

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

23 septembre 2026

976

MÉDECINE AMBULATOIRE

ADMIRER

Dépistages chez l'adulte: nouveautés

Fièvre au retour d'un voyage tropical:
nouveautés

Asthme et BPCO: nouveautés

Ostéoporose: nouveautés

Infections urinaires: nouvelles
recommandations

Urétrites en médecine de premier
recours

La faim: urgence médicale
intergénérationnelle

Anesthésie locorégionale
préhospitalière

Volume 22, 1517-1560

ISSN 1660-9379 (Imprimé)

ISSN 3042-6782 (En ligne)



RMS



smsr

Société médicale
de la Suisse romande

Carmenthin®

Huile de menthe poivrée WS® 1340 / Huile de cumin WS® 1520¹

**Soulage les symptômes
et améliore la qualité de vie.^{1,3,4}**

Crampes?

Douleurs?

Ballonnements?

Sensation de réplétion?

Carmenthin®

84 capsules
gastro-résistantes

Huile essentielle de menthe poivrée et de cumin

Admis aux caisses (LS)²

Sur ordonnance (Cat. remise B)²

En cas de troubles digestifs fonctionnels (dyspepsie fonctionnelle)
Médicament phytothérapeutique



Information professionnelle abrégée Carmenthin®

C: 1 capsule molle gastro-résistante contient 90 mg d'huile essentielle de menthe poivrée et 50 mg d'huile essentielle de cumin. **I:** Dyspepsie fonctionnelle (DF) avec douleur épigastrique, crampes légères, ballonnements et sensation de réplétion. **POS:** Adultes et enfants à partir de 12 ans: 1 capsule 2 fois par jour, sans la croquer, avec suffisamment de liquide, au moins 30 minutes avant le repas, de préférence le matin et à midi. Les capsules peuvent être prises sans être accompagnées d'un repas. Les capsules doivent être avalées entières (non endommagées, non mâchées) afin d'éviter une libération prématurée du principe actif. Durée du traitement: jusqu'à l'amélioration des symptômes, en général après 1 à 2 semaines, jusqu'à 3 mois. **CI:** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des autres composants; maladies du foie; calculs biliaires; maladies inflammatoires du canal biliaire (cholangite) ou autres maladies des voies biliaires; achlorhydrie. **PR:** Pour éviter une dissolution prématurée de l'enrobage gastro-résistant: prendre Carmenthin® conformément à la posologie indiquée. La libération prématurée du principe actif peut entraîner une irritation locale dans la bouche et l'oesophage. Prendre au moins 1 heure avant ou après des médicaments destinés à réduire l'acidité gastrique (par ex. antiacides, inhibiteurs de la pompe à protons, antagonistes des récepteurs à l'histamine de type 2). Une capsule contient 12,1 mg de sorbitol. En cas de surdosage: Possible: troubles gastro-intestinaux et symptômes neurologiques/cardiaques, y compris convulsions, perte de connaissance et arrêt respiratoire; en cas d'ingestion de grandes quantités, instaurer immédiatement un traitement médical. **IA:** La capsule peut s'ouvrir prématurément en cas de prise simultanée avec des antiacides, des antihistaminiques, des inhibiteurs de la pompe à protons. **G/A:** Grossesse: données limitées ou inexistantes; utilisation non recommandée pendant la grossesse. Allaitement: on ignore si les composants/métabolites passent dans le lait maternel; ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement. **EI:** Fréquence inconnue: troubles gastro-intestinaux tels qu'éruptions, brûlures d'estomac, nausées ou vomissements; démangeaisons au niveau du rectum. En cas de signes de réaction allergique, arrêter Carmenthin® et demander un avis médical. **PRÉS:** 28 et 84 capsules gastro-résistantes. **CR:** B, admis par les caisses-maladie (LS) avec limitations. **TA:** Schwabe Pharma AG, Erlistrasse 2, 6403 Küssnacht am Rigi. **MJ:** Avril 2025. Pour plus d'informations, voir www.swissmedicinfo-pro.ch.

