoire ou facultatif) ou d'une consultation classique
Vérifier son habilitation à effectuer l'examen	Pour les examens réglementaires d'aptitude, s'assurer de maîtriser les bases de la médecine du travail et les conditions du poste; se récuser en l'absence des compétences requises
Reconnaître les problèmes de santé à considérer	Identifier les atteintes de santé découlant du travail de nuit ou susceptibles d'en limiter ou d'en contre-indiquer l'exécution
Déterminer l'aptitude au travail de nuit (si indiqué)	Il n'existe pas de critères stricts, mais les facteurs suivants sont à considérer: <ul style="list-style-type: none"> Pathologies pouvant augmenter le risque d'accident (par exemple, diabète mal contrôlé, épilepsie, somnolence importante) Pathologies induites ou aggravées par le travail de nuit, avec un risque important d'évolution défavorable en cas de poursuite du travail de nuit (par exemple, grave trouble du sommeil, troubles psychiques, importants troubles cardiovasculaires ou métaboliques) <i>Toute restriction d'aptitude doit faire l'objet d'une décision partagée avec le patient, en tenant compte du poste et des conséquences sur l'emploi</i>
Informers et apporter des conseils de prévention	Informers sur les risques du travail de nuit et orienter vers des ressources ou des spécialistes (par exemple, médecine du sommeil en cas de troubles persistants du rythme circadien ou du sommeil)
Rédiger un certificat, si indiqué	Compléter un certificat d'aptitude en cas d'examen réglementaire obligatoire ou établir un certificat de restriction si justifié médicalement

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

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour une aide à la rédaction

ORCID ID:

F. Regamey: <https://orcid.org/0000-0003-3698-6644>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le médecin de premier recours (MPR) est en première ligne pour repérer les liens entre santé et conditions de travail.
- En cas de conflits, il objective l'impact sur la santé, propose un accompagnement et oriente vers les ressources juridiques ou institutionnelles compétentes, sans qualifier juridiquement les faits.
- L'incapacité de travail est évaluée selon les limitations fonctionnelles et les exigences du poste dans une démarche visant à favoriser le retour à l'emploi, en coordination avec les différents acteurs.
- Toute demande de certificat exige de clarifier l'objectif et vérifier les compétences et habilitations du médecin signataire.
- Lors de travail de nuit, le MPR peut réaliser les examens réglementaires facultatifs mais ne peut évaluer l'aptitude sans connaissance de médecine du travail.

1 Conne-Perréard E, Usel M. Lien entre conditions de travail et problèmes de santé motivant une consultation médicale dans le canton de Genève. *Med Hyg (Geneve)* 2004 Mai 19;62(2483):1112-6.

2 Office fédéral de la statistique. Conditions de travail [En ligne]. (Consulté le 14 juillet 2025).

3 **Secrétariat d'État à l'économie. Mobbing et autres formes de harcèlement. Protection de l'intégrité

personnelle au travail [En ligne]. (Consulté le 14 juillet 2025). Disponible sur: www.seco.admin.ch/seco/fr/home/Publikationen_Dienstleistungen/Publikationen_und_Formulare/Arbeit/Arbeitsbedingungen/Broschuren/mobbing-und-andere-belaestigungen---schutz-der-persoelichen-int.html

4 **Swiss Insurance Medicine. Incapacité de travail [En ligne]. (Consulté le 14 juillet 2025). Disponible sur: www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/connaissances-speciales-et-outils/incapacite-de-travail

5 Suva. Guide pour les médecins en vue de l'examen pour le permis de grutier [En ligne]. Disponible sur:

www.suva.ch/fr-ch/download/fiches-thematiques/guide-pour-les-medecins-en-vue-de-l-examen-pour-le-permis-de-grutier/standard-variante-6 Jaton C, Habegger P, Zyska Cheri A, Dorribo V. Retour au travail/maintien en emploi et aspects asséculologiques. In: Krief P, Miedinger D, Zyska Cheri A, et al. *Référentiel de médecine du travail pour les étudiant-e-s de médecine prégrade et postgrade et les médecins de premier recours*. Chêne-Bourg: RMS Éditions, 2023; p. 97-102.

7 *Papa S, Ziltener JL, Fischberg S. L'examen médical de préparticipation à l'activité sportive. *Rev Med Suisse* 2014 Sep 14;10(443):1762-4, 1766-71.

8 *Agence nationale de sécurité sanitaire alimentation, environnement et travail. Évaluation des risques sanitaires liés au travail de nuit. *Avis de l'Anses* [En ligne]. Juin 2016. Disponible sur: www.anses.fr/sites/default/files/AP2011SA0088Ra.pdf

9 Leger D, Esquirol Y, Gronfier C, et al. Le travail posté et de nuit et ses conséquences sur la santé: état des lieux et recommandations. *Presse Med*. 2018 Nov-Dec;47(11-12 Pt 1):991-9.

* à lire

** à lire absolument

CENTRAL
MALLEY

DES LOCAUX PENSÉS POUR VOUS ET VOTRE PATIENTÈLE.

- ✓ Surfaces semi-aménagées dès 200 m², adaptées aux activités ambulatoires
- ✓ Emplacement pratique et facile d'accès
- ✓ À 3 minutes de Lausanne

central-malley.ch

Projetez-vous dans
votre futur cabinet
à Central Malley



Blenrep (Belantamab Mafodotin)

Avancée majeure: nouvelle thérapie combinée pour le traitement du myélome multiple récidivant ou réfractaire approuvée dans le cadre de la procédure Fast-Track de Swissmedic

Le myélome multiple récidivant ou réfractaire (MMrr) demeure une pathologie associée à un pronostic défavorable, soulignant la nécessité d'élargir l'arsenal thérapeutique disponible.¹ L'approbation de Blenrep en Suisse, premier anticorps-conjugué (ADC) ciblant le BCMA (antigène de maturation des cellules B) pour le traitement du MMrr, constitue une avancée majeure dans la prise en charge de cette maladie.²

Besoin médical non satisfait

Le myélome multiple (MM) est une maladie caractérisée par une diminution progressive de l'efficacité des traitements au fur et à mesure de l'évolution de la pathologie et des lignes thérapeutiques successives. Cette baisse d'efficacité se traduit par une réduction des taux de réponse ainsi que de la profondeur de la rémission. Une étude américaine menée auprès de 275 patients ayant préalablement reçu un traitement contre le MM a révélé une survie globale médiane (OS) de 9,2 mois chez les patients réfractaires à 3 ou 4 lignes de traitement, et de 5,6 mois chez les patients réfractaires à 5 lignes de traitement, comparativement à 11,2 mois chez les patients «non réfractaires à 3 lignes».³ Ces résultats mettent en évidence l'urgence de développer des options thérapeutiques efficaces à long terme pour le traitement du MMrr.¹

La protéine de surface BCMA représente une cible prometteuse sur les cellules myélomateuses, et de nouvelles approches immunothérapeutiques ciblant le BCMA ont démontré leur efficacité chez des patients atteints de MMrr ayant reçu plusieurs lignes de traitements.⁴ Le BCMA joue un rôle clé dans la croissance et la survie des plasmocytes marins, influençant ainsi la gravité de la maladie, sa progression et le comportement récidivant du myélome.⁵

Approbation de Blenrep

Le 19 juin 2025, Swissmedic a accordé l'autorisation de mise sur le marché de Blenrep en combinaison avec le pomalidomide et la dexaméthasone (BPd) pour le traitement des patients adultes atteints de MMrr ayant reçu au moins une

ligne de traitement antérieure, y compris le lénalidomide, et dont la maladie a progressé au cours du dernier traitement.² Blenrep devient ainsi le premier et le seul anticorps-conjugué (ADC) anti-BCMA autorisé en Suisse, offrant aux patients atteints de MM un mécanisme d'action différencié en cas de rechute ou après celle-ci.⁶ L'approbation de Blenrep repose sur l'amélioration statistiquement significative et cliniquement notable de la survie sans progression (PFS) observée chez les patients traités par la combinaison Blenrep (BPd), par rapport au traitement standard (PvD), dans l'étude de phase III DREAMM-8.^{2,7}

L'étude DREAMM-8

Dans l'étude multicentrique ouverte de phase III DREAMM-8, 302 patients atteints de MMrr ont été inclus. Tous les participants avaient précédemment reçu au moins une ligne de traitement et avaient présenté une progression de la maladie pendant ou après leur dernier traitement. Tous les patients avaient déjà été traités par le lénalidomide, et 78% y étaient réfractaires. Les participants ont été randomisés selon un ratio de 1:1 pour recevoir soit la combinaison BPd, soit PvD. Blenrep a été administré à une dose de 2,5 mg/kg par voie intraveineuse lors du premier cycle, puis à une dose de 1,9 mg/kg par voie intraveineuse pour le deuxième cycle et toutes les quatre semaines par la suite. Le critère d'évaluation principal était la survie sans progression (PFS), évaluée par un comité d'examen indépendant. Les principaux critères secondaires comprenaient la survie globale (OS), la durée de la réponse et la négativité de la maladie résiduelle minimale (MRD).⁷

La combinaison Blenrep (BPd) a permis de diminuer de plus de 50% le risque de progression de la maladie ou de mortalité.

L'association Blenrep BPd (n=155) a démontré une amélioration clinique notable de la survie sans progression (PFS) par rapport à l'association PvD (n=147) (Hazard Ratio [HR]: 0,49 [95% intervalle de confiance (IC): 0,35-0,68]). Après 12 mois de traitement, 71% des patients du groupe BPd (IC 95% 63-78) étaient encore en vie et ce sans progression de la maladie, contre 51% (95% IC: 42-60) dans le groupe PvD. Avec un suivi médian de 28,01 mois, la survie sans progression (PFS) médiane a atteint 32,6 mois (IC 95%: 21,1-n.a.) dans le groupe BPd contre 12,5 mois (IC 95%: 9,1-17,6) pour le groupe PvD (Figure 1). Le bénéfice clinique de la combinaison BPd a été constaté dans tous les sous-groupes de patients prédéfinis, y compris ceux présentant des caractéristiques pronostiques défavorables, telle que le caractère réfractaire au lénalidomide.^{2,8}

Une tendance favorable en termes de survie globale (OS) a été observée avec l'association Blenrep (BPd); toutefois, cette différence n'était pas statistiquement significative lors de l'analyse intermédiaire (HR: 0,77 [IC 95%: 0,53-1,14]). Au moment de l'analyse intermédiaire, la survie globale médiane n'avait pas encore été atteinte, reflétant le suivi toujours en cours. Les données relatives à la survie globale continuent d'être évaluées, avec des résultats supplémentaires attendus après 12 mois de suivi.⁷

Le profil d'innocuité et de tolérance de l'association Blenrep dans l'étude DREAMM-8 s'est révélé globalement conforme aux profils de sécurité connus des agents individuels. Les effets secondaires oculaires, un risque identifié associé au traitement par Blenrep, étaient généralement gérables et réversibles grâce à des ajustements de posologie.⁷ Cette flexibilité dans la gestion posologique a permis de limiter les arrêts de traitement liés aux effets secondaires oculaires à seulement 11% des patients. En dehors des événements oculaires, les effets indésirables les plus fréquemment rapportés dans le groupe Blenrep de l'étude DREAMM-8 étaient la neutropénie (48%), la COVID-19 (37%) et la thrombocytopénie (36%).^{7,8}

Les résultats de l'étude DREAMM-8 mettent en évidence les bénéfices de la thérapie combinée Blenrep (BPd) chez les patients atteints de MMrr ayant reçu plusieurs lignes de traitement, confirmant son efficacité en tant qu'option thérapeutique dotée d'un mécanisme d'action différencié. Le profil bénéfice-risque favorable de cette combinaison s'est avéré indépendant du nombre de lignes de traitement antérieures et du caractère réfractaire de la maladie au lénalidomide.⁷

Critère d'évaluation principal

BLENREP + Pd a démontré un avantage cliniquement notable en termes de PFS par rapport à Pomalidomide + Vd, avec une PFS médiane de 32,6 mois contre 12,5 mois.^{2,8}

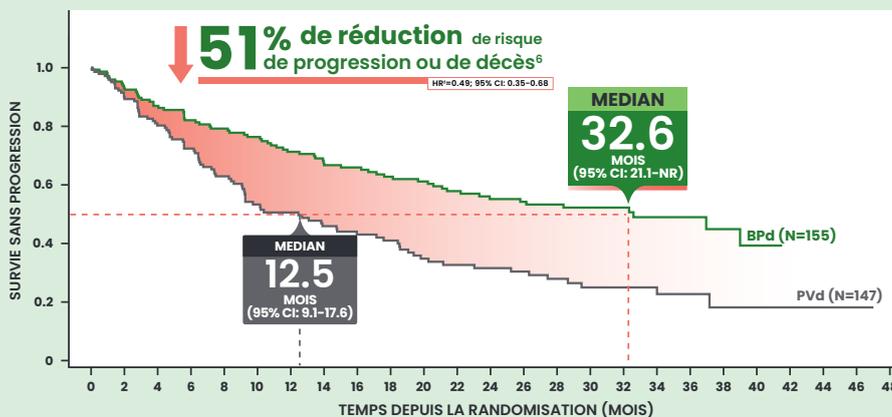


Figure 1 Prolongation cliniquement notable de la PFS avec Blenrep + Pd (adapté de Dimopoulos MA et al. Poster update presentation EHA 2025)⁸

Notes: *Langage neutre: En principe, ce texte inclut tous les genres. Pour une meilleure lisibilité, une seule forme de genre est utilisée – celle qui est à la discrétion de ceux qui ont écrit le texte. **Abréviations:** BCMA: B-cell maturation antigen; BPd: Belantamab mafodotin + pomalidomide + dexaméthasone; n.a.: non atteint; PvD: Pomalidomide + bortézomib + dexaméthasone; HR: Hazard ratio; CI: Intervalle de confiance; MM: Myélome multiple; OS: Overall survival; PFS: Progression free survival; MMrr: Myélome multiple récidivant ou réfractaire **Références:** 1. Nooka AK et al. Treatment options for relapsed and refractory multiple myeloma. Blood. 2015;125(20):3085-99. 2. BLENREP Information Professionnelle, www.swissmedicinfo.ch (dernière consultation août 2025). 3. Gandhi UH et al. Outcomes of patients with multiple myeloma refractory to CD38-targeted monoclonal antibody therapy. Leukemia. 2019;33(9):2266-2275. 4. Kleber M et al. BCMA in Multiple Myeloma-A Promising Key to Therapy. J Clin Med. 2021;10(18):4088. 5. Rinaldi I et al. Role of Anti-B-Cell Maturation Antigen (BCMA) in the Management of Multiple Myeloma. Cancers (Basel). 2022;14(14):3507. 6. Moré S et al. Belantamab Mafodotin: From Clinical Trials Data to Real-Life Experiences. Cancers (Basel). 2023;15(11):2948. 7. Dimopoulos MA et al. Belantamab Mafodotin, Pomalidomide, and Dexamethasone in Multiple Myeloma. N Engl J Med. 2024;391(5):408-421 (Inkl. Supplement). 8. Dimopoulos, M. A., et al. (2025, June). Minimal residual disease negativity in patients with relapsed or refractory multiple myeloma treated with belantamab mafodotin plus pomalidomide and dexamethasone vs pomalidomide, bortezomib, and dexamethasone: Analysis from the DREAMM-8 trial [Poster presentation]. European Hematology Association 2025 Congress, Milan, Italy. Les professionnels de la santé peuvent demander les références mentionnées à GlaxoSmithKline AG. Information professionnelle abrégée BLENREP voir page 1981. PM-CH-BLM-ADVR-250002-08/2025

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Blenrep disponible sous www.swissmedicinfo.ch

Veuillez signaler les effets indésirables médicamenteux à l'adresse pvswiss@gsk.com.

Cet article a été financé par GlaxoSmithKline AG, Neuhoferstrasse 4, CH-6340 Baar.

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. © 2025 GSK group of companies or its licensors.

POCUS en médecine de premier recours: état des lieux en 2025

Dr RACHID NAILI^a, Dre CINDY BALAS^a, Dr ERIC BREUSS^a, Dr MALIK BENMACHICHE^b, Dre CAROLINE SURCHAT^a et Dr DAVID HERREN^a

Rev Med Suisse 2025; 21: 1986-94 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.938.47826

L'ultrasonographie ciblée (POCUS) permet une évaluation clinique non invasive en temps réel, améliore le diagnostic et le traitement, tout en renforçant l'autonomie des médecins de premier recours (MPR), leur satisfaction et la relation de confiance avec leurs patients. Dès 2027, la certification POCUS composante 1 deviendra obligatoire pour les MPR en Suisse. Cette avancée constitue une opportunité, mais rencontre plusieurs obstacles: contenu de la composante 1 partiellement adapté aux besoins des MPR, manque de superviseurs, préoccupations médico-légales, difficultés de financement et de raccordement informatique, ainsi que des incertitudes autour de la facturation. Une composante spécifique à la médecine générale ambulatoire pourrait être construite sur la base d'un processus Delphi, mené par un comité de MPR, experts en POCUS.

Point-of-Care Ultrasound in primary care: 2025 update

Point-of-Care Ultrasound offers a real-time, non-invasive clinical assessment that enhances diagnostic accuracy, treatment quality, and general practitioner (GP) autonomy, while boosting their professional satisfaction as well as patient trust. In 2027, Point-of-Care Ultrasound certification will become mandatory for GPs in Switzerland. While this is a promising development, several challenges hinder its implementation, including a misalignment between the content of component 1 and the specific needs of GPs, a shortage of supervisors, medicolegal concerns, difficulties funding ultrasound equipment, ensuring information technology integration and uncertainty concerning billing. A component specific to outpatient general medicine could be developed based on a Delphi process, led by a committee of GPs, who are experts in POCUS.

INTRODUCTION

L'ultrasonographie ciblée (abrégée POCUS pour Point-of-Care Ultrasound) s'impose progressivement comme un outil essentiel dans la pratique médicale moderne. Offrant une évaluation clinique non invasive et en temps réel, le POCUS complète efficacement l'examen physique et améliore la prise en charge diagnostique et thérapeutique dans divers contextes cliniques, allant de la médecine d'urgence à la médecine de premier recours. Dès 2027, l'obtention du titre de spécialiste en médecine interne générale en Suisse nécessitera la

validation du certificat POCUS en échographie d'urgence. Cette exigence rendra incontournable la formation à l'ultrasonographie POCUS pour les futurs médecins de premier recours (MPR). Néanmoins, plusieurs défis subsistent: l'accès à la formation postgraduée POCUS, la pertinence des items de la composante 1 (listés dans le **tableau 1**) trop hospitalo-centrée pour les MPR, les enjeux relatifs au financement des équipements et à la facturation. Cet article dresse un état des lieux de la formation postgraduée POCUS composante 1 en 2025 et examine les principales indications du POCUS en médecine générale, tout en analysant les bénéfices potentiels ainsi que les limites associées.

ÉTAT DES LIEUX EN SUISSE ROMANDE EN 2025

À partir de 2027, l'obtention du titre FMH (Fédération des médecins suisses) de spécialiste en médecine interne générale sera conditionnée à la validation de l'attestation de formation complémentaire (AFC) POCUS composante 1 (échographie de base en médecine d'urgence), délivrée par la Société suisse d'ultrasons en médecine (SSUM).

L'approche de l'AFC POCUS vise à répondre à des questions cliniques ciblées (présence ou non d'une des situations mentionnée dans le **tableau 1**), contrairement aux AFC «non-POCUS» qui visent à une maîtrise plus profonde d'une région anatomique ou d'un système.

Pour obtenir cette attestation, les médecins doivent suivre un cours théorique de base, pouvant être réalisé sous forme d'e-learning, et valider 16 crédits dans la composante 1, ou 8 crédits dans deux composantes différentes – le plus souvent

TABLEAU 1	Objectifs de formation de la composante 1 du POCUS
-----------	--

Selon l'annexe 2 des composantes POCUS de la Société suisse d'ultrasons en médecine.
POCUS: Point-of-Care Ultrasound.

- Identification de liquide libre abdominal
- Épanchement pleural
- Épanchement péricardique
- Pneumothorax
- Anévrisme de l'aorte abdominale
- Cholécystolithiase, cholécystite
- Hydronéphrose
- Globe vésical
- Détection de thrombose veineuse profonde inguinale et poplitée
- Abscès des tissus mous
- Fractures des côtes
- Ponction échoguidée (ascite, épanchement pleural, mise en place de voie veineuse périphérique)

^aPoliclinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne, ^bService de médecine interne, Département de médecine, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne
rachid.naili@unisante.ch | cindy.aurelie_graf@hotmail.com | eric.breuss@unisante.ch
malik.benmachiche@chuv.ch | caroline.surchat@unisante.ch | david.herren@unisante.ch

Wegovy® VA PLUS LOIN

Seul Wegovy® est indiqué pour la réduction
du risque cardiovasculaire et la perte de poids.¹

Étude SELECT :

20%

de réduction du risque
relatif d'événements
CV graves (MACE)^{2,5}

STEP 5-Studie:

~17%

de perte de poids
significative et durable
sur 2 ans, en moyenne^{3,*}

Mise à jour en 2024 des directives
de cardiologie de l'ESC
Le seul traitement médicamenteux de
l'obésité recommandé pour réduire le risque
cardiovasculaire^{4,5,6}

En savoir plus



www.Wegovy.ch

Professionnel-le-s de santé,
patientes et patients fictif-ve-s

Les effets indésirables les plus fréquents de Wegovy® étaient des troubles gastro-intestinaux légers à modérés, tels que nausées, diarrhées, vomissements et constipation, survenant principalement pendant l'escalade posologique.^{1,**}

§ Chez les patient-e-s présentant un IMC ≥ 27 kg/m² et une maladie CV préexistante mais sans diabète (SELECT CVOT, N = 17'604) : réduction du risque relatif mesurée par la proportion de participant-e-s atteint-e-s d'un MACE (défini comme un décès d'origine CV, un infarctus du myocarde non fatal ou un AVC non fatal) sous sémaglutide 2.4 mg + SoC par rapport au placebo + SoC avec une durée médiane d'exposition au sémaglutide de 33 mois. L'incidence cumulée de MACE était de 6.5 % pour le sémaglutide 2.4 mg et de 8.0 % pour le placebo.² * Chez les adultes présentant un IMC ≥ 30 kg/m² ou un IMC ≥ 27 kg/m² avec au moins une comorbidité liée au poids (étude STEP 5, N = 304) : selon le Trial Product Estimand (tou-te-s les participant-e-s adhérant au traitement). L'estimand primaire était l'estimand « Treatment Policy » (tou-te-s les participant-e-s randomisé-e-s, indépendamment d'éventuels arrêts de traitement ou d'éventuelles mesures d'urgence) ; selon celui-ci, la perte de poids est de -15.2 % avec Wegovy® contre -2.6 % avec le placebo (ETD : -12.6 pp [IC à 95 % : -15.3 ; -9.8] ; p < 0.0001).³ ** Recommandation 2024 de l'ESC concernant la maladie coronarienne : « Le sémaglutide doit être envisagé en cas de surpoids (IMC ≥ 27 kg/m²) ou d'obésité et de MC chez les patient-e-s sans DT2 pour réduire la mortalité CV, l'IM ou l'AVC. »^{4,5} ** Les effets indésirables suivants sont répertoriés comme « très fréquents » dans l'information professionnelle suisse : céphalées, vomissements, diarrhées, constipation, nausées, douleurs abdominales, fatigue.¹

CV : cardiovasculaire ; CVOT : CV-Outcome Trial (étude évaluant les résultats cardiovasculaires) ; DT2 : diabète de type 2 ; ESC : European Society of Cardiology (Société européenne de cardiologie) ; ETD : Estimated Treatment Difference (estimation de l'effet du traitement) ; IC : intervalle de confiance ; IM : infarctus du myocarde ; IMC : indice de masse corporelle ; MACE : événement cardiovasculaire indésirable majeur (Major Adverse Cardiac Event) ; MC : maladie coronarienne ; MCV : maladie cardiovasculaire ; pp : point de pourcentage ; SoC : traitement standard (Standard of Care).

Références : 1. Information professionnelle de Wegovy®. www.swissmedicinfo.ch. 2. Lincoff AM, et al. Semaglutide and Cardiovascular Outcomes in Obesity without Diabetes. N Engl J Med 2023;389(24):2221-32. 3. Garvey WT, et al. Two-year effects of semaglutide in adults with overweight or obesity: the STEP 5 trial. Nat Med. 2022;28(10):2083-91. Incl. Supplement. 4. Koskinas KC, et al. Obesity and cardiovascular disease: an ESC clinical consensus statement. Eur Heart J 2024;45(38):4063-98. 5. Vrints C, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes. Eur Heart J 2024;29:45(36):3415-537. Les références sont disponibles sur demande.

Information professionnelle abrégée - Wegovy® Multi FixDose C: Sémaglutide. I: Régulation du poids: en complément d'un régime hypocalorique et d'une activité physique accrue pour réguler le poids chez: - Les patients adultes dont l'indice de masse corporelle (IMC) initial est de ≥ 30 kg/m² (obésité) ou ≥ 27 kg/m² (surpoids) en présence d'au moins une comorbidité due au poids. - Les patients adolescents, à partir de 12 ans, atteints d'obésité selon les valeurs limites acceptées au niveau international et ayant un poids corporel supérieur à 60 kg. Maladie cardiovasculaire établie: réduction du risque d'événements cardiovasculaires graves chez les adultes atteints de maladie cardiovasculaire établie et présentant un IMC ≥ 27 kg/m². Le traitement doit être un complément au traitement standard chez les patients atteints de maladie cardiovasculaire établie. P: Sous-cutané. La dose d'entretien de 2.4 mg une fois par semaine est atteinte avec une dose initiale de 0.25 mg. La dose doit, pour réduire la probabilité de symptômes gastro-intestinaux, être augmentée sur une période de 16 semaines jusqu'à la dose d'entretien de 2.4 mg une fois par semaine. Il faut, en cas d'apparition de symptômes gastro-intestinaux importants, envisager de suspendre l'augmentation de la dose jusqu'à l'amélioration des symptômes. Si, après 28 semaines de traitement, les patients adultes dans l'indication «Régulation du poids» n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids corporel initial, il convient de décider si le traitement doit être poursuivi. Pour les adolescents de 12 ans ou plus, le même schéma de dosage que pour les adultes doit être appliqué. Il convient de décider si le traitement doit être poursuivi, si l'IMC des patients ne s'est pas amélioré d'au moins 5 % après 28 semaines de traitement. Des doses hebdomadaires supérieures à 2.4 mg ne sont pas recommandées. Wegovy® ne doit pas être utilisé en combinaison avec d'autres agonistes des récepteurs du GLP-1. CI: Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. MP: Les agonistes des récepteurs du GLP-1 pourraient être associés à un risque accru d'hyperplasie focale des cellules C thyroïdiennes et de tumeurs des cellules C. La valeur clinique d'une surveillance de routine du taux de calcitonine sérique n'a pas été démontrée. L'utilisation d'agonistes des récepteurs du GLP-1 peut être associée à des effets secondaires gastro-intestinaux pouvant provoquer une déshydratation, ce qui peut pour sa part entraîner une détérioration de la fonction rénale. La fonction rénale doit être surveillée lors de l'instauration ou de l'ajustement d'un traitement par Wegovy® chez des patients rapportant de sévères réactions indésirables gastro-intestinales. Une pancréatite aiguë a été observée lors de l'utilisation d'agonistes des récepteurs du GLP-1. Wegovy® doit être arrêté en cas de potentielle pancréatite. Le traitement par Wegovy® ne devra pas être repris si cette dernière devait être confirmée. Ne pas utiliser comme substitut de l'insuline chez les patients diabétiques. Les patients atteints de rétinopathie diabétique utilisant le sémaglutide doivent être surveillés de près et traités conformément aux directives cliniques. Il n'y a pas d'expérience avec le sémaglutide 2.4 mg chez les patients atteints de diabète de type 2 souffrant d'une rétinopathie diabétique non contrôlée ou potentiellement instable. Il n'y a pas d'expérience chez les patients souffrant d'insuffisance cardiaque de stade IV de la NYHA. L'expérience est limitée chez les patients âgés de 85 ans et plus. IA: Le sémaglutide a un très faible potentiel d'inhibition ou d'induction des enzymes CYP et d'inhibition des transporteurs de substances actives. Le sémaglutide peut retarder la vidange gastrique et éventuellement influencer l'absorption de médicaments administrés simultanément par voie orale. Des cas de diminution de l'INR ont été rapportés lors de l'utilisation concomitante d'acénocoumarol et de sémaglutide. EI: Très fréquents: Céphalées, vomissements, diarrhées, constipation, nausées, douleurs abdominales, fatigue. Fréquents: Hypoglycémie chez des patients atteints de diabète de type 2, sensation vertigineuse, dysgueusie, dysesthésie, rétinopathie diabétique chez les patients atteints de diabète de type 2, gastrite, reflux gastro-œsophagien, dyspepsie, éructation, flatulence, ventre gonflé, choléliithase, chute des cheveux, réactions au site d'injection. Occasionnels: Fréquence cardiaque accrue, pancréatite aiguë, vidange gastrique retardée, amylase accrue, lipase accrue, cholécystite. Rares: Réaction anaphylactique. Fréquence inconnue: Obstruction intestinale, insuffisance rénale aiguë. E: 1 stylo prérempli et 4 aiguilles jetables NovoFine® Plus à 5 dosages: 0.25 mg, 0.5 mg, 1.0 mg, 1.7 mg et 2.4 mg (B). Janvier 2025 v7.0
Novo Nordisk Pharma AG, The Circle 32/38, 8058 Zurich

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, voir l'Information professionnelle de Wegovy® Multi FixDose sur www.swissmedicinfo.ch.



Novo Nordisk Pharma SA
The Circle 32/38
8058 Zurich

Tél.: 044 914 11 11
Fax: 044 914 11 00
www.novonordisk.ch

www.wegovy.ch

ONCE-WEEKLY
wegovy®
semaglutide 2.4 mg

la composante 1 et la composante 11, dédiée à l'échographie thoracique. Dans le cas d'une validation de la composante 1 uniquement, 200 examens doivent être réalisés, dont 100 sous supervision. Si deux composantes sont validées, 100 examens sont requis pour chacune d'entre elles, dont la moitié sous supervision.

De nombreux cours accrédités sont répertoriés sur le site internet de la SSUM et sont organisés par divers prestataires, notamment:

- Le Groupe romand d'échographie clinique (GREC), section régionale de la SSUM.
- La POCUS Academy, qui a remplacé en 2023 l'Association des urgentistes et réanimateurs intéressés par l'ultrasonographie (AURUS), fondée en 2008 par le Dr Damien Tagan.
- Le World Interactive Network Focused On Critical Ultra-Sound (WINFOCUS).
- Les établissements hospitaliers.
- Les universités.

Cette offre de formation décentralisée, impliquant de multiples acteurs, ainsi que l'absence de recueil de données systématisées concernant le type de cours suivi, les dates de formation, et les données des participants (obtention du titre de spécialiste obtenu ou non, titre visé) rendent difficile une estimation fiable du nombre de MPR formés par prestataire au POCUS composante 1. De plus, puisque l'AFC POCUS n'est délivrée qu'avec l'obtention du titre de spécialiste FMH, les données issues de la SSUM ne permettent d'obtenir que des données *a posteriori*, retardées d'autant plus par les délais d'obtention de titre de la FMH (actuellement > 6 mois). Les statistiques de la FMH pour le POCUS existent depuis 2018 mais ne distinguent pas les différentes composantes du POCUS.

Le **tableau 2** résume le nombre de médecins ayant suivi le cours de base POCUS composante 1 depuis 2022 par formateur. Globalement, le nombre de médecins formés par chaque formateur augmente. Certains hôpitaux ont créé des formations internes, voire hybrides avec l'utilisation de l'e-learning d'autres prestataires afin de répondre aux besoins de formations des médecins assistants et des nouvelles exigences pour l'obtention du titre FMH. Certains hôpitaux (Ensemble hospitalier de la Côte (EHC), Établissements hospitaliers du nord vaudois (eHnv)) collaborent avec d'autres centres hospitaliers (Groupement hospitalier de l'ouest lémanique (GHOL), Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV)) pour former les médecins assistants.

Le manque d'autonomie de plusieurs établissements dans l'organisation des formations POCUS s'explique par des contraintes organisationnelles et par le manque de formateurs qualifiés. Pour être validée, une formation doit avoir un directeur de cours (5 ans d'expérience postcertificat) et ≥ 50% de formateurs superviseurs SSUM.

Au niveau prégradué, certaines universités ont intégré la composante 1 du POCUS au programme d'études de médecine avec l'enseignement des pairs par Young Sonographers, une section de la SSUM. Néanmoins, l'accréditation de la formation dépend des éléments susmentionnés.

UTILISATION DU POCUS EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

Le POCUS utilisé par les MPR constitue un outil précieux pour affiner le diagnostic, guider avec plus de précision les gestes invasifs et faciliter le dépistage directement au cabinet.¹⁻⁸ Son utilisation contribue à une rationalisation des ressources médicales, en réduisant le recours à des examens complémentaires coûteux ou à des consultations spécialisées non indispensables.^{5,7,9} Il participe ainsi au désengorgement des services d'urgence hospitaliers, tout en renforçant l'autonomie décisionnelle des MPR. Par ailleurs, l'usage du POCUS améliore la satisfaction professionnelle chez les MPR, et renforce le lien de confiance avec leurs patients.³

En Suisse, bien que 49% des MPR utilisent l'échographie en cabinet, seuls 18% disposaient d'une AFC en 2020.⁶ Les examens les plus fréquemment pratiqués concernent l'abdomen (57,9%) et le système musculosquelettique (22%), tandis que les explorations de la tête et du cou (12,4%), du thorax (3,5%) ou du système vasculaire (2,8%) restent plus occasionnelles.⁶ Les indications cliniques menant à la réalisation d'une échographie abdominale vont au-delà des éléments couverts par la composante 1 (tels que l'urolithiase, la recherche de tumeurs, l'hépatosplénomégalie ou la stéatose hépatique). Par ailleurs, l'usage de l'échographie pour l'évaluation du système musculosquelettique semble revêtir une importance particulière pour les médecins en MPR, bien que ce système soit peu abordé dans la composante 1.⁶

La performance diagnostique des MPR formés peut, pour certaines indications, se rapprocher de celle obtenue par un radiologue spécialisé. Cette performance dépend davantage du type d'examen réalisé que de la durée totale de la formation suivie. Par exemple, des examens tels que le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale, la détection d'une thrombose veineuse profonde, d'une lithiase vésiculaire ou d'un épanchement ascitique peuvent être effectués avec une grande précision diagnostique, même après seulement quelques heures de formation ciblée.^{4,7,10,11} Il apparaît donc utile d'identifier les indications les plus pertinentes pour la médecine de premier recours, ainsi que la durée minimale de formation nécessaire pour garantir de bons niveaux de sensibilité et de spécificité. Cette démarche permettrait de développer une composante plus adaptée aux MPR. Le **tableau 3** présente les examens jugés les plus utiles en médecine générale ambulatoire, mis en correspondance avec les composantes POCUS existantes. Comme les indications pour réaliser des US par les MPR sont très vastes, il ne nous semble pas réaliste d'exiger une autonomie des MPR pour toutes ces indications. Nous proposons d'établir une composante MPR, dont le niveau de base serait la composante 1 avec quelques ajustements (obligatoire pour le FMH), avec un niveau intermédiaire (facultatif) et expert (facultatif).

OBSTACLES ET LIMITES

Bien que l'accès à la formation théorique et pratique en POCUS demeure restreint en raison d'un nombre insuffisant de formateurs certifiés, la supervision des examens échographiques constitue l'obstacle principal à l'obtention de l'AFC.¹³

MenQuadfi®

LE VACCIN DE SANOFI CONTRE LES MÉNINGO- COQUES ACWY

Le seul vaccin à être recommandé
et remboursé en Suisse avec une dose
unique à partir de 12 mois.^{1,2}

Pas de reconstitution :
solution injectable prête à l'emploi
conditionnée en flacon.³

Réponses immunitaires élevées
contre les sérogroupes A, C, W et Y.³

Réponse immunitaire supérieure
contre le séro groupe C chez
les jeunes enfants (12–23 mois).^{4*}



*En comparaison du MenC-TT (NeisVac-C)⁵

Références

1. Office fédéral de la santé publique (OFSP), Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Recommandations de vaccination complémentaire contre les maladies invasives à méningocoques. OFSP-Bulletin 3 du 15 janvier 2024. Consulté le 07 août 2025 par <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdweb-docs-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/7972bea9-e7df-48a6-b007-8644ee195696.pdf>. Berne : Office fédéral de la santé publique, 2023. 2. Office fédéral de la santé publique. Liste des spécialités (LS) et liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales (LSIC). Berne : Office fédéral de la santé publique, 2024. <https://spezialitaetenliste.ch/ShowPreparations.aspx> récupéré le 07 août 2025. 3. Information professionnelle de MenQuadfi®. Mise à jour de l'information : Novembre 2024. Consulter www.swissmedicinfo.ch. 4. Knuf M, et al. Comparing the meningococcal serogroup C immune response elicited by a tetanus toxoid conjugate quadrivalent meningococcal vaccine (Men-ACYW-TT) versus a quadrivalent or monovalent C tetanus toxoid conjugate meningococcal vaccine in healthy meningococcal vaccine-naïve toddlers : A randomised, controlled trial. Hum Vaccin Immunother. 2022 Nov 30;18(5):2052657. 5. Information professionnelle de NeisVac-C. Mise à jour de l'information : août 2023. Consulter www.swissmedicinfo.ch.

Les spécialistes peuvent demander les références auprès de l'entreprise.

Information professionnelle abrégée

MenQuadfi® : PA : Polyoside de *Neisseria meningitidis* des groupes A, C, W-135 et Y, conjugué à l'anatoxine tétanique en tant que protéine vectrice. I : Immunisation de sujets à partir de 12 mois contre les infections invasives à méningocoques dues aux *Neisseria meningitidis* des groupes A, C, W et Y. P : Une dose pour les personnes à partir de 12 mois en tant que primo-vaccination ou vaccination de rappel. CI : Hypersensibilité aux principes actifs du vaccin ou à un vaccin contenant les mêmes composants. MP : Ne pas administrer par voie sous-cutanée, intravasculaire ou intradermique. Une syncope (évanouissement) peut survenir. IA : L'administration concomitante d'autres vaccins doit toujours être effectuée en utilisant des sites d'injections sur des membres distincts et des seringues différentes. EI : Personnes âgées de 12 à 23 mois : étourdissement, vomissements, diarrhée, irritabilité, perte d'appétit, pleurs anormaux, réactions au site d'injection (douleur à la pression/douleur, érythème, gonflement), fièvre. Personnes âgées de 2 ans et plus : céphalées, myalgie, réactions au site d'injection (gonflement, érythème, douleurs), douleurs au site d'injection, malaise, fièvre. Emb. : boîte contenant 1 flacon monodose (0.5 ml). Cat. rem. : B. Titulaire de l'autorisation : sanofi-aventis (suisse) sa, 1214 Vernier/GE. Mise à jour de l'information : Novembre 2024. Pour de plus amples informations, veuillez vous référer à l'information professionnelle sur www.swissmedicinfo.ch.

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour de plus amples informations, consulter l'information professionnelle MenQuadfi® sur www.swissmedicinfo.ch.



Commandez dans la boutique en ligne
sur www.sanofivaccinshop.ch



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

sanofi

TABLEAU 2 Nombre de médecins ayant suivi le cours Composante 1 entre 2022 et 2024

AURUS: Association des urgentistes et réanimateurs intéressés par l'ultrasonographie; CHVR: Centre hospitalier du Valais romand; eFAST: extended Focused Assessment with Sonography for Trauma; GHOL: Groupement hospitalier de l'ouest lémanique; HFR: Hôpital fribourgeois; HRC: Hôpital Riviera-Chablais; POCUS: Point-of-Care Ultrasound; SGUM/SSUM: Société suisse d'ultrasons en médecine.