Références

1. Carmenthin® (Menthacarin) information professionnelle, mise à jour des informations: avril 2019. www.swissmedicinfo-pro.ch. 2. Carmenthin® (Menthacarin) OFSP liste des spécialités, dernière consultation: avril 2026. sl.bag.admin.ch. 3. Linas, I. et al. (2026). Treatment of disorders of gut-brain interaction with peppermint oil and caraway oil combination Menthacarin: A phase IV clinical trial. Wiener Medizinische Wochenschrift, 176(5-6), 157-167. 4. Storr, M., & Stracke, B. (2023). Menthacarin for long-term treatment of functional dyspepsia-Results from a clinical trial follow-up. Zeitschrift für Gastroenterologie, 61(03), 257-267.

Toutes les références peuvent être obtenues sur demande auprès de Schwabe Pharma.



**Schwabe
Pharma**

From Nature. For Health.

MÉDECINE AMBULATOIRE

- 1519 ÉDITORIAL** Admirer. I. Guessous
- 1522** Dépistages chez l'adulte: nouveautés depuis 2017. M. Amadane, E. Convert, I. Gerard et T. Favrod-Coune
- 1526** Fièvre au retour d'un voyage tropical: nouveautés 2026. C. Shore, L. Kapanci, N. Perone, F. Chappuis et Y. Jackson
- 1530** Asthme et BPCO: quelles nouveautés dans la prise en charge en 2026? J. L. Salah Manoh, T. Gugler, I. Guerreiro, F. Charbonnier, J. Sommer et C. Pampurik
- 1534** Ostéoporose: quelle prise en charge en 2026? S. Sadeghipour, M. Romain, E. Biver, N. Junod Perron et C. Ritz
- 1540** Infections urinaires: nouvelles recommandations 2026. S. Ranajewa, E. Gallay, S. Bernard, A. Huttner et J. Salamun
- 1544** Urétrites: dépistage et recommandations 2026 pour la médecine de premier recours. I. Doner, L. Dao, A. David, S. Pellaton et T. Mach
- EN LIGNE** Vieillir en santé après 65 ans: le rôle de la médecine de premier recours. S. Stornelli, D. Bourceret, A. Tahar, C. Gillabert, C. Graf et T. Morlan
- 1521** Résumés des articles

12 MOIS 12 ACTIONS

- 1549** Adapter notre pratique aux personnes autistes. D. Roduit, P. Violland, A. Brodard et C. Clair

SANTÉ GLOBALE

- 1550** La faim comme héritage: une urgence médicale intergénérationnelle. N. Tebib, R. Tan, M. Gehri et N. Tebib

MÉDECINE D'URGENCE

- 1554** Anesthésie locorégionale préhospitalière. L. Vizzolo, C. Luyet, P. Metrailler, O. A. Ben Saad, C. Grandjean-Progin et A. Moser

ACTUALITÉ

- 1558** **Lu pour vous.** Fatigue décisionnelle clinique: comment la définir et mieux la comprendre D. Velez
- 1558** **Carte blanche.** Thérèse-aux-chats. F. Pilet
- 1559** **Zoom.** Le romiplostim efficace contre la thrombopénie induite par la chimiothérapie? F. Naef

POINT DE VUE

- 1560** Urgences: et si le pilote écoutait la musique? T. Schmutz, S. Benenati, F. Jaulin et D. Glowinski

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-e:

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. 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 270.-
100% numérique: CHF 180.-; Étudiants:
100% numérique (sur justificatif): CHF 90.-;
Mensuel 100% numérique: CHF 18.-;
Étranger: Papier + numérique: 300 €
100% numérique: 160 €; Étudiant: 100%
numérique (sur justificatif): 85 €; Mensuel
100% numérique: 18 €
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

Sous la direction d'Alexandre Gouveia, Jacques Cornuz et Olivier Pasche

1120 pages

Format : 13.5 x 19.5 cm

Prix : CHF 75.- / 75€

ISBN : 9782880495664

© 2026

RMS
EDITIONS



COMPAS 4^e ÉDITION

STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE CLINIQUE EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE AMBULATOIRE

Mieux se repérer afin d'optimiser la prise en charge d'un patient en médecine générale : voici ce que propose le COMPAS, depuis 2010.