Formateurs	2022	2023	2024	Commentaire
Formateurs non hospitaliers				
POCUS Academy et POCUS sous label AURUS (Lieux des cours: HRC et HFR)	64	32	80	La plateforme d'enseignement de la POCUS Academy pour la partie théorique des cours est utilisée par plusieurs hôpitaux en Suisse romande (par exemple: GHOL, Hôpital de La Tour)
GREC (Groupe romand d'échographie clinique) Lieux des cours: Hôpital de Lavaux à Cully et CHVR)	64	64	128	-
Hôpitaux				
CHUV (Centre hospitalier universitaire vaudois)	47	93	94	Nouveau cours ciblé pour les composantes 1 et 11 organisé par le service de médecine interne depuis printemps 2025
HUG (Hôpitaux universitaires de Genève), Service de médecine interne	60	60	60	La formation de base POCUS composante 1 est assurée depuis 2018
Hôpital de La Tour , Meyrin	56	44	45	-
eHnv (Établissements hospitaliers du nord vaudois), Hôpital d'Yverdon-les-Bains	-	-	-	Pas de formation POCUS au sein de l'hôpital Collaboration avec le service de médecine interne du CHUV (trois places réservées pour les médecins assistants des eHnv) depuis 2025
EHC (Ensemble hospitalier de la Côte), Hôpital de Morges	-	-	-	Pas de formation POCUS au sein de l'hôpital Collaboration avec le GHOL (quatre places réservées pour les médecins assistants de l'EHC) et le CHUV depuis 2025
GHOL , Hôpital de Nyon	-	-	24	Deux cours avec 12 places par an avec les composantes 1, 11 et 13 Collaboration avec l'EHC depuis 2025
HFR , Service de médecine interne	-	-	21	Cours effectué par le service de médecine interne de l'HFR depuis juin 2024
HIB (Hôpital intercantonal de la Broye), site de Payerne	-	-	-	Pas de formation POCUS au sein de l'hôpital
RHNe (Réseau hospitalier neuchâtelois), Service de médecine interne	-	21	33	Formation d'échographie mise en place en 2024, fruit d'une collaboration interdépartementale entre le service des urgences et la médecine interne des RHNe Formation autonome du service de médecine interne prévu à partir de 2025
Centre hospitalier Bienne , Service de médecine interne	24	24	24	Depuis 2020, des cours POCUS composante 1 sont organisées deux fois par an par le service de médecine interne
HRC , Rennaz	Cours organisé avec POCUS Academy cf. ci-dessus.			Environ la moitié des participants des cours POCUS Academy à Rennaz sont des médecins de l'HRC
Hôpital du Jura , site de Delémont	-	-	-	Formation en interne avec un technicien en radiologie médicale qui a été formé spécialement en ultrason. Pas de formation certifiante pour le POCUS
CHVR , Service de médecine interne	Cours organisé via GREC cf. ci-dessus.			Cours à l'interne du CHVR dès novembre 2025
Universités				
Université de Bâle	Entre 200 et 220 étudiants par an depuis 2019			Depuis 2019, le POCUS composante 1 est obligatoire et reconnu par la SGUM. Les compétences acquises sont évaluées dans le cadre de l'examen clinique objectif et structuré de Master 2
Université de Berne	-	-	188	La composante 1 du POCUS est répartie en quatre modules, dispensés entre la 3 ^e année de Bachelor et la 2 ^e année de Master. La première promotion d'étudiants ayant suivi l'ensemble des quatre modules a terminé ses études de médecine au printemps 2024. Pour obtenir le certificat reconnu par la SGUM, les étudiants doivent réussir un examen en fin de 3 ^e année de Master, auquel la participation est facultative
Université de Lausanne	-	-	-	Enseignement obligatoire du POCUS en 2 ^e année de Master. Participation d'environ 240 et 260 étudiants par année académique depuis 2022 Pas de certificat reconnu par la SSUM délivré aux participants jusqu'à maintenant, actuellement à l'étude pour l'année académique 2026-2027
Université de Genève	-	-	-	Plusieurs différentes cours d'ultrasonographie obligatoires (séminaires d'écho-anatomie en 2 ^e et 3 ^e année de Bachelor, en collaboration avec les Young Sonographers; différents ateliers pour eFAST et échographie cardiaque en 2 ^e année de Master) et un cours à option avec cinq modules pour 24 participants depuis 2025 en 3 ^e année de Bachelor Le contenu de ces enseignements ne répond pas formellement aux exigences de la formation POCUS composante 1 (reconnaissance en cours d'étude)
Université de Fribourg	40	40	40	Enseignement obligatoire de la composante 1 du POCUS en 1 ^{re} année de Master, reconnu par la SSUM
Total (hors universités)	315	338	509	-
Total (y compris les universités)	565	588	947	Pour l'université de Bâle, nous avons compté une moyenne de 210 étudiants par an

neo-angin® Spray

Soulage rapidement la douleur et est antiseptique¹

La seule
combinaison de
lidocaïne et de chlor-
hexidine admise par
les caisses^{1,2}



L'équipe neo-angin®: pour les petits et grands maux de gorge

¹ Informations aux professionnels neo-angin® spray sur swissmedicinfo.ch

² Liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique sur www.spezialitaetenliste.ch

Nous mettons à disposition toutes les références sur demande



Informations détaillées
sur le produit

neo-angin®

Information professionnelle abrégée neo-angin® spray. Principes actifs: chlorhexidini digluconas, lidocaini hydrochloridum. Produit: liste D; LS, 50 ml. 1 ml de spray oral contient: chlorhexidini digluconas 1 mg, lidocaini hydrochloridum 2 mg. **Indications:** traitement local des maladies inflammatoires aiguës de la cavité bucco-pharyngée comme par exemple les aphtes, les gingivites et les inflammations de la muqueuse buccale. Traitement adjuvant lors d'amygdalite, de laryngite, de pharyngite, de candidose buccale ou d'angine. Après une extraction dentaire. Traitement pré- et post-opératoire. **Posologie/mode d'emploi:** adultes et adolescents à partir de 12 ans: plusieurs vaporisations (entre 3 et 10) par jour. **Contre-indications:** le spray neo-angin® est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité connue aux anesthésiques locaux en général. **Mises en garde:** cette préparation médicale n'est pas recommandée chez l'enfant de moins de 6 ans. La préparation médicale ne doit pas être administrée en présence de plaies hémorragiques de la muqueuse. Éviter tout contact avec les yeux. **Interactions:** il n'existe pas de données à ce sujet. **Grossesse/allaitement:** la lidocaïne présente une certaine toxicité pour l'embryon. Le spray neo-angin® avec lidocaïne et chlorhexidine ne doit pas être administré pendant la grossesse et la période d'allaitement. **Effets indésirables:** fréquents: lors d'une utilisation prolongée, on constate fréquemment des troubles transitoires du sens gustatif, une sensation de brûlure dans la bouche et une coloration jaunâtre à brunâtre de la langue, des dents, de certains plombages et prothèses dentaires, sans toutefois que ces manifestations n'exigent un arrêt du traitement. Peu fréquents: irritations localisées. Rares: réactions généralisées d'hypersensibilité. **Surdosage:** une ingestion accidentelle de grandes quantités peut provoquer des nausées. Traitement symptomatique au besoin. Doetsch Grether AG, 4051 Bâle. Mise à jour de l'information: septembre 2008. Informations détaillées sur swissmedicinfo.ch

TABLEAU 3 Examens utiles en médecine de premier recours

Non-sPOCUS: ne fait pas partie d'une composante POCUS en Suisse, en référence à l'article.⁶

En gras 2^e colonne: examens faisant partie de la composante 1 (composante obligatoire pour obtenir le titre de spécialiste en médecine interne générale FMH en Suisse dès janvier 2027).

FMH: Fédération des médecins suisses; MPR: médecins de premier recours; POCUS: Point-of-Care Ultrasound.

Région anatomique	POCUS ciblé chez l'adulte	Composantes POCUS correspondantes ^{1,2}	Sensibilité/spécificité de la performance diagnostique (en %)
Tête/cou	Adénopathie cervicale	Composante 5	Non mentionné
	Parotide (parotidite, sialolithiase)	Non-sPOCUS	
	Thyroïde (nodule, hypertrophie, hypervascularisation)		
Œil	Positionnement du cristallin	Non-sPOCUS	85-97/98-99 ¹⁰
	Décollement de rétine		89-97/88-100 ¹⁰
	Corps étranger		100/100 ¹⁰
Cœur	Épanchement péricardique	Composante 1	60-96/96-100 ¹⁰
	Hypertrophie ventricule gauche	Composante 13	71-90/97-98 ¹⁰
	Taille et fonction ventriculaire		Non mentionné
	Valvulopathie sévère		
Thorax	Épanchement pleural	Composante 1	83-100/93-100 ¹¹
	Pneumothorax		81-94/98-100 ¹⁰
	Fracture grille costale		81-98/ ¹⁰
	Pneumonie (consolidation pulmonaire)	Composante 11	65-95/61-98 ^{2,10,11}
	Atélectasie	Non-sPOCUS	Non mentionné
Abdomen	Liquide intrapéritonéal	Composante 1	100/100 ¹⁰
	Cholécystite		38-92/78-100 ¹⁰
	Cholécystolithiase		55-92/92-100 ¹⁰
	Ponction ascite		Non mentionné
	Appendicite	Non-sPOCUS	43-80/91-98 ^{5,10}
	Hépatosplénomégalie		Non mentionné
	Obstruction des voies biliaires		
	Diverticulite sigmoïdienne		
	Iléus		
	Hernie inguinale		
	Stéatose/fibrose hépatique		
	Pancréas		
Tumeur hépatique			
Appareil urinaire et génital	Hydronéphrose	Composante 1	70-100/71-75 ¹⁰
	Vessie (mesure du volume)		Non mentionné
	Lithiase rénale	Non-sPOCUS	70-100/71-75 ^{5,10}
	Torsion et inflammation testiculaire		Non mentionné
	Prostate (volume)		
Gynécologique	Kyste, masse	Non-sPOCUS	Non mentionné
	Grossesse intra-utérine/extra-utérine		
Vaisseau	Anévrisme aorte abdominale	Composante 1	94-100/94-100 ^{5,10}
	Thrombose veineuse profonde (niveau inguinal et poplité)		90-100/90-98 ^{2,10}
	Pose de cathéter périphérique		Non mentionné
	Phlébite	Non-sPOCUS	Non mentionné
	Athéromatose, plaques (carotide, aortique, fémorale)		
Gynécologique	Ovaire et utérus (kyste, masse)	Non-sPOCUS	Non mentionné
	Grossesse intra-utérine/extra-utérine		
Musculosquelettique	Ponction/infiltration d'articulaire	Composante 2	Non mentionné
	Épanchement articulaire		Non mentionné
	Corps étranger		Non mentionné
	Atteinte tendon, ligament, muscle		Dépendant du site de la lésion
	Fracture (autre que costale)		
Tissus mous	Abcès	Composante 1 et 2	94-97/83-94 ¹⁰
	Corps étranger	Composante 2	67/97 ¹⁰
	Tuméfaction des parties molles (Lipome, hématome, sérôme, adénopathie)		Non mentionné
	Cellulite	Non-sPOCUS	

En juillet 2025, environ 80 formateurs (dont environ 16 en milieu non hospitalier) étaient enregistrés auprès de la SSUM en Suisse romande, sur un total d'environ 500 en Suisse pour la composante 1 du POCUS.¹⁴ Pour la composante 2 (appareil locomoteur), la situation est encore plus critique: seuls deux superviseurs sont recensés en Suisse romande, contre 31 à l'échelle nationale.¹⁴ Au vu de la difficulté d'accès aux superviseurs notamment en ambulatoire, l'exigence de la composante 1 du POCUS pour l'obtention du titre de spécialiste en médecine interne générale pourrait ainsi entraver l'accès à la spécialisation, retardant l'installation en cabinet et aggravant la pénurie déjà préoccupante de MPR. Ce problème devrait progressivement disparaître après ces années de transition (2022-2027), durant lesquelles certains centres de formation ont réussi à mettre en place les conditions-cadres nécessaires. D'autres en revanche – notamment ceux qui ne disposaient d'aucune personne formée ou en cours de formation en échographie – ont rencontré davantage de difficultés à respecter le délai de cinq ans fixé par l'ISFM pour la mise en œuvre.

Du côté des centres de formation ambulatoire, les enjeux médico-légaux et le risque de devoir assumer la responsabilité d'une erreur d'interprétation d'un ultrason peuvent freiner la pratique autonome des médecins dans la réalisation des ultrasons. Contrairement au contexte hospitalier où un médecin plus expérimenté peut contrôler un POCUS douteux, le contexte ambulatoire avec la présence temporelle réduite du patient permet moins facilement une supervision différée. À ce jour, aucune étude suisse n'a relevé de procédures judiciaires en lien avec des erreurs diagnostiques associées au POCUS.

Du côté des MPR installés, l'acquisition de l'équipement et son raccordement au système informatique, la formation continue pour maintenir la certification POCUS (validité de 5 ans) exigeant temps et ressources, ainsi que les modalités de facturation liées à l'utilisation du POCUS restent des obstacles à l'intégration du POCUS en médecine générale

ambulatoire.¹⁵ La place du POCUS dans la structure tarifaire du TARDOC (tarif des prestations médicales ambulatoires et de la documentation) qui entrera en jeu en janvier 2026, reste à clarifier. Le **tableau 4** propose une estimation des modalités de facturation envisageables à partir de janvier 2026.

CONCLUSION

L'ultrasonographie ciblée (POCUS) est un atout considérable pour les MPR car elle améliore la qualité des diagnostics et l'efficacité du parcours de soins. L'obligation dès 2027 d'obtenir l'AFC POCUS composante 1 pour valider le titre FMH en médecine interne générale incite les médecins et les centres de formation à donner plus de place à l'ultrasonographie dans la formation. Cependant, l'ultrason montre une utilité bien au-delà des items de la composante 1 pour les MPR. Une composante dédiée, non obligatoire, mais fournissant une boîte à outils plus extensive pour les MPR pourrait être développée, par exemple via un comité d'experts MPR POCUS avec consensus Delphi dans le choix des items, démarche actuellement réalisée pour le POCUS en médecine interne hospitalière.

Conflit d'intérêts: E. Breuss a participé à la rédaction des articles de référence 9 et 13 mentionnés dans la bibliographie. M. Benmachiche, D. Herren et C. Surchat sont membres de l'USIM de l'SSMIG (Interest Groupe for Ultrasound in Internal Medicine). Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements: les auteurs remercient les personnes suivantes pour avoir fourni les données relatives à la formation POCUS dans leurs établissements, ce qui a permis l'élaboration du tableau 2: Dr Olivier Grosгурin (Hôpitaux universitaires de Genève), Dre Anne-Chantal Lambert (Hôpital de Bienne), Dr Marco Betello (GHOL), PD Dre Vanessa Kraege (CHUV), Dr Jens Greiser (Centre hospitalier du Valais romand), Dr Fernando Esposito (Hôpital fribourgeois), Dr Said Chiheb (Réseau hospitalier neuchâtelois), Dr Damien Tagan (Hôpital Riviera-Chablais), Dre Silke Biller (Université de Bâle), Mme Moa Haller (Université de Berne), Dre Sylvie Félix (Université de Lausanne), Dr Timothée Favre-Bulle (eHnv), Dr Yvan Fournier (Hôpital intercantonal de la Broye), Dr Maxime Berney (EHC Morges), Dr Philippe Dussoix (Hôpital de La Tour), Dr Christiane Arnold (Spital Emmental pour l'Université de Fribourg) et Danielle Fleury Vermot (Hôpital du Jura).

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la reformulation et le contrôle orthographique et grammatical de l'article.

TABLEAU 4 Projection tarifaire des actes POCUS dans le système TARDOC

Code	Description	Calcul
GK.30.0010	US POCUS 1 organe (10 min)	PM+PIP = 42,35 × 0,94 = CHF 39,81
GK.30.0020	US POCUS ≥ 2 organes (14 min)	PM+PIP = 59,85 × 0,94 = CHF 56,26
GK.30.0030	Vasculaire focalisé (par exemple TVP; 13 min)	PM+PIP = 57,60 × 0,94 = CHF 54,14
GK.30.0040	FAST (7 min)	PM+PIP = 35,59 × 0,94 = CHF 33,46
GK.30.0050	eFAST (10 min)	PM+PIP = 50,84 × 0,94 = CHF 47,79
GK.35.0120	Accès vasculaire guidé (15 min)	PM+PIP = 90,42 × 0,94 = CHF 84,99
GK.35.0010	Ponction, biopsie, aspiration (18 min)	PM+PIP = 91,52 × 0,94 = CHF 86,03

Facteur externe: 0,83 Valeur de point: 0,94 (VD).

Tardoc-Browser version: LKAAT 1.1b v24 (<https://browser.tartools.ch/fr/lkaat>)

eFAST: extended Focused Assessment with Sonography for Trauma; FAST: Focused Assessment With Sonography for Trauma; PIP: prestation d'infrastructure et/ou du personnel; PM: prestation médicale; POCUS: Point-of-Care Ultrasound; TARDOC: tarif des prestations médicales ambulatoires et de la documentation; TVP: thrombose veineuse profonde.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La certification de la composante 1 du Point-of-Care Ultrasound (POCUS) sera obligatoire dès 2027 pour obtenir le titre de spécialiste en médecine interne générale délivré par la Fédération des médecins suisses, imposant cette formation aux médecins de premier recours (MPR).
- Le manque important de formateurs, en particulier de tuteurs et de directeurs de cours, complique fortement la mise en œuvre des programmes de formation en médecine interne ambulatoire.
- La supervision des ultrasons est d'autant plus difficile dans le contexte ambulatoire où la pénurie de formateurs est plus grande, et l'accès à un appareil à ultrason moins fréquent.
- Une composante spécifique à la médecine générale ambulatoire pourrait être construite sur la base d'un processus Delphi, mené par un comité de MPR, experts en POCUS.

- 1 Capizzano JN, O'Dwyer MC, Furst W, et al. Current State of Point-of-Care Ultrasound Use Within Family Medicine. *J Am Board Fam Med*. 2022 Jul-Aug;35(4):809-13.
- 2 Rikley E, Boillat-Blanco N, Meuwly JY, Breuss E, Senn N. Échographie: un outil utile pour la démarche diagnostique en médecine de famille. *Rev Med Suisse*. 2017;13(562):990-4.
- 3 Andersen CA, Brodersen JB, Graumann O, Davidsen AS, Jensen MB. Factors affecting point-of-care ultrasound implementation in general practice: a survey in Danish primary care clinics. *BMJ Open*. 2023 Oct 17;13(10):e077702.
- 4 **Andersen CA, Holden S, Vela J, Rathleff MS, Jensen MB. Point-of-Care Ultrasound in General Practice: A Systematic Review. *Ann Fam Med*. 2019 Jan;17(1):61-9.
- 5 *Carrera KG, Hassen G, Camacho-Leon GP, et al. The Benefits and Barriers of Using Point-of-Care Ultrasound in Primary Healthcare in the United States. *Cureus* [En ligne]. 25 août 2022. (Cité le 4 juin 2025). Disponible sur: www.cureus.com/articles/107335-the-benefits-and-barriers-of-using-point-of-care-ultrasound-in-primary-healthcare-in-the-united-states
- 6 *Zumstein N, Merlo C, Essig S, et al. The use of diagnostic ultrasound by primary care physicians in Switzerland – a cross-sectional study. *BMC Prim Care*. 2024 Jul 6;25(1):246.
- 7 Touhami D, Merlo C, Hohmann J, Essig S. The use of ultrasound in primary care: longitudinal billing and cross-sectional survey study in Switzerland. *BMC Fam Pract*. 2020 Jul 1;21(1):127.
- 8 Aakjær Andersen C, Brodersen J, Davidsen AS, Graumann O, Jensen MBB. Use and impact of point-of-care ultrasonography in general practice: a prospective observational study. *BMJ Open*. 2020 Sep 17;10(9):e037664.
- 9 Breuss E, Bopp HJ, Popescu-Dutruit S, et al. Échographie ciblée au cabinet médical: la perspective du GREC. *Rev Med Suisse*. 2021 Oct 27;17(756):1826-9.
- 10 **Sorensen B, Hunskaar S. Point-of-care ultrasound in primary care: a systematic review of generalist performed point-of-care ultrasound in unselected populations. *Ultrasound J*. 2019 Nov 19;11(1):31.
- 11 Beshara M, Bittner EA, Goffi A, Berra L, Chang MG. Nuts and bolts of lung ultrasound: utility, scanning techniques, protocols, and findings in common pathologies. *Crit Care*. 2024 Oct 7;28(1):328.
- 12 Ultrasonographie Point-of-Care – POCUS (SSUM) [En ligne]. 2023. (Cité le 8 juin 2025). Disponible sur: https://sgum-ssum.ch/wordpress/wp-content/uploads/2023/06/fa_pocus_anhang_2_f.pdf
- 13 Vionnet JL, Marti C, Breuss E, et al. POCUS (Point-of-care ultrasonography) en médecine interne générale: champ d'application et formation. *Rev Med Suisse*. 2021 Oct 27;17(756):1814-8.
- 14 Listes des formateurs POCUS SSUM [En ligne]. (Cité le 25 juillet 2025). Disponible sur: https://sgum-ssum.ch/faehigkeitsausweise-2/?lang=fr/#FA_POCUS

* à lire
 ** à lire absolument



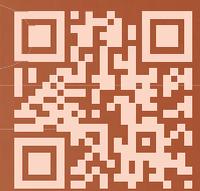
WOMEN | 
BAYER

DE LA
CONTRACEPTION
À LA MÉNOPAUSE

100 ANS
AU SERVICE
DE LA
SANTÉ DES
FEMMES.

En savoir plus:
gynportal.com

ÉTÉ 2025
NOTRE PROCHAINE
ÉTAPE



VOUS ÊTES DES NÔTRES?

Bayer (Schweiz) AG
Uetlibergstrasse 132, 8045 Zurich
www.bayer.ch

Implémentation de la CISP-3 en clinique: projet pilote en milieu académique

Dre MARIA JOSE RIERA RUIZ^a, Dr ETIENNE MONNIER^a, Dr BENJAMIN FAUQUERT^b, Pr LAURENT LETRILLIART^c et Dr ALEXANDRE GOUVEIA^{a,d}

Rev Med Suisse 2025; 21: 1996-2002 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.938.48016

La Classification internationale des soins primaires (CISP) a été développée par l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA), pour mieux refléter la réalité de la médecine de premier recours. En 2020, la CISP a connu une avancée majeure avec la mise à disposition de sa troisième version (CISP-3). Plus centrée sur les plaintes, les symptômes et les motifs de consultation que sur les diagnostics stricts, elle facilite une approche globale et contextualisée du patient. Le déploiement d'un nouveau système informatique a permis d'expérimenter son intégration en conditions réelles à travers un projet pilote dans un centre académique de médecine générale, moyennant des formations, un accompagnement technique rapproché et des séances d'échanges régulières entre utilisateurs et informaticiens.

Implementation of the ICPC-3 in clinical practice: a pilot project in an academic setting

The International Classification of Primary Care (ICPC) was developed by the World Organization of Family Doctors (WONCA) to more accurately reflect primary healthcare realities. In 2020, the ICPC reached a major milestone with the release of its third version (ICPC-3). Designed to focus on patients' complaints, symptoms, and reasons for seeking care rather than strictly on diagnoses, it supports a more holistic and contextualized approach to patient care. A pilot project conducted at an academic primary care center alongside the deployment of a new electronic medical record system, provided an opportunity to implement the ICPC-3 in real-world clinical practice, backed by targeted training, on-site technical assistance, and regular feedback meetings between users and IT professionals.

INTRODUCTION

La Classification internationale des soins primaires (CISP) a été créée en 1987 par l'Organisation mondiale de médecins de famille (WONCA). Son objectif était de proposer un système de classification centré sur les motifs de consultation et les plaintes des patients,^a ce qui est plus adapté à la pratique de la médecine de premier recours que la Classification

internationale des maladies (CIM), historiquement orientée vers les diagnostics médicaux et largement utilisée dans la codification hospitalière. Depuis sa création, la CISP s'est imposée comme la classification de référence pour les soins primaires dans plusieurs pays européens, notamment en Norvège, au Danemark, en Finlande, en Belgique, au Portugal et aux Pays-Bas.¹⁻⁴ D'autres pays l'utilisent également, tels que l'Australie, le Brésil, la France, la Pologne, le Japon, Malte et la Suisse, mais en font un usage moins important.

Le Comité des classifications (WONCA International Classification Committee, WICC) a été établi en 1972, lors de la création de l'organisation mondiale, et est son plus ancien groupe de travail.⁵ Il a développé les trois versions internationales de référence de la CISP (figure 1). Il est aussi responsable de la maintenance et de la diffusion des versions successives de la CISP. Ses membres titulaires et associés sont des experts en classifications et terminologies dans le domaine des soins primaires et participent aux travaux du Comité, soit à titre individuel, soit comme représentants d'une organisation nationale de médecins généralistes. Le Comité se réunit une fois par an dans le cadre d'un séminaire organisé par l'un de ses membres. Le WICC collabore avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), notamment via son réseau de la famille des classifications internationales, ainsi qu'avec SNOMED International.^{6,7} Dans les pays francophones, c'est le CISP-Club qui promeut l'utilisation de la CISP par les professionnels des soins primaires et a assuré la traduction en français des différentes versions.⁸

En 2018, le WICC, sous l'égide de la WONCA, a initié le développement de la CISP-3. Pour élaborer cette troisième version de la classification, un consortium a été créé et financé par la WONCA. Il comprenait un comité technique (*advisory committee*, composé de membres du WICC) et un comité stratégique (*steering committee*, composé de représentants des organisations nationales ou institutionnelles finançant les licences de la CISP).⁹ La première version numérique a été rendue disponible en 2020. Des projets pilotes, comme celui mené à Unisanté (Lausanne, Suisse), permettent d'évaluer l'utilisation de la CISP-3 en contexte réel et d'en documenter les résultats. Ces expériences s'inscrivent dans une dynamique internationale, car plusieurs pays envisagent une intégration de cette nouvelle version à leur système de santé. L'introduction de la CISP-3 en médecine générale est actuellement défendue, car elle ne se limite pas à son rôle en recherche mais présente d'autres usages, notamment l'enseignement et la pratique clinique, que nous présenterons plus en détail dans la suite de cet article.¹⁰ Toutefois, force est de

^aPoliclinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bUnité de recherche en soins primaires, Faculté de médecine, Université libre de Bruxelles, 1070 Bruxelles, Belgique, ^cCollège universitaire de médecine générale, Université Claude Bernard Lyon 1, 69373 Lyon, France, ^dMaster of Medical Sciences in Medical Education Program, Harvard Medical School, Boston, MA, États-Unis maria.riera-ruiz@unisanté.ch | etienne.monnier@unisanté.ch | benjamin.fauquert@ulb.be laurent.lettrilliart@univ-lyon1.fr | alexandre.gouveia@unisanté.ch

^aL'utilisation du genre masculin a été adoptée afin de faciliter la lecture et n'a aucune intention discriminatoire.

Tilur®

L'AINS fort comme un lion^{1,2} et bien toléré²⁻⁶



En cas d'arthrose⁴

En cas de lumbago⁸

En cas d'états inflammatoires
(articulations, muscles, tendons)⁹

seulement
40%
d'élimination
rénale^{3,7}



Admis par les caisses-maladie

Tilur® | **Tilur® retard** : **C** : 1 capsule de Tilur® contient 60 mg d'acémétacine, 1 capsule de Tilur® retard contient 90 mg d'acémétacine. **P** : posologie usuelle de Tilur® : 1 capsule de Tilur® 1 à 3 fois par jour; 1 capsule de Tilur® retard 1 à 2 fois par jour. **I** : polyarthrite rhumatoïde, affections articulaires dégénératives, maladie de Bechterew, goutte, états inflammatoires des articulations, muscles et tendons, ténosynovites, bursites, lumbago. **CI** : hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, anamnèse de bronchospasme, 3e trimestre de la grossesse et allaitement, ulcères gastriques et/ou duodénaux actifs, maladies inflammatoires de l'intestin, troubles sévères de la fonction hépatique, insuffisance rénale sévère. **MG/PC** : pour tous les AINS : possibles ulcérations gastro-intestinales; un risque accru de complications thromboemboliques ou cardiovasculaires ne peut être exclu. Des lésions rénales ont été observées lors d'un traitement à long terme par AINS. Non recommandé sans surveillance par examens de laboratoire chez les patients présentant une affection rénale à un stade avancé. Tilur® peut augmenter le taux sérique de potassium. Rares réactions cutanées graves. Les céphalées et les vertiges peuvent affecter la conduite de véhicules ou l'utilisation de machines. Prudence chez les patients atteints de troubles psychiques, d'épilepsie ou de la maladie de Parkinson et chez les patients présentant des affections hépatiques. Inhibition possible de l'agrégation plaquettaire. **IA** : méthotrexate, diurétiques de l'anse. **EI** : acouphènes, effets indésirables gastro-intestinaux, céphalées, vertiges, troubles de la fonction hépatique. **G/A** : il faut renoncer à toute utilisation pendant la grossesse et l'allaitement. **Prés.** : capsules de Tilur® : 20* et 50*, *admis par les caisses-maladie; capsules de Tilur® retard : 20* et 50*, *admis par les caisses-maladie. **Catégorie de vente** : B. Titulaire de l'autorisation : Drossapharm SA, Bâle. Plus d'informations sur www.swissmedicinfo.ch. Mise à jour : janvier 2023.

Références : **1** Jacobi H., Dell H.-D.: *Arzneim.-Forsch./Drug Res.* (II), 1348-1362 (1980); **2** Pelster B (1993). Retardierte NSAR bei aktivierten Arthrosen. *Acemetacin und Diclofenac im Doppelblindvergleich.* *Z. Allg. Med* 69: 1033-1038. **3** Ribeiro H. et al. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), pain and aging: Adjusting prescription to patient features. *Biomedicine & Pharmacotherapy* 150 (2022) 112958 **4** Leeb BF et al. (2004). Behandlung der Gonarthrose. *Wirksamkeit und Verträglichkeit von retardiertem Acemetacin im Vergleich zu Celecoxib.* *Orthopäde* 33: 1032-1041. **5** Sedman E (1994): Recent Research on Acemetacin in the UK. *Topics in Arthritis and Rheumatism*, Raven Press New York. **6** Rechziegler H, 1985. In: Miehlke K (Hrsg.), *Moderne Antirheumatika – ihre Stellung in einem Gesamttherapiekonzept unter Berücksichtigung der Multimorbidität.* pmi Verlag, Frankfurt, 48 – 57. **7** Rechziegler H. Nicht steroidale Antirheumatika. Kriterien für eine rationale Auswahl. *Fortschr. Med* 102, 497-502 (1984). **8** Laws D(1994). Double blind parallel group investigation in general practice of the efficacy and tolerability of Acemetacin in comparison with diclofenac in patients with acute low back pain. *Br J Clin Res* 5: 55-64. **9** Informations spécialisées Tilur®/retard, www.swissmedic.ch. Toutes les références sont disponibles sur demande auprès de Drossapharm.

DROSSA PHARM

1010701
DPO_K0004_02/2025

constater qu'un nombre limité de pays a réussi une implémentation et une utilisation courante en clinique comme celle qui a été réalisée à Unisanté et qui est décrite dans cet article.¹¹ Dans ce contexte, en raison de la méconnaissance de cet outil en Suisse et afin de faciliter la compréhension, nous avons jugé important de décrire dans cet article l'origine et l'évolution de la CISP au fil des années.

de routine, la planification familiale, la prévention et d'autres motifs non liés à une maladie (figure 2). Le chapitre suivant (A) porte sur les symptômes et plaintes multisystémiques, tels que la fièvre ou la fatigue. Ensuite, 14 autres chapitres couvrent les systèmes ou organes (chapitres B à W), tandis que les chapitres restants traitent d'aspects non liés à un système spécifique: Z (problèmes sociaux), I (interventions et processus), II (fonctionnement et facteurs associés), IV (codes d'urgence) et V (codes d'extension).

STRUCTURE DE LA CISP-3

La CISP-3 comprend 19 chapitres, soit deux de plus que la version précédente. Le chapitre initial (A1) aborde les consultations pour des motifs généraux, comme les examens

La majorité des codes alphanumériques de la CISP-3 en lien avec les problèmes de santé sont composés d'une première lettre indiquant le chapitre (A à Z) et d'une deuxième lettre indiquant le composant, soit «S» pour symptôme, soit «D»

FIG 1 De la CISP-1 à la CISP-3

CISP: Classification internationale des soins primaires; ECOGEN: Éléments de la consultation en médecine générale^{14,15}; FIRE: Family Medicine Research using Electronic Medical Records¹⁶; WONCA: Organisation mondiale des médecins de famille.

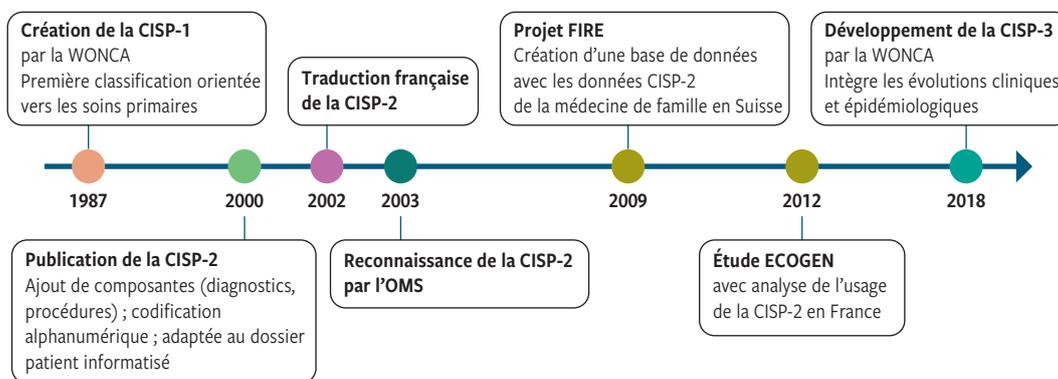


FIG 2 Structure de la CISP-3 avec chapitres, composants et quelques exemples

CISP: Classification internationale des soins primaires.

	Planification familiale	Général, examens de routine	Introduction et préférences de traitement	Prévention	Santé publique	Visite pour autre raison	Général	Sang	Digestif	Œil	S. génitale	Oreille	Circulatoire	Musculosquelettique	Neurologie	Psychologique	Respiratoire	Peau	Métabolisme	Urologie	Grossesse	Problèmes sociaux influençant la santé	Interventions, processus	Fonctionnement	Codes d'urgence	Codes d'extension		
Chapitres	A1						A	B	D	F	G	H	K	L	N	P	R	S	T	U	W	Z	I	II	IV	V		
Composants	AF	AG	AI	AP	AQ	AR	S : symptômes D : diagnostics														ZC							
Codes-01 à 99	Exemples AF02 : contraception orale AG01 : examen général pour une personne sans plainte ni diagnostic AP15 : dépistage du diabète						Exemples AS03 : fièvre LS17 : douleur musculaire LD66 : syndrome du dos sans douleur irradiante RS07 : toux RD09 : pneumonie US01 : dysurie UD02 : cystite														Exemples ZC16 : problème au travail ZC38 : problème de bien-être social							



Rachat dans la caisse de pension.

Toutes voiles dehors pour votre capital de prévoyance.

Il nous tient à cœur d'assurer l'avenir financier des prestataires médicaux.

Chez Medpension, les rachats dans la caisse de pension offrent plusieurs avantages: le capital supplémentaire investi génère des prestations de vieillesse sensiblement supérieures et vous bénéficiez en parallèle d'allègements fiscaux. Le montant de rachat versé évoluera de manière extrêmement avantageuse pour vous – nous y veillons avec une rémunération attrayante, afin que votre capital de prévoyance navigue toutes voiles dehors. Chez nous, votre prévoyance est en bonnes mains.

Rémunération supérieure à la moyenne pour votre patrimoine

	2024	Moyenne 5 ans	Moyenne 10 ans
Medpension	6.00%	3.99%	3.52%
Taux minimal LPP	1.25%	1.05%	1.12%

Degré de couverture idéal pour votre sécurité

	2024	Moyenne 5 ans	Moyenne 10 ans
Medpension	113.9%	114.5%	114.3%
Moniteur Swisscanto des CP	117.0%	115.8%	113.6%

Performance attrayante pour votre prévoyance

	2024	Moyenne 5 ans	Moyenne 10 ans
Medpension	8.29%	2.90%	4.06%
UBS Performance des CP	7.72%	2.90%	3.42%

vsao asmac

 La prévoyance en bonnes mains.

T +41 31 560 77 77, info@medpension.ch

Medpension est une organisation partenaire de l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (asmac).



Tout savoir sur le rachat dans la caisse de pension sur le lien suivant
www.medpension.ch/fr/rachat

pour diagnostic. Ces deux lettres sont suivies de deux chiffres. À titre d'exemple, le code pour le symptôme «fatigue» est AS04, tandis que celui pour «anémie ferriprive» est BD66. La CISP-3 permet aussi de coder les interventions en utilisant les codes du chapitre I (interventions et processus), avec une lettre (choisie selon les chapitres de la CISP-3) suivie de trois chiffres qui précisent l'intervention (par exemple, B105 pour «analyse de sang en lien avec une maladie hématologique»)¹².

Au total, la CISP-3 inclut actuellement 1235 codes pour les symptômes et les diagnostics. Elle permet de coder, pour chaque rencontre, le motif, le diagnostic, le fonctionnement (limitations, activité, facteurs personnels/environnementaux), les interventions et les processus, ainsi que des codes dédiés aux visites sans lien direct avec une pathologie (prévention, dépistage, immunisation). Cette richesse la rend particulièrement adaptée à la description de l'activité variée et complexe de la médecine générale, dont les codes correspondent à des situations fréquentes en médecine de première ligne.

IMPLÉMENTATION EN MILIEU CLINIQUE

Le projet d'utiliser la classification dans un centre académique comme Unisanté a vu le jour parallèlement à l'impératif de changer de système informatique en 2023. Unisanté a décidé d'adopter Pulse Medica, un dossier patient informatisé dont la structure et le fonctionnement sont adaptés à la médecine interne générale ambulatoire.¹³ Cette opportunité a permis d'intégrer la CISP-3 comme outil de classification dans ce nouveau logiciel.

Pour assurer une implémentation optimale de Pulse, des formations courtes ont été proposées aux différents corps de métier afin de les familiariser avec la plateforme. En outre, l'équipe informatique était présente sur place lors du lancement afin de répondre aux demandes et questions urgentes des utilisateurs. Des réunions hebdomadaires d'1 heure ont été organisées afin de créer un espace d'échange, ce qui a permis de transmettre les nombreuses évolutions du logiciel sur les 6 premiers mois et de recueillir les propositions d'amélioration émises par les utilisateurs. Une simulation de parcours patient, avec des acteurs jouant le rôle de patients, a eu lieu pour tester le dossier patient et l'utilisation de la classification avant le lancement du logiciel en milieu clinique.

La version de la CISP-3, initialement adoptée en novembre 2023, n'était disponible qu'en anglais dans un premier temps, puis en français ultérieurement. Même si les utilisateurs ont bénéficié de formations dédiées lors des premiers mois du déploiement, cela s'est avéré insuffisant. L'adoption de la classification s'est heurtée à une certaine résistance de la part des équipes médicales, qui devaient déjà se familiariser avec un nouveau logiciel et, en parallèle, effectuer un important travail de transfert d'informations médicales depuis l'ancien dossier patient informatisé. Qui plus est, ces différents changements sont intervenus lors d'un changement de semestre des médecins assistants, ce qui a pu rendre l'implémentation plus complexe. C'est l'une des raisons pour lesquelles il a été décidé d'utiliser uniquement la codification des diagnostics et/ou des symptômes pour les problèmes actifs et passifs du dossier du patient.

UNE ANNÉE D'UTILISATION DE LA CISP-3 À UNISANTÉ

Malgré les difficultés évoquées précédemment, la codification des diagnostics et des plaintes lors des consultations à Unisanté, tant pour les consultations planifiées que pour les consultations en urgence, a évolué positivement au fil du temps. En 2024, près de 15000 codes CISP-3 ont été insérés pour l'ensemble des 50025 consultations effectuées dans les trois sites d'activité de médecine interne générale ambulatoire d'Unisanté (Policlinique de médecine générale (PMG), Permanence du Flon (FLO) et Centre de santé Blécherette (CSB)) (tableau 1). Il est important de signaler que pour cette analyse, nous avons uniquement utilisé les diagnostics nouvellement insérés pendant la consultation, afin de mieux décrire la pratique de codification intégrée à l'activité clinique.

À la PMG, 23106 consultations ont eu lieu en 2024. Sur un total de 7341 diagnostics, symptômes ou procédures saisis dans le dossier patient informatisé, 5787 comportent un code CISP-3. Sur l'ensemble des codes insérés, 3528 sont détaillés par un texte complémentaire au code, grâce à une fonctionnalité disponible dans le logiciel. En outre, 1554 diagnostics ont été saisis en texte libre, sans code correspondant.

À la FLO, structure qui offre uniquement des soins d'urgence, 18178 consultations ont été effectuées en 2024. Sur les 8187 diagnostics à la FLO, 6743 codes ont été saisis avec la CISP-3. Parmi les diagnostics codés, 3176 ont une précision complémentaire sous forme de texte. Par ailleurs, 1444 diagnostics supplémentaires ont été saisis dans le dossier patient informatisé sans aucun code de base, puisqu'ils ont été enregistrés en texte libre.