Ouvrage de référence issu de la contribution de médecins généralistes et spécialistes, le COMPAS s'adresse aussi bien aux médecins en formation qu'aux praticiens aguerris. Cette nouvelle édition, entièrement mise à jour et enrichie, comporte 56 chapitres dont huit nouvelles thématiques inspirées des sujets les plus fréquemment rencontrés par les médecins généralistes dans leur pratique clinique, notamment en pneumologie et en dermatologie.

Le résultat est un recueil complet de recommandations inspirées des dernières acquisitions de la littérature avec un accent spécifique mis sur les prises en charge des patients en médecine de première ligne.

Dirigé par le Docteur Alexandre Gouveia et le Professeur Jacques Cornuz d'Unisanté — Centre universitaire de médecine générale et santé publique de Lausanne — ainsi que par le Docteur Olivier Pasche de l'Institut de médecine de famille de l'Université de Fribourg, le COMPAS confirme que la pratique de la médecine reste un subtil assemblage des connaissances scientifiques, de l'expertise clinique et de l'écoute du patient.

COMMANDE



BOUTIQUE.REVMED.CH

Je commande:

___ex. de COMPAS 4^e ÉDITION

CHF 75.- / 75 €

Frais de port offerts pour la Suisse ;
autres pays : 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres
e-mail: commande@medhyg.ch
ou retourner ce coupon à:
RMS Editions | Médecine & Hygiène
CP 475 | 1225 Chêne-Bourg
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre librairie.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....

Date et signature

Je désire une facture ☐



Articles publiés
sous la direction de

IDRIS GUESSOUS

Service de médecine
de premier recours
Département de
médecine
communautaire et de
premier recours
Hôpitaux universitaires
de Genève

Vice-Doyen
Faculté de médecine
Université de Genève

Comité de direction
de la Société suisse
de médecine interne
générale
Berne

MAYSSAM NEHME

Service de médecine
de premier recours
Département de
médecine
communautaire et de
premier recours
Hôpitaux universitaires
de Genève

Admirer

Pr IDRIS GUESSOUS

Rev Med Suisse 2026; 22: 1519-20 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.976.49190



Articles publiés
sous la direction de

DAGMAR M. HALLER

Service de médecine
de premier recours
Département de
médecine
communautaire et de
premier recours
Hôpitaux universitaires
de Genève

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

Il est des personnes qu'on ne connaît pas bien et qu'on aime beaucoup. L'une d'elles m'appela un jour pour me proposer d'intervenir aux côtés d'une philosophe lors d'une conférence consacrée à son dernier travail: le sentiment d'admirer. Son propos n'avait aucun lien direct avec le soin, et pourtant, en l'entendant, les rapprochements avec la médecine m'apparurent aussitôt. Cet éditorial en découle, ainsi que des échanges qui ont entouré cette conférence. La personne lectrice intéressée pourra découvrir une réflexion bien plus approfondie ailleurs.¹

Et si le désenchantement dont on parle tant en médecine n'était pas seulement un sens perdu dans la bureaucratie, mais une panne d'admiration? Panne de l'admiration de la médecine elle-même, des processus biologiques, des traitements, des avancées. Un nouveau traitement de l'obésité, un vaccin, un algorithme d'intelligence artificielle: ces avancées inquiètent désormais plus souvent qu'elles ne suscitent l'admiration de leur développement. On a beaucoup interrogé la perte de sens en médecine; on a moins interrogé ce qui la précède, à savoir la disparition progressive du regard admiratif porté sur le vivant, sur le corps enseignant, sur les institutions elles-mêmes. À l'heure de la taylorisation de la médecine (logique de standardisation et de rendement empruntée à l'organisation du travail industriel, appliquée à l'acte de soin) et de l'hyperproduction de l'information médicale, sommes-nous toujours capables d'admirer un organe, un mécanisme physiologique, la sophistication d'un texte fondateur, une personne qui enseigne?