Au CSB, durant la même période, 8741 consultations ont été réalisées par les professionnels de santé, dont 2992 diagnostics saisis dans le dossier patient informatisé. Parmi ces diagnostics, 2467 sont codés en CISP-3 et 1323 comportent des détails saisis en plus sous forme de texte. En outre, 525 diagnostics ont été enregistrés sans code correspondant, mais uniquement en texte libre.

La proportion élevée d'ajouts de texte lors des diagnostics saisis avec la CISP-3 en 2024 (8027 sur 14997; 53,5%) pourrait soulever la question du niveau de précision de la

TABLEAU 1 Consultations et codification CISP-3 à Unisanté en 2024

Lieu de consultation	Nombre de consultations ^a	Nombre de diagnostics insérés lors de la consultation	Nombre de diagnostics insérés avec la CISP-3 lors de la consultation
PMG	23 106	7341	5787 (78,8%)
FLO	18 178	8187	6743 (82,4%)
CSB	8741	2992	2467 (82,5%)
Total	50025	18520	14997 (80,9%)

^aCeci comprend les consultations présentielle, les consultations téléphoniques et les contacts en l'absence du patient avec documentation médicale.

CISP: Classification internationale des soins primaires; CSB: Centre de santé Blécherette; FLO: Permanence du Flon; PMG: Policlinique de médecine générale.

classification CISP-3 ou refléter les habitudes de classification à Lausanne. Ce besoin de précision pourrait également s'inscrire dans le cadre de pratiques de gradation de certaines pathologies (par exemple, entorses classées selon leur degré, obésité selon le stade OMS, etc.), ce qui s'avère nécessaire en l'absence d'un code suffisamment spécifique pour décrire clairement certaines situations cliniques. Il est vrai qu'une classification doit être un compromis entre le niveau de précision et la nécessité d'avoir une structure de codage relativement générique pour faciliter son utilisation. Toutefois, notre analyse de l'utilisation de la CISP-3 à Unisanté pourrait suggérer soit une certaine résistance des utilisateurs à se limiter au texte correspondant aux codes CISP-3 tels qu'ils sont proposés, soit une difficulté à trouver le code correspondant à un diagnostic précis, qui serait alors remplacé par un diagnostic en texte libre.

En somme, ces données confirment un usage significatif, mais non standardisé, de la CISP-3, avec un recours fréquent à des compléments d'informations rédigés librement. Du point de vue épidémiologique, les maladies chroniques les plus prévalentes dans la population générale sont, sans surprise, en tête de la liste des diagnostics les plus codés lors des consultations de suivi à la PMG (tableau 2). Parmi les diagnostics les plus fréquents dans les consultations ambulatoires non électives à la FLO figurent les maladies aiguës avec une haute incidence en médecine de première ligne (tableau 3).

PERSPECTIVES ET OPPORTUNITÉS EN SUISSE

L'intégration de la CISP-3 dans la pratique clinique de la médecine de premier recours encourage une vision plus globale du patient, en tenant compte de ses motifs de consultation, de ses plaintes et du contexte de soins. Cependant, une formation spécifique à l'usage de la CISP-3 s'avère indispensable pour garantir une utilisation cohérente et pertinente de cet outil, ainsi que pour permettre aux usagers de comprendre les fondements conceptuels de la classification

TABLEAU 2 Diagnostics les plus fréquents à la Policlinique de médecine générale en 2024

CISP: Classification internationale des soins primaires.

Code CISP-3	Diagnostic	Nombre d'insertions
TD66	Obésité	357
KD73	Hypertension non compliquée	264
TD75	Hypercholestérolémie	244
TD72	Diabète de type II	210
BD66	Anémie ferriprive	156
LD66	Syndrome du dos sans douleur irradiante	97
PD12	Dépression	81
TD74	Carence minérale et nutritionnelle	70
LD79	Arthrose du genou	62
KD79	Insuffisance veineuse	58

TABLEAU 3 Diagnostics les plus fréquents à la Permanence du Flon en 2024

CISP: Classification internationale des soins primaires.

Code CISP-3	Diagnostic	Nombre d'insertions
RD02	Infection aiguë des voies respiratoires supérieures	631
RD04	Amygdalite ou angine aiguë	203
DD05	Gastroentérite présumée infectieuse	148
LD46	Entorse ou foulure de la cheville	139
RD07	Grippe	138
RD06	Bronchite aiguë ou bronchiolite	135
RD03	Sinusite aiguë	116
RD02	Pharyngite aiguë	116
UD02	Cystite	111
SD35	Ecchymose ou contusion	109

et de s'approprier les logiques de documentation centrées sur la description des épisodes de soins, et non exclusivement sur les diagnostics. Ceci permettra d'enregistrer également les motifs de consultation et les actions entreprises par les professionnels selon une perspective centrée sur le patient, ce qui reflétera mieux la réalité du travail clinique en médecine générale. Une sensibilisation à la finalité du codage, à savoir l'amélioration de la qualité des soins, l'optimisation du suivi longitudinal des patients et la production de données épidémiologiques, permettrait une adoption plus généralisée par les acteurs de la santé communautaire.

Par ailleurs, il existe un potentiel de formation ciblée pour les médecins en formation comme pour les médecins déjà en pratique autonome, en s'appuyant sur des données statistiques personnelles issues de leur propre activité. En identifiant les types de patients, les motifs de consultation et les diagnostics les plus fréquents, il devient possible de proposer une formation postgraduée ou continue adaptée aux situations cliniques les plus courantes. Cette approche individualisée favorise une meilleure appropriation de la classification et renforce sa pertinence clinique.

L'exploitation des données de codage issues de l'utilisation de la CISP-3 pourrait également permettre d'identifier certains biais ou tendances dans la pratique. Par exemple, la sur-représentation de certains codes pourrait traduire une sous-utilisation d'autres codes plus pertinents ou refléter des habitudes cliniques influencées par des préférences personnelles ou institutionnelles. Une telle analyse ouvre la voie à des démarches d'amélioration continue de la qualité des soins et à une réflexion critique sur la pratique quotidienne en médecine interne générale ambulatoire.

CONCLUSION

L'expérience d'Unisanté illustre qu'une intégration réussie de la CISP-3 en médecine de premier recours est possible, même dans un contexte de transition numérique complexe. Malgré certaines limites de granularité de la classification et le recours fréquent au texte en complément du code CISP-3,

l'ampleur de son adoption démontre l'intérêt et la pertinence de cet outil pour structurer l'information clinique, renforcer la qualité du suivi et contribuer à la production de données épidémiologiques robustes. L'avenir de la CISP-3 en Suisse dépendra de la capacité à accompagner son utilisation par une formation ciblée, à affiner la classification en fonction des besoins locaux et à inscrire son usage dans une démarche pérenne de monitoring et de développement des soins de première ligne.

Conflit d'intérêts: B. Fauquert et L. Letrilliart sont membres du WICC.

L. Letrilliart est membre du comité de pilotage du WICC et des chercheurs de l'étude ECOGEN. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Intelligence artificielle: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour une version initiale de certains paragraphes et avoir ensuite validé la version finale de l'article.

ORCID ID:

B. Fauquert <https://orcid.org/0000-0003-2841-3715>

L. Letrilliart <https://orcid.org/0000-0002-6802-7002>

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'adoption de la troisième version de la Classification internationale des soins primaires (CISP-3) dans un centre académique de médecine générale a permis de mieux documenter les diagnostics, offrant ainsi une vision plus fiable de la pratique en médecine de première ligne.
- La CISP-3 contribue à la standardisation de la documentation médicale, ce qui favorise la continuité des soins, la communication entre les professionnels et la comparabilité des données au niveau local et international.
- L'exploitation des données codées ouvre la voie à une meilleure surveillance épidémiologique et à des programmes de formation ciblés, adaptés aux situations cliniques les plus fréquentes en santé communautaire.

1 Verbeke M, Schrans D, Deroose S, De Maeseneer J. The International Classification of Primary Care (ICPC-2): an essential tool in the EPR of the GP. *Stud Health Technol Inform.* 2006;124:809-14.

2 *Soler JK, Okkes I, Wood M, Lamberts H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Fam Pract.* 2008 Aug;25(4):312-7.

3 de Lusignan S, van Weel C. The use of routinely collected computer data for research in primary care: opportunities and challenges. *Fam Pract.* 2006 Apr;23(2):253-63.

4 Letrilliart L. CISP-2: quésaco? *Exercer.* 2014;(114):158-61.

5 Wonca Global Family Doctor. WONCA Working Party: International Classification (WICC) [En ligne].

Disponible sur: www.globalfamilydoctor.com/groups/WorkingParties/wicc.aspx

6 World Health Organization. WHO Family of International Classifications Network [En ligne]. Disponible sur: www.who.int/groups/who-family-of-international-classifications-network

7 SNOMED International [En ligne].

Disponible sur: www.snomed.org/

8 CISP-Club [En ligne]. Disponible sur: www.cisplclub.org

9 **WONCA ICPC-3 Foundation. International Classification of Primary Care – 3rd Revision (ICPC-3) [En ligne]. Disponible sur:

10 **Napel HT, van Boven K, Olagundoye OA, et al. Improving Primary Health Care Data With ICPC-3: From a Medical to a Person-Centered Perspective. *Ann Fam Med.* 2022 Jul-Aug;20(4):358-61.

11 Bigio J, MacLean E, Vasquez NA, et al. Most common reasons for primary care visits in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS Glob Public Health.* 2022 May 2;2(5):e0000196.

12 **WONCA ICPC-3 Browser [En ligne]. Disponible sur:

13 PulseMedica. Le logiciel médical pour les professionnels de la santé [En ligne]. Disponible sur: www.pulsemedica.ch

14 Letrilliart L, Supper I, Schuers M, et al. ECOGEN: étude des éléments de la

consultation en médecine générale. *Exercer.* 2014;(114):148-57.

15 Hsiung L, Supper I, Guérin MH, et al. Les procédures de soins en consultation de médecine générale: analyse des données de l'étude nationale ECOGEN. *Exercer.* 2014;(114):162-9.

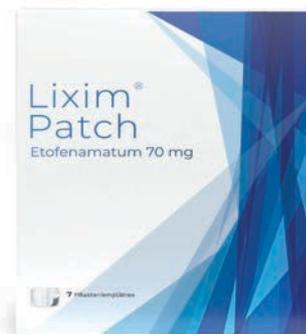
16 *FIRE Project, Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich. FIRE – base de données des données de routine en médecine de famille [En ligne]. Disponible sur:

* à lire

** à lire absolument

La dernière étude pivot confirme l'efficacité et la pertinence clinique de l'action antalgique de l'étofénamate.

Les maladies de l'appareil locomoteur, aussi appelées «affections musculo-squelettiques» font partie des problèmes de santé les plus fréquents en Suisse. Le défi consiste à trouver un traitement de la douleur très efficace au niveau local et qui, simultanément, favorise la guérison et permet aux patientes et aux patients de rester actifs tant sur le plan professionnel que dans leurs loisirs. De nouvelles données d'études apportent une réponse claire. L'étofénamate contenu dans Lixim® Patch montre dans la dernière étude pivot une réduction significative et cliniquement pertinente de la douleur lors de divers traumatismes.^{1,2} Lixim® Patch offre à cet égard des avantages par rapport aux autres AINS topiques.^{1,2,3}



Points forts de l'étude : Lixim® Patch désormais autorisé avec des indications étendues

Dans une étude multicentrique, randomisée et contrôlée contre placebo, 180 patients ont été traités pour des claquages, des entorses ou des contusions aigus des membres supérieurs et inférieurs. Le groupe de traitement a utilisé Lixim® Patch une fois par jour, le groupe de comparaison un emplâtre placebo, dans les deux cas pendant 7 jours.² L'intensité de la douleur a été notée sur l'EVA allant de 0 à 100 mm (échelle visuelle analogique).

Des résultats impressionnants et pertinents pour la pratique quotidienne

- Efficacité en constante augmentation : après 72 heures déjà (critère d'évaluation principal), la douleur au mouvement (pain on movement, POM) a diminué de 59 mm dans le groupe Lixim® Patch contre 33 mm dans le groupe sous placebo (EVA de 100 mm), cette différence de -25 mm étant très significative ($p < 0.0001$).² (Fig. 1)
- Taux de réponse (≥ 50 % de réduction de la douleur après 72 h) : 98.3 % sous Lixim® Patch contre 38.3 % sous placebo Le taux de réponse de 98.3 % pour Lixim® Patch signifie que pratiquement tous les patients en bénéficient de manière tangible. L'amélioration est décelable dès le premier patch.² (Fig. 1)

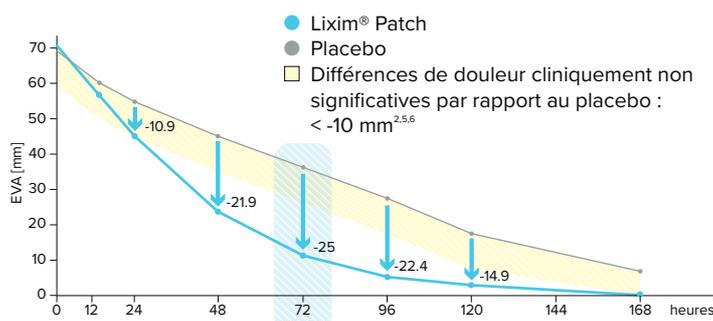


Fig. 1 : réduction de la douleur au mouvement (pain on movement, POM)

- Le nombre de sujets à traiter (NNT, number needed to treat) calculé de 1.7 souligne la grande efficacité. Plus les valeurs du NNT sont basses, plus les patients bénéficient du traitement. 1.7 est une valeur qui, selon les auteurs d'une revue Cochrane, joue dans la ligue des formulations d'AINS topiques les plus efficaces. Les auteurs ont défini un NNT inférieur à 4 comme une indication d'efficacité élevée.^{2,4} (Fig. 2)

NNT* (IC à 95 %)	Comparaison	Études
4.7 (3.7–6.5)	Patch à base de diclofénac-épolamine ⁴	4
3.2 (2.6–4.2)	Patch à base de diclofénac-épolamine / héparine ⁴	3**
2.2 (1.9–2.6)	Lixim® Patch cheville⁷	2
1.7 (1.4–2.1)	Lixim® Patch traumatismes divers²	1

Fig. 2 : comparaison du NNT entre différents patches. Revue Cochrane et études individuelles

Pertinence clinique

Un médicament est considéré comme efficace de manière tangible lorsqu'il atteint une différence de > 10 mm sur EVA par rapport au placebo.^{2,5,6} Lixim® Patch convainc par une forte réduction de la douleur, tangible et significative, de -25 mm (différence moyenne par rapport au placebo) et accélère la récupération fonctionnelle et la mobilisation.² (Fig. 1) En particulier en cas de blessures de la vie courante ou dans le contexte de la médecine sportive, la disparition rapide de la douleur est décisive pour un retour rapide à l'activité et à une vie quotidienne normale.

Les nouvelles données d'étude confirment que l'étofénamate, sous cette forme innovante de patch, est une option efficace pour le traitement local de la douleur.²

Information professionnelle abrégée de Lixim® Patch voir l'annonce Lixim® Patch.

Bilan pour la pratique : bénéfices pertinents pour les patients avec Lixim® Patch (étofénamate)

- + Réduction de la douleur tangible et cliniquement significative dès le premier patch en cas de divers traumatismes²
- + Une grande majorité des patients évaluent l'efficacité globale comme très bonne / bonne par rapport au placebo (très significative, $p < 0.0001$)²
- + 98.3 % des patients obtiennent une réduction de la douleur ≥ 50 % en l'espace de 72 heures contre 38.3 % sous placebo²
- + Le NNT de 1.7 est une valeur qui, selon les auteurs d'une revue Cochrane, joue dans la ligue des formulations d'AINS topiques les plus efficaces²
- + 1x par jour, libération constante du principe actif pendant 24 h¹
- + Très bonne adhérence : > 95 % des emplâtres ont été jugés très adhérents par les médecins après 24 h²
- + Propriétés hydrofuges^{1,3}
- + Grande élasticité : s'adapte à toutes les parties du corps^{1,3}

Références : 1. Information professionnelle – www.swissmedicinfo.ch 2. Predel H.G. et al. A Randomized Placebo-Controlled Trial of the Efficacy and Tolerability of Etofenamate 70 mg Medicated Plaster for the Treatment of Pain in Acute Sprains, Strains or Bruises of the Soft Tissues Following Blunt Trauma. Pain Ther. 2025 Jul 17. 3. https://www.dupont.com/content/dam/dupont/amer/us/en/liveo/public/documents/en/DIGITAL_04-1098-01-AGP1122_Drossapharm_LIXIM_PatchCaseStudy_AGP16881_A4.pdf (last access 19.08.2025) 4. Derry S. et al. Topical NSAIDs for acute musculoskeletal pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jun 11;2015(6):CD007402. 5. Kelly A.M. Does the clinically significant difference in visual analogue scale pain scores vary with gender, age, or cause of pain? Acad Emerg Med. 1998 Nov;5(11):1086-90. 6. Kelly A.M. The minimum clinically significant difference in visual analogue scale pain score does not differ with severity of pain. Emerg Med J. 2001 May;18(3):205-7. 7. Predel H.G. et al. Efficacy and Safety of an Etofenamate Medicated Plaster for Acute Ankle Sprain: A Randomized Controlled Trial. Orthop J Sports Med. 2021 Aug 12;9(8):23259671211032591. * Valeur statistique, représente le nombre de patients qui doivent être traités pour qu'un patient obtienne un succès clinique (réduction de la douleur de 50 % après 72 h) qui ne serait pas survenu avec un placebo. Dans l'étude la plus récente, Lixim® Patch montre une réduction de la douleur de 50 % chez 98.3 % des patients. Le placebo parvient à 38.3 % → NNT = 1 / différence. ** dont 2 études avec Flectoparin® (diclofénac/héparine). Informations complémentaires : Drossapharm SA, Birsweg 1, 4144 Arlesheim, 061 705 10 00

QCM D'AUTO-ÉVALUATION

Testez vos connaissances...

Santé au travail: rôle et limites du médecin de premier recours*(voir article p. 1976)*

1. Parmi les affirmations suivantes concernant le rôle du médecin de premier recours (MPR) face aux problématiques de santé au travail, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?

- A.** Il n'est pas habilité à qualifier juridiquement une situation de harcèlement
- B.** Il peut attester d'une incapacité de travail sans tenir compte des exigences du poste
- C.** Le certificat de bonne santé vise exclusivement la santé individuelle, sans lien avec des enjeux professionnels ou réglementaires
- D.** Le MPR est autorisé à effectuer les examens médicaux facultatifs relatifs au travail de nuit

TDAH à l'âge adulte et spécificités de genre: repérage chez le généraliste*(voir article p. 1970)*

4. Quelle(s) est (sont) la (les) affirmation(s) correcte(s) concernant le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité chez les adultes?

- A.** La plupart des symptômes disparaissent à l'âge adulte
- B.** La prévalence à l'âge adulte s'équilibre entre les femmes et les hommes
- C.** Les critères diagnostiques sont aussi sensibles pour les femmes que pour les hommes
- D.** Le diagnostic doit être posé par un-e psychiatre pour que les traitements soient remboursés

Dépendance aux opioïdes en médecine de premier recours*(voir article p. 1962)*

2. Parmi les examens complémentaires suivants, lequel (lesquels) doit (doivent) être réalisé(s) en cas d'introduction d'un traitement agoniste opioïde?

- A.** Formule sanguine complète, fonctions rénale et hépatique, bilan lipidique et HbA1c
- B.** Sérologies pour le VIH, les virus des hépatites B et C
- C.** Électrocardiogramme chez les patients à profil de risque cardiaque
- D.** Électrocardiogramme pour tous les patients
- E.** Recherche de toxiques urinaires pour évaluer la tolérance aux opiacés

Implémentation de la CISP-3 en clinique: projet pilote en milieu académique*(voir article p. 1996)*

5. Parmi les affirmations suivantes concernant la Classification internationale des soins primaires (CISP), laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?

- A.** La CISP a été créée en 1987 par la WONCA (organisation mondiale des médecins de famille)
- B.** Le WICC (WONCA International Classification Committee) développe et maintient la CISP
- C.** La CISP-3 présente 1235 codes de symptômes et de diagnostics
- D.** En Suisse, la CISP-3 est principalement utilisée à l'hôpital

POCUS en médecine de premier recours: état des lieux en 2025*(voir article p. 1986)*

3. Parmi les propositions suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?

- A.** L'usage du POCUS (Point-of-Care Ultrasound) améliore la satisfaction des médecins de premier recours (MPR)
- B.** Le dépistage de l'anévrisme de l'aorte abdominale est fiable après quelques heures de formation ciblée
- C.** Dès 2027, l'obtention de l'attestation de formation complémentaire POCUS composante 1 pour le titre de spécialiste en médecine interne générale délivré par la FMH est recommandé
- D.** Une composante spécifique à la médecine générale ambulatoire pourrait être construite sur la base d'un processus Delphi

Réponses correctes:
1AD, 2ABCE, 3ABD, 4BD, 5ABC



MARDI 18 NOVEMBRE 2025 à 18h00

Entre rêve et réalité : risques et bénéfices du sport de haut niveau chez les jeunes

Le sport façonne profondément le corps et l'esprit des jeunes. Source de bienfaits, il favorise la croissance harmonieuse, la performance et l'épanouissement. Mais le sport intensif peut comporter des méfaits, en fragilisant la santé physique ou psychologique lorsqu'il est mal encadré. Cette conférence suivie d'une table ronde, invite à réfléchir aux limites, aux équilibres et aux conditions nécessaires pour que la pratique sportive tienne compte à la fois du développement et du bien-être des jeunes athlètes.

CONFÉRENCIER.ÈRE.S :

Docteure Isabelle Rochat

Pneumologue pédiatre, CHUV

Professeur Dimitri Ceroni

Orthopédiste pédiatre, HUG

Sébastien Grossini

*Entraîneur, maître-éducation physique,
UNIGE*

Elise Chabbey

*Cycliste, médecin, vainqueur du tour de
Romandie 2025*

MODÉRATRICE :

Francesca Argiroffo

Journaliste

Inscription gratuite mais **obligatoire** (places limitées)
Conférence disponible à distance : inscription obligatoire.

CRÉDITS:

2 crédits SSP

ADRESSE :

Salle CineMEA,
Maison de l'enfance et de l'adolescence,
Boulevard de la Cluse 26, 1205 Genève



5 minutes pour apprendre Épaule douloureuse... pas seulement la coiffe

Dre CAROL RUDOLPH-SAVATIER^a et Dr CHRISTIAN JUILLET^b

Rev Med Suisse 2025; 21: 2006-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.938.47573

Painful shoulder... not only the rotator's cuff

A painful shoulder is a frequent complaint in general practice. In this clinical vignette, we discuss the case of an elderly patient with pain and lack of strength in the right shoulder one month after a hospital stay. The diagnosis is an injury of the accessory nerve after the placement of a central venous catheter in an emergency setting. The different causes of non-orthopaedic causes of shoulder pain are reviewed with emphasis on neurological etiologies.

VIGNETTE CLINIQUE

Un patient de 78 ans consulte son généraliste en raison d'une épaule droite douloureuse associée à un manque de force lors du port d'objets à bout de bras. Il a été hospitalisé deux mois auparavant pour un choc cardiogénique nécessitant une prise en charge de la maladie coronarienne avec intubation et se demande si ce problème d'épaule nouveau peut être en lien avec son hospitalisation?

L'examen clinique oriente vers une pathologie de la coiffe des rotateurs (limitation dans les amplitudes en actif, mais pas en passif, pas d'examen neurologique réalisé à cette consultation). La radiographie de l'épaule est normale. Un traitement de physiothérapie et une antalgie sont prescrits.

Le patient est revu un mois plus tard pour un suivi de la problématique cardiaque. La pathologie de l'épaule a progressé avec une augmentation des douleurs et une diminution de la force. Le physiothérapeute qui suit le patient pense à un problème neurologique. L'examen clinique confirme une *scapula alata* dynamique (décollement de l'omoplate de la cage thoracique lors du mouvement de l'épaule) avec une ascension latérale sans fasciculation.

L'IRM du plexus brachial montre un œdème de dénerivation du trapèze avec une prise de contraste ainsi qu'une atrophie graisseuse partielle du muscle infra-épineux. Les radiologues décrivent également un œdème du muscle sous-clavier possiblement en rapport avec une ancienne pose de voie veineuse centrale en position sous-clavière. À ce stade, le diagnostic de présomption est une lésion nerveuse lors d'une tentative de pose de voie veineuse centrale jugulaire droite.

L'électroneuromyographie (ENMG) confirme le diagnostic d'une atteinte isolée du nerf accessoire et la tentative de pose de voie veineuse centrale (VVC) jugulaire droite est confirmée par l'étude du dossier hospitalier.

INTRODUCTION

Les omalgies sont le 3^e motif de consultation musculosquelettique le plus fréquent en médecine générale. À visée pratique, il peut être utile de classer les causes d'omalgies entre les origines intrinsèques (consécutives à une lésion de l'appareil musculo-tendineux, bourses, articulation gléno-humérale) des origines extrinsèques en lien avec des douleurs référées ou d'une pathologie extérieure à l'épaule. D'après la littérature, les origines d'omalgies sont majoritairement intrinsèques et dans 2-10% des cas d'origine extrinsèque. La pose de VVC est un geste fréquent aux soins intensifs, et peut provoquer des complications tardives dont il est parfois difficile de trouver le lien, avec des symptômes présentés plusieurs mois plus tard.

Ce cas clinique permet de rappeler la nécessité pour le médecin de premier recours de considérer les possibles causes extrinsèques, notamment neurologiques des omalgies, notamment à la suite d'une hospitalisation.

En présence d'omalgies, les drapeaux rouges² à passer en revue afin d'exclure une origine extrinsèque sont entre autres une apparition brutale de la douleur, notamment si cette dernière n'est pas liée à une mobilisation cervicale ou du membre supérieur (poignet, coude, épaule) et dont la localisation est vague. Des symptômes associés d'ordre général, comme de la fièvre, des frissons, de la fatigue ou encore une perte pondérale, doivent aussi évoquer une origine extrinsèque. Des symptômes et signes d'autres systèmes; telles des atteintes cardiovasculaire, pulmonaire, digestives ou encore un déficit neurologique font également partie des drapeaux rouges. Et finalement, une origine traumatique représente elle aussi une situation à risque.

CAUSES EXTRINSÈQUES D'OMALGIES

Les causes extrinsèques d'omalgies sont celles en lien avec des douleurs référées ou une pathologie externe à l'épaule. Elles sont classées par origine dans le **tableau 1**.

^aCabinet de groupe, 2052 Fontainemelon, ^bFMH en médecine interne générale, Medbase Neuchâtel la Côte, 2035 Corcelles
c.rudolph-savatier@hin.ch | christian.juillet@medbase.ch

TABLEAU 1 Causes extrinsèques d'omalgies

Causes neurologiques ¹		
Types d'atteinte	Clinique	Prise en charge
Troncs nerveux		
Neuropathie du long thoracique	Scapula alata, impotence fonctionnelle de l'épaule	ENMG, rééducation, neurolyse possible, récupération longue
Neuropathie axillaire	Scapulargie, troubles sensitifs de l'épaule, parésie d'abduction	ENMG, traitement conservateur, mais neurolyse possible en présence d'ostéophytes
Neuropathie suprascapulaire	Scapulargie, amyotrophies indolores des fosses supra et infra-épineuses, parésie de rotation externe	ENMG, traitement conservateur, neurolyse en deuxième intention
Neuropathie dorsale de la scapula	Scapulargies postéro-médianes, un décollement de la scapula et une amyotrophie	ENMG, traitement conservateur
Neuropathie accessoire (XI ^e nerf crânien)	Amyotrophie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens et chef supérieurs du trapèze Difficulté d'élévation de l'épaule et de rotation controlatérale de la tête	ENMG, traitement conservateur sauf quelques exceptions ou le traitement est chirurgical
Radiculopathies		
C7 la plus fréquente	Peut intéresser tout le dermatome, mais peut être isolée au dentelé avec une scapula alata	ENMG
Zona		
-	Douleurs et le prurit dans le dermatome concerné avant l'apparition des vésicules	Traitement par un antiviral si éruption cutanée date de < 72 heures ± prise en charge des douleurs
Néuralgie amyotrophiante de l'épaule ou syndrome de Parsonage-turner		
-	Douleur violente d'apparition brutale de l'épaule, insomnante, suivie d'une paralysie et d'une amyotrophie de répartition inégale des muscles de la ceinture scapulaire, et parfois plus distale du membre supérieur, dont l'innervation dépend essentiellement du plexus brachial	ENMG, parfois IRM, traitement symptomatique à base d'antalgique et de prednisonne, puis rééducation
Plexopathie Radio-induite		
-	Plusieurs mois après radiothérapie, déficit sensitivomoteur mal systématisé avec parfois des myokymies et des crampes douloureuses	ENMG, traitement symptomatique
Autres causes extrinsèques d'omalgies²		
Cardiovasculaire		
<ul style="list-style-type: none"> • Infarctus du myocarde • Thrombose de la veine axillaire • Syndrome du défilé thoracique • Anévrisme aortique 		
Pulmonaire		
<ul style="list-style-type: none"> • Pneumonie lobaire supérieure • Épanchement pleural • Tumeur apicale • Embolie pulmonaire 		
Abdominale		
<ul style="list-style-type: none"> • Pathologie hépatobiliaire • Affection ovarienne • Pyélonéphrite • Irritation du diaphragme (par exemple, lésions de la rate, rupture de grossesse ectopique, perforation d'ulcère gastrique, postchirurgie par laparoscopie) 		

COMPLICATIONS TARDIVES DES VOIES VEINEUSES CENTRALES

Il est estimé que 3% des patients avec une VVC pendant 3 jours développent une complication.³

Les plus fréquentes étant: des échecs de placement 20,4/1000 cathéters (haute hétérogénéité), des perforations artérielles (16,2/1000 cathéters), des infections (4,8/1000 cathéters /jour). Pour les lésions nerveuses, l'incidence est estimée à 0,06%⁴ avec, notamment, des atteintes possibles du plexus brachial, du nerf accessoire ou du nerf phrénique. Des lésions définitives, partiellement ou complètement réversibles, ont été décrites. Le mécanisme lésionnel est variable, par

exemple lié à une compression par un hématome, à une mauvaise position du cathéter ou à un traumatisme direct à l'insertion de ce dernier.⁵

Les facteurs protecteurs par rapport à la survenue des complications sont l'usage systématique d'un guidage échographique lors de la pose de la VVC, et l'expérience du praticien.

CONCLUSION

Retour à la vignette clinique

La neuropathie du nerf accessoire entraîne une amyotrophie des muscles sterno-cléido-mastoïdiens (SCM) et du chef

supérieur du trapèze. Cliniquement, cela entraîne une amyotrophie des muscles SCM et du chef supérieur du trapèze, raison pour laquelle un des signes cliniques peut être une scapula alata, avec également une difficulté d'élévation de l'épaule et de rotation controlatérale de la tête humérale. Le déséquilibre musculaire consécutif déclenche fréquemment des douleurs cervicales.

L'évolution est pour la plupart du temps favorable (70-90% des cas) avec une prise en charge conservatrice. Une récupération partielle ou une absence de récupération intervient dans 10-30% des cas, souvent en lien avec une section complète du nerf, ou à un diagnostic tardif.

Pour notre patient, avec six mois de traitement de physiothérapie, il n'a plus de douleur et a retrouvé presque complètement la force. Une ENMG de contrôle montre une amélioration partielle de la conduction nerveuse.

Une omalgie en présence de déficits neurologiques, notamment suite à une hospitalisation, doit évoquer une cause extrinsèque. La pose de VVC, bien que souvent mises dans un contexte d'urgence vitale, est liée à plusieurs complications pouvant survenir plus tardivement.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- En présence d'omalgies, exclure les red flags, évoquant une cause extrinsèque de douleur d'épaule.
- Notamment, à la suite d'une hospitalisation, il est parfois utile de s'intéresser aux interventions (même mineures) dont le patient a été sujet, pour mieux comprendre la pathologie actuelle.
- Des lésions nerveuses peuvent être à l'origine de douleurs d'épaule et d'une impotence fonctionnelle.

SOUMETTRE UN CAS

Soumettez un cas traitant d'un incident ou potentiel incident (near miss en anglais) faisant suite à un acte médical éventuellement inapproprié, pour le format, merci de vous référer au site de la RMS: www.revmed.ch/publier-dans-la-revue/rubriques-de-la-revue.

Les textes sont à envoyer à: omar.kherad@latour.ch.

1 **Ochsner F, Kuntzer T, Vicino A, et al. Douleurs et faiblesse de l'épaule neurologique: attitudes pratiques. Rev Med Suisse. 2022 Avr 27;18(779):794-8. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.779.794.

2 **Kermode T, Pasche O, Cornuz J, Zufferey P. Épaule douloureuse: prise en charge ambulatoire. Rev Med Suisse. 2013

Nov 27;9(408):2205-8, 2210-1. DOI: 10.53738/REVMED.2013.9.408.2205.

3 Teja B, Bosch NA, Diep C, et al. Complication Rates of Central Venous Catheters: A Systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Intern Med. 2024 May 1;184(5):474-82. DOI: 10.1001/jamainternmed.2023.8232.

4 Björkander M, Bentzer P, Schött U, Broman ME, Kander T. Mechanical complications of central venous catheter insertions: A retrospective multicenter study of incidence and risks. Acta Anaesthesiol Scand. 2019 Jan;63(1):61-8. DOI: 10.1111/aas.13214.

5 Defalque RJ, Fletcher MV. Neurological

complications of central venous cannulation. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 1988 Jul-Aug;12(4):406-9. DOI: 10.1177/0148607188012004406.

** à lire absolument

Phytosédatif – une association qui fait la différence

Grâce à son action synergique, l'association des extraits spéciaux WS® 1014 de valériane et WS® 1303 de mélisse (**Dormiplant®**) induit le sommeil et exercea un effet calmant.^{2,5}

Insomnie – zoom sur les lignes directrices

Le risque imminent de chronicisation des troubles du sommeil exige des options thérapeutiques efficaces et utilisables à long terme. Or, pour les médicaments à action rapide comme les benzodiazépines et les hypnotiques de type Z, la durée maximale de traitement est de 3 à 4 semaines en raison de leur potentiel addictif.¹ En alternative, es directives, recommandent également des classes médicamenteuses telles que les antidépresseurs et les antipsychotiques, mais uniquement pour des maladies sous-jacentes correspondantes.¹ C'est la raison pour laquelle les produits phytopharmaceutiques occupent une place particulière dans le traitement des troubles du sommeil.

Conformément aux directives allemandes S3 relatives à l'insomnie, ces derniers sont en effet présentés comme une option thérapeutique ayant peu d'effets indésirables et un grade de recommandation B. Cela signifie que leur profil d'innocuité a été documenté par des études de cohorte de méthodologie rigoureuse ou une étude contrôlée randomisée. Il est à noter que les directives ne retiennent que les plantes valériane, mélisse et passiflore pour le traitement des troubles du sommeil.¹

Mélisse et valériane – une association pertinente qui fait la différence

Des expériences *in vitro* et *in vivo* ont montré que l'association des extraits spéciaux de valériane WS® 1014 et de mélisse WS® 1303 (Dormiplant®) a une action synergique sur les membranes préet postsynaptiques des neurones.^{2,3,4,5,6} En effet, l'extrait de valériane induit le sommeil par activation des récepteurs de l'adénosine et du GABA de type A de la membrane postsynaptique.^{2,3,4} Et l'extrait de mélisse réduit les symptômes de stress par son inhibition présynaptique de la dégradation du GABA.^{5,6}

Une étude multicentrique en double insu, randomisée, contrôlée par placebo portant sur 68 patients a scientifiquement documenté la puis-

sance de ce mécanisme d'action synergique en pratique clinique.⁷ La préparation combinée a montré une amélioration significative de la qualité du sommeil par rapport au bras placebo ($p = 0,02$) après deux semaines de prise à une posologie de 2 x 2 cp./j.⁷ Le niveau de motivation des patients a également augmenté significativement sous Dormiplant® ($p = 0,001$).⁷ Cet effet bénéfique s'est également reflété dans le questionnaire Clinical Global Impression selon lequel 60% des patients du groupe Dormiplant® vs 20% des patients du groupe placebo se sentaient en effet «beaucoup mieux» ($p = 0,05$).⁷

Un produit phytothérapeutique sur un pied d'égalité avec les produits synthétiques⁸

Dans une étude de trois semaines contrôlée par placebo et médicament de référence Dormiplant® s'est montré équivalent à la benzodiazépine triazolam en termes d'amélioration de l'efficacité du sommeil (temps passé à dormir vs temps passé au lit).⁸ Comme autre avantage, Dormiplant® permet de préserver l'architecture du sommeil, comme le montrent les résultats de l'EEG.⁸ Par rapport au bras placebo, l'examen a montré que le nombre de périodes d'éveils au cours du cycle de sommeil était significativement réduit chez les patients sous Dormiplant® (5,9% vs 9,6%; $p < 0,05$).⁸

Troubles du sommeil et nervosité – Dormiplant® également bénéfique chez l'enfant et l'adolescent⁹

Chez l'enfant et l'adolescent, Dormiplant® aide à soulager les symptômes tels qu'agitation, troubles de la concentration et troubles du contrôle des impulsions⁹ selon les données d'une étude multicentrique non interventionnelle une étude multicentrique non interventionnelle réalisée auprès de 169 enfants de 6 à 11 ans ayant reçu du Dormiplant® pendant 7 semaines (2 x 2 cp./j.).⁹ À la fin de l'étude, l'évaluation par le médecin en charge a montré une amélioration significative de l'ensemble des symptômes (voir figure 1).⁹

L'association unique de valériane et de mélisse



Références:

- Riemann, D., Baum, E., Cohrs, S. et al. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/ Schlafstörungen. Somnologie 21, 2–44 (2017). <https://doi.org/10.1007/s11818-016-0097-x>
 - European Union herbal monograph on Valeriana officinalis L., radix EMA/HMPC/150848/2015. 5 Community herbal monograph on Melissa officinalis L., folium EMA/HMPC/196745/2012.
 - Riedel E, Hängel R, Ehrke G. Hemmung des gamma-Aminobuttersäureabbaus durch Valerensäurederivate [Inhibition of gammaaminobutyric acid catabolism by valerianic acid derivatives]. Planta Med. 1982 Dec;46(4):219-20. German. PMID: 7163416.
 - Müller CE. A1 adenosine receptors and their ligands: overview and recent developments. Farmaco. 2001 Jan-Feb;56(1-2):77-80. doi: 10.1016/s0014-827x(01)01005-9. PMID: 11347971.
 - Community herbal monograph on Melissa officinalis L., folium EMA/HMPC/196745/2012.
 - Awad R, Levac D, Cybulska P, Merali Z, Trudeau VL, Aranson JT. Effects of traditionally used anxiolytic botanicals on enzymes of the gamma-aminobutyric acid (GABA) system. Can J Physiol Pharmacol. 2007 Sep;85(9):933-42. doi: 10.1139/Y07-083. PMID: 18066140.
 - Dressing H., et al. Verbesserung der Schlafqualität mit einem hoch dosierten Baldrian-Melisse Präparat. Psychopharmakotherapie 1996 (3): 123–130.
 - Dressing H et al. Baldrian-Melisse-Kombination versus Benzodiazepin. Bei Schlafstörung gleichwertig? Therapiewoche 1992 (42), 726–736.
 - Gromball J, Beschoner F, Wantzen C, Paulsen U, Burkart M. Hyperactivity, concentration difficulties and impulsiveness improve during seven weeks' treatment with valerian root and lemon balm extracts in primary school children. Phytomedicine. 2014 Jul-Aug;21(8-9):1098-103. doi: 10.1016/j.phymed.2014.04.004. Epub 2014 May 15. PMID: 24837472.
- Toutes les références peuvent être demandées auprès de Schwabe Pharma.

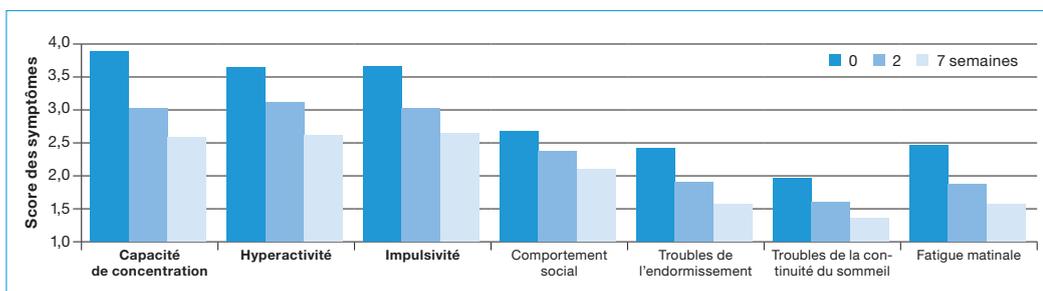


Figure 1: Évaluation des symptômes par le médecin à différents moments. Graphique adapté d'après Gromball et al. 2014.

Information professionnelle abrégée Dormiplant®

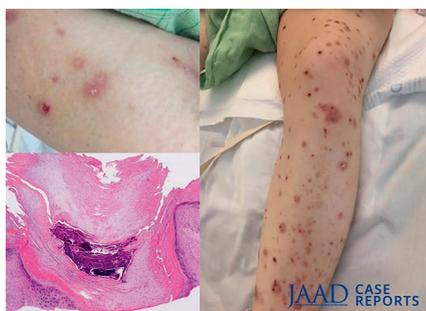
C: 1 cpr. filmé contient 160 mg d'extrait sec de racines de valériane (3 à 6:1), agent d'extraction éthanol 62% (m/m), et 80 mg d'extrait sec de feuilles de mélisse (4 à 6:1), agent d'extraction éthanol 30% (m/m). **I:** Pour apaiser lors d'états d'excitation, de nervosité et de difficultés d'endormissement. **P:** États d'excitation: adultes 1 à 2 cpr. filmés 2 fois par jour, enfants à partir de 6 ans 1 cpr. filmé 2 fois par jour. Difficultés d'endormissement: adultes 2 à 3 cpr. filmés 1 heure avant le coucher, enfants à partir de 6 ans 1 cpr. filmé. **Cl:** Hypersensibilité à l'un des composants. Ne pas utiliser chez les enfants de moins de 6 ans. **EI:** Aucun connu. **IA:** Aucune connue. **G:** Pas de données cliniques disponibles. **P:** 50 et 100 cpr. filmés. **CV:** D, admis aux caisses. **TA:** Schwabe Pharma AG, Küssnacht am Rigi. Pour de plus amples informations, consulter www.swissmedicinof.ch 02/2025

Adresse de correspondance: Schwabe Pharma AG, Rx Business, Erlstrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi

Nodules prurigineux

DR CHRISTOPHE HSU

Rev Med Suisse 2025; 21: 2010 | DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.938.47396



(Avec permission).

Un patient avec des antécédents de carcinome hépatocellulaire métastatique présente depuis 3 mois un prurit diffus,

accompagné de multiples nodules prurigineux. Il avait déjà consulté à deux reprises au cours des 8 derniers mois pour un prurit diffus associé à des excoriations. Un prurit paranéoplasique avait alors été évoqué. Aucun membre de la famille ou de contact proche n'a présenté de symptômes similaires. L'examen physique a révélé des papules érythémateuses diffuses avec une ombilication centrale et des croûtes hémorragiques sur le tronc et les extrémités. Une biopsie « punch » a été effectuée.

- Des piqûres d'insecte.
- Un prurigo nodulaire.
- Une gale.
- Une dermatose perforante acquise.
- Une mycose atypique.

DISCUSSION

Ces pathologies constituent un groupe d'affections cutanées caractérisées par l'élimination transépidermique de contenu dermique, telles que le collagène ou les fibres élastiques, expulsés à travers l'épiderme jusqu'à la surface de la peau. Le type le plus courant au sein de ce groupe est la collagénose perforante réactionnelle.³ Cette affection se présente généralement sous la forme de lésions papulonodulaires avec des bouchons et des croûtes kératosiques adhérents. Les lésions sont souvent de couleur rouge-brun, avec une croûte kératosique centrale et un halo érythémateux. Leur taille et leur forme peuvent varier, certaines lésions atteignant jusqu'à 10 mm de diamètre.

La forme acquise de la collagénose perforante réactionnelle est plus fréquente

que la forme familiale. Elle s'observe généralement à l'âge adulte, avec une prédominance féminine. Elle est associée à des affections telles que le diabète sucré, l'insuffisance rénale chronique et d'autres dermatoses prurigineuses. La cause exacte des pathologies n'est pas entièrement comprise, mais des facteurs tels qu'une insuffisance microvasculaire, des taux plasmatiques élevés de fibronectine et un traumatisme cutané déclenchant ou aggravant les lésions ont été proposés comme contributeurs potentiels au développement de la maladie.

Le diagnostic de cette affection repose généralement sur la présentation clinique et les résultats histologiques. Histologiquement, la maladie est caractérisée par des travées épidermiques invaginantes avec une hyperkératose et une hyperplasie épidermiques. Des colorations spéciales, telles que la coloration EVG (Elastica Van Gieson), peuvent aider à différencier cette maladie d'autres affections similaires. Le traitement repose notamment sur l'utili-

sation de corticostéroïdes topiques, d'émollients, ainsi que sur la prévention des microtraumatismes cutanés. Des thérapies systémiques ou une photothérapie peuvent être envisagées pour les cas les plus graves ou réfractaires.

- Global Dermatology, Derm Assistant [En ligne]. Disponible sur: www.global-dermatology.com/en/tool
- Seale L, Schneider SL, Pritchett E. Diffuse pruritic papules. JAAD Case Rep. 2018 Sep 12;4(8):749-51. DOI: 10.1016/j.jdcr.2018.06.010.

Sélectionné par:

DR CHRISTOPHE HSU

Spécialiste en dermatologie et vénéréologie
Genève
hsuchristophe@gmail.com

³Il existe une controverse sur la catégorisation de la maladie de Kyrle avec une dermatose perforante ou un sous-type de collagénose perforante acquise.

Reponse: d (une dermatose perforante
acquise)

JEUDI 13 NOVEMBRE 2025 - 19H15

CINÉ MEA

Maison de l'enfance et de l'adolescence - HUG
Boulevard de la Cluse - 1205 Genève

ÉVÈNEMENT GRATUIT, SUR INSCRIPTION

Harcèlement à l'école : peut-on prévenir le traumatisme ?

Le harcèlement scolaire est une réalité préoccupante qui touche de nombreux enfants et adolescents, souvent dans le silence et l'indifférence. Insultes, moqueries, mises à l'écart ou violences répétées ne laissent pas seulement des blessures visibles : elles marquent durablement les esprits, parfois jusqu'à l'âge adulte. Le traumatisme qui en découle peut affecter la santé mentale, la confiance en soi et le parcours de vie des jeunes victimes.

Dès lors, une question cruciale s'impose : peut-on prévenir ces traumatismes ? Comment repérer les signaux d'alerte, soutenir les élèves en souffrance et instaurer une culture scolaire protectrice et bienveillante ? À travers cette nouvelle conférence de la Société genevoise de prophylaxie mentale, nous explorerons les mécanismes du harcèlement, ses conséquences psychologiques, mais surtout les leviers d'action pour prévenir durablement ses effets les plus destructeurs.

AVEC LES CONFÉRENCES DE :

Stefanie Gay-Albuquerque, infirmière de santé publique

Laura Mudry, éducatrice sociale

Sandrine Perraudin, psychologue psychothérapeute

CRÉDITS :

2 crédits SMG/AMGe



Ciné Mea

Maison de l'enfance et de l'adolescence - HUG
Boulevard de la Cluse - 1205 Genève

Inscription sur le site
www.sgpm-ge.ch

À la Société vaudoise de médecine, nous portons la vision du terrain

INTERVIEW DE LA DRE SÉVERINE OPPLIGER-PASQUALI PAR CLÉMENTINE FITAIRE

Rev Med Suisse 2025; 21: 2012-3 | DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.938.48094



© Rui Rodrigues - SVM

DRE SÉVERINE OPPLIGER-PASQUALI

Présidente de la Société vaudoise de médecine

À la tête de la Société vaudoise de médecine (SVM) depuis juin 2024, Séverine Oppliger-Pasquali dresse un premier bilan d'étape et partage sa vision pour l'avenir. Gouvernance, contraintes budgétaires, partenariat public-privé, formation et relève médicale... elle revient sur les défis d'une société cantonale qui rassemble plus de 4500 membres de toutes spécialités et générations.

Quel bilan tirez-vous de cette première année à la tête de la SVM?

Séverine Oppliger-Pasquali: Assumer la présidence a été un changement de dimension. Après plusieurs années au comité, je connaissais certains dossiers, mais la responsabilité finale, les signatures, les sollicitations médiatiques, c'est une autre réalité. Le début a été exigeant. Face à l'avalanche de l'actualité, il a fallu mettre nos priorités tout en imaginant la SVM de demain. Le rôle de Présidente demande un investissement à la hauteur des enjeux: défendre la profession, accompagner les transformations du système de santé et anticiper l'avenir.

La SVM est la société médicale la plus grande de Suisse romande. Est-ce un défi supplémentaire?

SOP: Oui. Avec 4500 membres, la SVM reflète toute la diversité vaudoise: spécialités et sous-spécialités, médecins installés, hospitaliers, jeunes en formation et praticiens proches de la retraite.

Nous tentons de répondre tant aux attentes d'un jeune médecin qui s'installe qu'à celles d'un confrère en fin de carrière. Cette mosaïque rend la gouvernance complexe, avec des enjeux similaires à ceux de la FMH, mais à plus petite échelle. Pour l'aspect politique, le canton de Vaud est un véritable laboratoire, avec une spécificité unique en Suisse: le partenariat public-privé y est formalisé et conventionné, ce qui permet de porter les préoccupations des médecins à l'attention de l'État.

Ces derniers mois, les réorganisations régionales et les coupes budgétaires ont fait les gros titres de la presse. Comment cette période économique difficile impacte-t-elle vos membres?

SOP: Elle les touche à des niveaux divers. Un exemple concret: la SVM organise les gardes spécialisées, sur mandat du canton...

mais le financement a été supprimé. On nous demande de continuer à assurer ce service mais sans avoir de soutien. Notre rôle est de centraliser les difficultés rapportées par nos membres et de défendre la profession face à des décisions guidées avant tout par des logiques économiques. Nous ne pouvons pas empêcher les coupes, mais nous devons valoriser le travail des médecins qui pratiquent sur le terrain, dénoncer les répercussions occasionnées, et afficher cette réalité dans le dialogue avec l'État.

À ces difficultés budgétaires s'ajoute le dossier des assurances complémentaires. C'est un autre chantier qui vous a beaucoup occupée?

SOP: Les adaptations exigées par la FINMA en matière de transparence de la facturation des prestations complémentaires ont généré un travail éprouvant pour les acteurs concernés. Et la question n'est toujours pas réglée. L'une des spécificités de la planification hospitalière valdo-genevoise impose des quotas au financement assumé par l'État dans les cliniques privées. Cela complique l'aboutissement à une solution uniforme pour tous les établissements hospitaliers du canton.

Un autre dossier brûlant concerne la limitation des admissions de nouveaux médecins. Quelle est votre position?

SOP: Entre 2022 et 2023, nous avons mené une réflexion commune inédite, sur chaque spécialité une par une, en collaboration avec l'office du médecin cantonal, les centres formateurs académiques, la SVM et les médecins en formation.

Nous avons ainsi pu objectiver les besoins de la population et quelles ressources en médecins sont nécessaires pour y répondre, tout en maintenant la qualité des soins. Il en ressort en premier lieu que la médecine de premier recours doit être valorisée, au vu d'une pénurie avancée. Cette pénurie existe aussi dans une grande majorité de spécialités,

ce qui pose la question de travailler ensemble pour former la relève et les médecins de demain, et assurer à la population un accès à des soins de qualité.

Au-delà des questions d'actualité, que souhaitez-vous insuffler comme esprit à la SVM?

SOP: Dans cette période de fortes tensions, nous devons d'abord renforcer la communication entre les médecins et favoriser des échanges informels et collégiaux, afin d'unir nos corporations face à un futur incertain pour la profession. Il faut susciter plus de vocations d'engagement politique de nos membres et avoir des relais pour nos messages. Par ailleurs, nous devons aussi nous adresser au grand public pour mieux informer les patients des enjeux qui peuvent avoir un impact sur la qualité de leurs soins.

LE CANTON DE VAUD EST UN VÉRITABLE LABORATOIRE

Vous vous êtes aussi beaucoup impliquée personnellement pour la relève. C'est l'une de vos autres priorités?

SOP: Il s'agit effectivement d'un enjeu central pour l'avenir. On estime qu'environ un tiers des étudiants en médecine envisagent de renoncer à cette profession. Il est urgent d'agir, notamment en favorisant le contact avec le terrain. Aujourd'hui, la formation se fait surtout à l'hôpital alors que 80% des médecins s'installeront en cabinet par la suite: ils ne découvrent que tardivement les questions en lien avec la réalité du quotidien dans un cabinet individuel ou de groupe. J'aime dire en souriant qu'un coiffeur qui s'installe y est mieux préparé qu'un médecin qui s'installe. La SVM souhaite favoriser le mentorat et l'accompagnement des étudiants et des médecins en formation par ses membres actifs ou retraités.

Le métier de médecin est en pleine évolution. Comment le voyez-vous dans le futur et comment la SVM peut-elle s'inscrire dans cette transition?

SOP: C'est vrai que le modèle du médecin omnipotent appartient au passé. Si aujourd'hui il doit rester une figure de référence, son rôle a changé. On évolue vers un partenariat du

médecin avec ses patients qui se responsabilisent davantage. D'un autre côté, le travail des médecins en mode pluridisciplinaire permet d'améliorer la qualité des soins tout en optimisant les coûts. Le financement reste un enjeu majeur, avec en son cœur la vraie question de la responsabilité: qui signe, qui délègue et qui assume? Face à ces transformations, la SVM doit jouer un rôle moteur. Notre force collective dépendra de notre capacité à nous engager au-delà de la pratique individuelle. C'est en fédérant, en formant et en défendant nos valeurs que nous préserverons, mais aussi que nous influencerons, le futur de notre beau métier.

Annonce

EULAR

ÉTOFÉNAMATE

avec un mode d'action spécifique :

- ✓ Absorption percutanée exceptionnelle de 21%^{1,2,3}
- ✓ Inhibiteur de la COX/LOX^{3,4}
- ✓ S'accumule fortement dans la région enflammée^{5,6}

Rheumalix®

contre les douleurs de l'arthrose

Rheumalix®
Etofenamatum 50mg/g
100g Gel

Rheumalix® forte
Etofenamatum 100mg/g
100g Gel

Rheumalix® forte
Etofenamatum 100 mg/ml
50 ml Spray

admis par les caisses-maladie

Rheumalix® forte Gel [RFG] / Rheumalix® forte Spray [RFS] / Rheumalix Gel [RG]. C: RFG: 1 g (RFS: 1 ml; RG: 2 g) contient 100 mg d'étofenamate. **I:** Douleurs, inflammations et gonflements liés aux entorses, contusions et foulures. Traitement local de soutien des douleurs rhumatismales. **P/M:** (RFG: 10 cm de gel = 300 mg d'étofenamate). (RFS: 1 pulvérisation = 0,1 ml = 10 mg d'étofenamate). (RG: 10 cm = 150 mg d'étofenamate). **RFG/RG:** appliquer plusieurs fois par jour environ 5–10 cm sur la peau et masser. **RFS:** 4–7 fois par jour jusqu'à 9 pulvérisations (selon la taille de la zone affectée). Dose maximale: 1200 mg d'étofenamate par jour. **CI:** hypersensibilité (y compris historique) au principe actif, à un autre AINS, à l'acide flufenamique ou à l'un des excipients selon la composition. Non utilisé au 3^e trimestre, non chez les nourrissons, jeunes enfants, enfants et adolescents. Ne pas appliquer sur les muqueuses / yeux. Ne pas appliquer sur peau lésée. **PR:** ne pas utiliser sur de grandes surfaces pendant longtemps. En cas d'éruption cutanée, interrompre le traitement. Contient du propylène glycol. Risque d'asthme médicamenteux et de réactions cutanées. Éviter le solarium. **IA:** risque négligeable. Grossesse, allaitement: 1^{er} et 2^e trimestre uniquement si clairement nécessaire, 3^e trimestre et allaitement contre-indiqués. **EI:** réactions cutanées locales, respiration siffiante, photosensibilisation, réactions sévères d'hypersensibilité (même après première utilisation). **P:** tube de 40 g / 100 g, flacon spray de 50 ml. **(D):** Informations détaillées: www.swissmedinfo.ch. Sdl: RFG/RFS: avril 2024, RG: août 2021. **Drossapharm AG, 4002 Bâle.**

Références: 1 Vanderstraeten G. und Schuermans P. (1990). Study on the effect of etofenamate 10 % in comparison with an oral NSAID in strains and sprains due to sports injuries. *Medica Physica*, 13, 139–141. 2 Marinho O.D.S., Pereira A. Clinical Efficacy and Safety Profile of Topical Etofenamate in the Treatment of Patients with Musculoskeletal Disorders: A Systemic review. *Pain Ther* 2020. 3 www.swissmedinfo.ch 4 Fruchtmann R., Krupka U., Pelster B.; Hemmung des Lipoxigenase- und Cyclooxygenaseweges im Arachidonsäuremetabolismus. *Akt. Rheumatol* 9 (1984) 165–168. 5 Walde H.J. (1987). Konzentration von Etofenomat in intra- und periartikulären Geweben nach perkutaner Applikation beim Menschen. 4. Int. Etofenamat-Symposium vom 18.–21.06.1987 in Stresa, pmi-Verlag Frankfurt/M.: 91–94. 6 Vieider J. et al. (1984). Fenamatkonzentration in Plasma, Synovialflüssigkeit und Synovialgewebe bei Polyarthritikern nach Rheumon Gel Applikation. *Akt. Rheumatol.* 9: 183–187.

Toutes les références sont disponibles auprès de Drossapharm.

LU POUR VOUS Prolonger l'anticoagulation en cas d'événement thromboembolique provoqué?

La durée d'anticoagulation après un événement thromboembolique provoqué par un facteur transitoire, mais associé à des facteurs de risque persistants (maladie inflammatoire chronique, obésité, entre autres) reste incertaine. Dans une étude randomisée en

double aveugle menée dans un centre aux États-Unis, 600 participants ayant bénéficié d'une anticoagulation de trois mois pour un événement thromboembolique provoqué et présentant au moins un facteur de risque persistant ont reçu un traitement par apixaban

2,5 mg 2 x/jour ou un placebo pendant 12 mois. La récurrence d'un événement thromboembolique était de 1,3% dans le groupe apixaban contre 10% dans le groupe contrôle (Hazard ratio: 0,13; IC 95%: 0,04-0,36; $p < 0,001$; NNT environ 12). Les saignements majeurs étaient très rares et comparables (1 vs 0). Les saignements cliniquement pertinents étaient plus fréquents sous apixaban, sans atteindre la significativité statistique (4,8 vs 1,7%; Hazard ratio: 2,68; IC 95%: 0,96-7,43; $p = 0,06$; NNH environ 33).

Commentaire: le taux élevé de récurrence dans le groupe placebo, proche de celui observé après un événement «non provoqué», reflète la forte proportion de facteurs de risque persistants (52% de maladies inflammatoires, 48% d'obésité, 29% d'athérosclérose), mais probablement aussi l'inclusion de facteurs déclenchants mineurs (voyage prolongé, maladie

non hospitalisée). La nature monocentrique limite la généralisation des résultats et la taille de l'échantillon ne permet pas de déterminer l'effet de l'intervention selon le type de facteur persistant. Cette étude incite à dépasser la dichotomie «provoqué versus non provoqué» et à privilégier une décision individualisée intégrant les facteurs de risque persistants, le risque hémorragique et les préférences du patient.

Dr Gaël Grandmaison

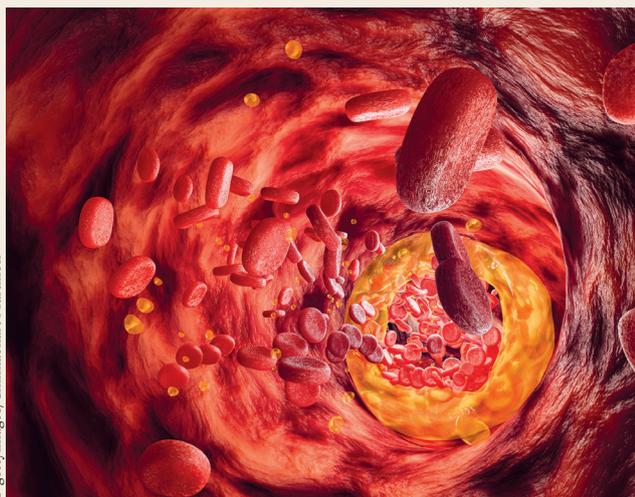
HFR Fribourg

Coordination: Dr Alexandre Gouveia

Unisanté

(alexandre.gouveia@unisanté.ch)

Piazza G, Bikkeli B, Pandey AK, et al. Apixaban for extended treatment of provoked venous thromboembolism. *N Engl J Med* 2025;393:1166-76.



© gettyimages/Chinnachart Martmoh

CARTE BLANCHE

DEUX FILMS, MILLE MOTIVATIONS



Dre Estelle Delamare

Service de pédiatrie
Hôpitaux universitaires de Genève
1211 Genève 14
estelle.delamare5@gmail.com

L'arrivée de l'automne et de ses journées, parfois grisouilles, a été égayée par deux événements cinématographiques que je souhaite vous partager dans cette Carte blanche.

Tout d'abord, j'ai eu la chance d'assister à l'avant-première de *Trop chaud*, documentaire de Benjamin Weiss retraçant

l'épopée judiciaire des *Aînées pour le climat*. Vous connaissez sûrement cette association de femmes retraitées suisses par la décision historique rendue par la Cour européenne des droits de l'Homme de Strasbourg en avril 2024, qui a condamné la Suisse pour violation au droit à la protection du climat. *Trop chaud* émeut par la persévérance de ces femmes de combat issues de toute la Suisse et d'horizons très différents et par le travail en commun, débuté depuis 2016, de la société civile, des associations, des cabinets d'avocats, et le succès collectif qui s'en est suivi. Si les thèmes du droit et des engagements climatiques sont très bien tissés dans ce long-métrage, c'est avant tout de santé dont il

est question: aujourd'hui en Suisse, les femmes âgées sont vulnérables face à la hausse des températures, elles souffrent des canicules toujours plus fréquentes et intenses, et leur pays ne réussit pas à les protéger contre les effets du changement climatique. Le verdict est historique et peut faire jurisprudence pour de nombreux autres procès en cours, mais *Trop chaud* souligne aussi le déni politique soulevé par cette décision en Suisse. On retiendra ainsi la réaction des partis bourgeois et la violence des propos de certains politiciens face à des femmes honnêtes et droites, à qui la justice a donné raison. La deuxième expérience marquante est celle de la projection dans la salle comble

du Bâtiment des Forces motrices à Genève, du film *Le vivant qui se défend* de Vincent Verzat, youtubeur connu par sa chaîne *Partager c'est sympa*. Ces 90 minutes relatent le parcours du cinéaste, qui met en image depuis plus de dix ans les grandes luttes des écologistes en France, mais qui a fini par se fatiguer et se ressourcer dans une approche davantage naturaliste, tout en continuant ses activités militantes. Les images de faune sauvage et de nature s'enchevêtrent avec celles des manifestations - contre l'A69, les mégabassines ou la coupe rase des forêts primaires; nous sommes tour à tour émerveillés, attendris, horrifiés, abasourdis, frustrés, mais avant tout admiratifs et



(re)motivé-es! Là aussi, les questions de santé sont omniprésentes: comment habiter un territoire parmi les autres êtres

vivants? Comment reconstruire notre sensibilité perdue face au monde sauvage? Comment protéger les milieux, dont la

bonne santé est indispensable à notre propre survie et épanouissement? Quel équilibre de santé mentale trouver entre actions et contemplation? Face aux inégalités et aux projets mortifères, ces deux films illustrent les synergies des luttes pour un droit à la vie allant de la désobéissance civile à la voie juridique, en passant par la mobilisation politique et citoyenne. Comme une bouffée d'espoir face à l'incertitude et à l'absurde, nous sommes immergé-es dans ces alliances qui se défendent, qui apportent la joie à celles et ceux qui y prennent part, et dont la résilience et la créativité finissent par gagner. Alors pour se motiver ensemble, se donner des idées,

pour voir des combats qui marchent et renouer à *pour qui et pourquoi* on se bat, je vous encourage à diffuser ces deux œuvres à grande échelle et à les visionner en famille, entre amis et dans tous les collectifs!

Trop chaud est disponible au cinéma dans différentes salles en Suisse (<https://louisevaucinema.ch/trop-chaud/>) *Le vivant qui se défend* sera disponible gratuitement sur YouTube dès le 6 novembre; en attendant la tournée des avant-premières continue (<https://linktr.ee/pcslefilm>).

ZOOM

limiter la cholécystectomie en raison de la polymorbidité chez la patientèle âgée?

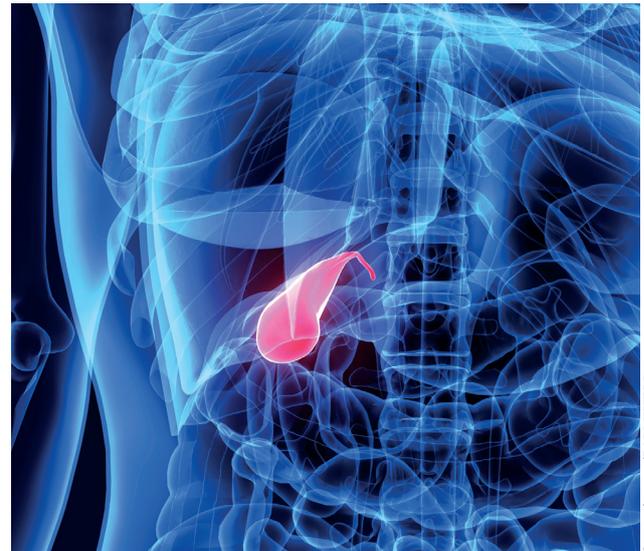
La cholécystite aiguë chez les patients âgés polymorbides est associée à un risque élevé de morbidité et de mortalité. Un débat existe quant à l'approche la plus appropriée, chirurgicale ou conservatrice. Les études précédentes manquant de données ciblées sur cette population complexe, cette étude est la première à examiner les résultats du traitement chirurgical dans une cohorte nationale bien définie de patients âgés polymorbides.

Méthode: étude rétrospective nationale d'efficacité comparative menée aux États-Unis entre 2016 et 2018. Inclusion: patient-e-s de plus de 65 ans, hospitalisé-e-s en urgence pour une cholécystite aiguë et présentant une polymorbidité. Celle-ci était identifiée par des ensembles de comorbidités validées au préalable. Exclusion: présence d'une pancréatite biliaire. Issue primaire: mortalité à 30 et 90 jours. Issues secondaires: taux de réadmission, taux de nouvelles visites aux urgences et coûts (initial et à 30, 90 et 180 jours).

Résultats: les données de 32527 patients ont été analysées. Parmi ceux-ci, 66,8% ont eu une cholécystectomie. Le traitement chirurgical a été associé à un risque significativement plus faible de mortalité à 30 et 90 jours (respectivement 3 et 4% de réduction; $p < 0,001$) par rapport au traitement non chirurgical. Il a également entraîné des taux

significativement plus bas de réadmissions à 30 et 90 jours (respectivement 12 et 18% de réduction; $p < 0,001$) et de consultations aux urgences à 30 et 90 jours (respectivement 5 et 10% de réduction; $p < 0,001$). Malgré un coût initial plus élevé à l'admission (+4083,49 USD; $p < 0,001$), le traitement chirurgical entraînait des coûts inférieurs à 180 jours (-1459,94 USD; $p < 0,001$). Concernant les patients en équilibre clinique (sous-groupe dans lequel une approche chirurgicale ou conservatrice était raisonnablement envisageable), les taux de mortalité à 30 et 90 jours étaient identiques entre les groupes de traitement chirurgical et non chirurgical (respectivement 2 et 3% de réduction; $p = 0,35$ et $0,12$).

Discussion et interprétation: cette étude démontre que, chez les adultes âgés polymorbides atteints d'une cholécystite aiguë, le



traitement chirurgical est associé à une réduction de la mortalité dans l'ensemble de la cohorte, à une diminution du risque de réadmission et de consultation aux urgences et à des coûts inférieurs à long terme. Dans le groupe des patients en équilibre clinique, la mortalité est comparable, quelle que soit la stratégie thérapeutique choisie. Ceci réfute l'idée que le traitement chirurgical serait moins sûr dans ce contexte.

Conclusion: l'ensemble de ces résultats plaide en faveur d'une

cholécystectomie précoce chez les patients âgés polymorbides.

Dr Nicolas Hagon

Avec la collaboration du groupe MIAjour, Service de médecine interne Centre hospitalier universitaire vaudois Lausanne

Acker RC, et al. Operative vs nonoperative treatment of acute cholecystitis in older adults with multimorbidity. *JAMA Surg*, 2025 Jun 1;160(6):656-64. DOI: 10.1001/jamasurg.2025.0729

Le Janus de la santé trumpiste

«Le Covid est arrivé parce que les virologues régissent la virologie.»

C'est ce qu'affirmait Curtis Yarvin dans l'entretien-fleuve qu'il a donné, en avril 2025, à la revue *Le Grand Continent*. Yarvin: intellectuel-blogueur ouvertement rac(ial)iste, sexiste et homophobe, icône geek des Dark Enlightenment, technocésariste, entre autres. L'absurde énormité de ses théories politiques prêterait à rire si elles n'étaient pas l'un des moteurs idéologiques du gouvernement fascisant aux États-Unis.

Selon Yarvin, c'est à cause de la bureaucratie et des subventions étatiques que la pandémie a eu lieu. Pour recevoir des subventions, il faut prouver qu'on va résoudre un problème important. Et pour montrer que le coronavirus des chauves-souris peut devenir dangereux pour l'homme, les virologues l'auraient rendu effectivement transmissible et dangereux. Le virus ainsi modifié serait ensuite sorti du laboratoire. L'oligarchie bureaucratique de l'État démocratique, pour Yarvin, c'est inefficace et dangereux. Mais qu'il se rassure, les coupes annoncées dernièrement dans les budgets du NIH visent notamment les projets de recherche sur les virus à potentiel pandémique. Plus de subvention, plus de pandémie.

Pendant ce temps, l'administration Trump II mène une sidérante *blitzkrieg* à la fois contre les institutions de santé publique et celles de la production scientifique. Supervisée par Robert F. Kennedy Jr, cette désastreuse guerre s'accompagne d'une initiative aux allures a priori intéressantes, la création d'une commission *Make America Healthy Again* (MAHA). Le but déclaré de cette commission: lutter contre l'épidémie de maladies chroniques, surtout chez les enfants. Les cibles: la mauvaise alimentation, l'exposition aux toxiques environnementaux, le manque d'activité physique, la surmédicalisation et la corruption des agences gouvernementales par les entreprises. Difficile de contester, à première vue, l'intérêt de MAHA.

Seulement voilà: MAHA, c'est aussi le slogan d'une vaste communauté enhardie par des influenceur-euse-s à grosse

audience, et dans laquelle les jeunes mères soucieuses de leur blonde progéniture tiennent une place de plus en plus importante. Proche des chrétiens nationalistes, le mouvement MAHA fleurit sur le mythe d'un retour à la Nature pure et bienveillante, biblique. Tomber malade, c'est la conséquence d'une désobéissance aux commandements de cette Nature. Exit les vaccins, les additifs alimentaires, la contraception et l'avortement, bonjour la féminité fertile et soumise, le fromage au lait cru, l'agriculture régénérative et les produits estampillés « naturels ». Dans les faits, il s'agit d'un projet réactionnaire et inégalitaire, voire d'un « eugénisme soft » selon certains observateurs.

Parmi les attaques menées par l'administration Trump II contre la recherche et la santé publique, il y a (dans le désordre et de façon non exhaustive) les coupes budgétaires (5,5 milliards de dollars par an) dans les subventions accordées par les National Institutes of Health, principaux bailleurs de fonds fédéraux de la recherche biomédicale aux États-Unis. Il y a

les 17 experts infectiologues du Comité consultatif sur les pratiques en matière de vaccination (ACIP) qui ont été limogés, accusés par RFK Jr dans une tribune au *Wall Street Journal* de conflits d'intérêt et de liens financiers avec les Big Pharma. Il y a les licenciements massifs au sein de très nombreuses agences fédérales en charge de questions de santé publique, quand ce n'est pas leur dissolution pure et simple. Ainsi, plus de 300 postes ont été supprimés au sein du Plan d'urgence présidentiel de lutte contre le sida (PFEPAR), et l'on estime que plus de 20 millions de patients en Afrique seront désormais privés de l'aide vitale apportée par le programme. L'ensemble du personnel du Centre des produits du tabac (CTP) de la FDA a été licencié. Sans parler du retrait américain de l'OMS, de la fin de USAID, et de la démolition à grande vitesse des programmes EDI.

Pour le mouvement MAHA, l'État devrait combattre la corruption, les abus du Big Pharma et la financiarisation de l'alimentation, celle qui, par l'automatique bien huilée du marché, mène à la commer-

cialisation d'aliments ultratransformés. Chose étrange, donc, que la sous-agence des CDC pour la prévention des maladies chroniques ait été dissoute. Étrange aussi le fait de couper les financements destinés à aider les petits agriculteurs à fournir des aliments frais et locaux aux écoles, ou de stopper la recherche sur l'exposition des enfants aux produits chimiques présents dans les sols. Quant à l'emprise des multinationales, ce sont plutôt des politiques de dérégulation agressives: recul dans la régulation des niveaux acceptables de PFAS et de polluants dans les eaux de boisson, assouplissement des restrictions imposées à l'émission des polluants atmosphériques et suppression des mesures de prévention des accidents pétrochimiques. Entre autres.

Ces deux doctrines qui se côtoient au cœur du trumpisme, la pensée néo-réactionnaire et le mouvement MAHA, semblent tenir des positions opposées. Pour l'une, c'est l'État bureaucratique qui fabrique les maladies. Pour l'autre, c'est le marché, les multinationales et les experts corrompus. Si cette spectaculaire hybridation idéologique doit être analysée, il ne faut pas oublier que les deux idéologies, quoiqu'apparemment contradictoires, se rejoignent (notamment) dans des conséquences communes: des millions de morts dans les années à venir, des minorités maltraitées, des avortements pénalisés, des épidémies de maladies infantiles, un système de santé toujours plus inégalitaire, et une réorganisation majeure de la géopolitique des sciences. Il ne faut pas oublier non plus que la critique des sciences faite par l'une et l'autre repose sur quelque chose qui n'est pas délirant: l'inévitable ancrage historique, social et économique des faits scientifiques. Pour combattre la politique sanitaire régressive des États-Unis, il ne suffit donc pas d'invoquer la raison. Bien plus qu'épistémologique, la question est politique.

CÉCILE FASEL

Rédactrice en chef adjointe
Revue Médicale Suisse
1225 Chêne-Bourg
cecile.fasel@medhyg.ch

LA CRITIQUE DES SCIENCES FAITE PAR L'UNE ET L'AUTRE REPOSE SUR QUELQUE CHOSE QUI N'EST PAS DÉLIRANT

ASSISES DE LA MÉDECINE ROMANDE #8

BEAULIEU – LAUSANNE

27 NOVEMBRE 2025

9H00 – 17H30

5 CRÉDITS SSMIG

1 CRÉDIT SSPP

50 POINTS FPH PHARMACIE CLINIQUE

50 POINTS FPH PHARMACIE HOSPITALIÈRE

50 POINTS FPH PHARMACIE D'OFFICINE

5 CRÉDITS DE FORMATION MÉDICALE

CONTINUE ÉLARGIE PAR LA SVM

FORMATION SBK-ASI

- Colloque de médecine de premier recours
- [Table ronde] Maison de santé dans le monde
- Prix de la *Revue Médicale Suisse*
- Escape game interprofessionnel



SMSR
SOCIÉTÉ MÉDICALE
DE LA SUISSE ROMANDE



AMGe
association
des médecins
du canton
de Genève



**SOCIÉTÉ
VAUDOISE DE
MÉDECINE**



SMVS / VSÄG
Société Médicale du Valais
Walliser Ärztesgesellschaft



**Société Neuchâteloise
de Médecine**



**REVUE
MÉDICALE
SUISSE**

WWW.ASSISESMED.CH



Désormais aussi pour les enfants^{*1}

Prevenar20[®]

La prochaine génération : Prevenar 20[®]

Le vaccin conjugué contre les pneumocoques pour les adultes de 65 ans et plus et désormais aussi pour les enfants jusqu'à 5 ans.^{*1}



20+ années d'expérience
avec Prevenar[®] en
Suisse^{**1,2}

* Enfants en bas âge et enfants âgés de 6 semaines à 5 ans¹

** Sur la base de Prevenar[®] (PCV7), de 2001 à 2014, et de Prevenar 13[®] (PCV13), en Suisse depuis 2010.^{1,2}

Références: 1. Prevenar 20[®]: Information professionnelle mise à jour sur www.swissmedicinfo.ch. 2. OFSP: Recommandations de vaccination contre les pneumocoques pour les enfants de moins de cinq ans: remplacement du vaccin conjugué 7-valent par le vaccin conjugué 13-valent. OFSP-Bulletin 2010;51:1202-1205. Les références sont disponibles sur demande.

Prevenar 20[®] (vaccin pneumococcique conjugué 20-valent, polysaccharide pneumococcique des sérotypes 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F et protéine porteuse CRM197). **Indications:** Immunisation active pour la prévention des maladies invasives, des pneumonies et des otites moyennes aiguës causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les nourrissons et les enfants âgés de 6 semaines à 5 ans. Immunisation active pour la prévention des maladies invasives et des pneumonies causées par *Streptococcus pneumoniae* chez les personnes âgées de ≥65 ans. **Posologie:** Nourrissons âgés de 6 semaines à 6 mois: 4 doses, première dose normalement à partir de l'âge de 2 mois (possible dès l'âge de 6 semaines, intervalle entre les doses d'au moins 4 semaines), deuxième dose à l'âge de 4 mois, troisième dose à l'âge de 6 mois, quatrième dose (rappel) à l'âge de 11-15 mois. Nourrissons prématurés (<37 SG): 4 doses, première dose normalement à partir de l'âge de 2 mois (possible dès l'âge de 6 semaines), intervalle entre les doses d'au moins 4 semaines, quatrième dose (rappel) à l'âge de 11-15 mois. Nourrissons non vaccinés âgés de 7 mois à <12 mois: 2 doses avec un intervalle entre les doses d'au moins 4 semaines, ainsi qu'une troisième dose au cours de la deuxième année de vie. Enfants non vaccinés âgés de 12 à <24 mois: 2 doses avec un intervalle entre les doses d'au moins 8 semaines. Enfants non vaccinés âgés de 2 à <5 ans: 1 dose. Enfants âgés de 12 mois à <5 ans ayant reçu auparavant une vaccination complète par Prevenar 13[®]: 1 dose, au moins 8 semaines après l'administration de Prevenar 13[®]. Adultes ≥65 ans: 1 dose. **Contre-indications:** Hypersensibilité à l'un des composants ou à l'anatoxine diphtérique. **Mises en garde/précautions:** Ne doit pas être administré par voie intravasculaire. Réaction anaphylactique. Maladie concomitante. Thrombopénie et troubles de la coagulation. Protection exclusivement contre les sérotypes de *Streptococcus pneumoniae* inclus dans le vaccin. Aucune donnée disponible sur la sécurité et l'immunogénicité chez certains groupes de personnes. Risque d'apnée chez les prématurés extrêmes. Excipients revêtant un intérêt particulier. **Interactions:** Population pédiatrique: L'administration concomitante avec des vaccins contre la diphtérie, le tétanos, la coqueluche acellulaire, Haemophilus influenzae de type b, la poliomyélite inactivée, l'hépatite B, la rougeole, les oreillons, la rubéole (ROR) et la varicelle a été étudiée. Les études cliniques permettaient l'administration concomitante de vaccins contre les rotavirus. Adultes ≥65 ans: L'administration concomitante avec un vaccin contre la grippe saisonnière et un vaccin à ARNm contre la COVID-19 a été étudiée. Aucune donnée n'est disponible concernant l'administration concomitante avec d'autres vaccins. **Effets indésirables:** Nourrissons et enfants âgés de 6 semaines à <5 ans: Appétit diminué, irritabilité, vertiges/augmentation du temps de sommeil, diarrhée, vomissements, rash, fièvre, réaction au site d'injection (douleurs/sensibilité (y compris avec mobilité limitée des membres), érythème, induration/gonflement), e.a. Adultes: Réactions locales (douleurs/sensibilité, induration/gonflement, érythème), fatigue, céphalées, douleur musculaire, douleur articulaire, fièvre, e.a. **Présentations:** 1×0.5 ml und 10×0.5 ml suspension injectable en seringue préremplie. Catégorie de remise B. **Titulaire de l'autorisation:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Pour de plus amples renseignements, voir l'information professionnelle sur le produit, sur www.swissmedicinfo.ch. (V007).

1010678

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, se référer à l'information professionnelle de Prevenar 20[®] disponible sur www.swissmedicinfo.ch.