Dissipons d'abord un malentendu: admirer n'a rien à voir avec l'adoration, l'idolâtrie ou la fascination. À la différence de l'adoration, l'admiration «ne diminue pas celui qui admire, elle le grandit».¹ Ce n'est pas non

plus simplement être curieux-se. La curiosité scientifique reste nécessaire, et nous formons à raison un corps clinique curieux du mécanisme, avide de comprendre pour agir efficacement; il est temps de nous rappeler qu'il faut aussi des personnes soignantes admiratives du vivant.

Admirer suppose de sortir de soi – geste devenu ardu dans une médecine saturée d'indicateurs, de protocoles, de reporting, où le personnel soignant est sans cesse ramené à sa charge, à sa fatigue, à sa productivité. Ce self-centrisme ambiant, cette manière de tout ramener à ce qu'une situation nous rapporte, n'est pas qu'une posture individuelle: c'est le produit d'un système qui contraint à se recentrer sur soi pour tenir.

Or les vocations naissent le plus souvent d'un choc admiratif: une personne, un geste, une guérison. La crise des vocations médicales pourrait bien être aussi une crise de l'admiration – un corps

étudiant moins souvent mis en présence de ce qui émerveille, davantage confronté à la technicité et à la gestion des flux. L'industrialisation de la médecine n'appauvrit pas que le rapport aux soins: elle assèche la capacité d'admiration. Pas étonnant, alors, que la médecine finisse par décevoir celles et ceux qui la rencontrent.

C'est d'autant plus regrettable que l'admiration peut être une relation réciproque entre personne soignante et personne soignée. La première admire la dignité d'un patient ou d'une patiente traversant l'épreuve de la maladie, sa capacité d'adaptation; la seconde peut admirer la compétence et l'engagement de qui la soigne – sans que l'une ou l'autre ne cherche à être admirée (rappelons-le). Cette réciprocité s'étend aux institutions elles-mêmes: le leadership n'est pas qu'un mouvement descendant, il a aussi besoin de

**ET SI LE DÉSEN-
CHANTEMENT
DONT ON
PARLE TANT EN
MÉDECINE ÉTAIT
UNE PANNE
D'ADMIRATION?**

Bibliographie

- 1 Zask J. Admirer: Éloge d'un sentiment qui nous fait grandir. Paris: Premier Parallèle, 2024.

collaboratrices et collaborateurs désireux de faire grandir celles et ceux qui les dirigent – ce que les Anglo-Saxons nomment le *leading up*. Cela suppose, là aussi, un minimum d'admiration: pour une fonction, une mission, parfois une personne. Ne pas tout ramener à son propre intérêt immédiat. La panne d'admiration entraîne donc des conséquences institutionnelles et sur le leadership.

Admirer, enfin, c'est résister à la tentation du cynisme, à cette ironie facile devant les actions et parfois les maladroites de nos institutions et de celles et ceux qui les dirigent. L'admiration individuelle fonde des vocations; portée collectivement, elle peut refonder des cultures de service. Admirer en médecine n'est donc pas qu'un supplément d'âme réservé aux discours, c'est bel et bien un sentiment.

N'hésitez pas à me partager vos commentaires et impressions sur cet éditorial et le sentiment d'admirer dans les métiers de la santé via la rédaction de la *Revue Médicale Suisse* ou directement via mon e-mail idgu@hug.ch.
Merci !

Remerciements : cet éditorial accompagne la parution de sept nouveaux articles de synthèse relatifs aux stratégies révisées de médecine de premier recours. Les stratégies sont disponibles en libre accès sur le site internet du Service de médecine de premier recours des HUG. Le Pr Idris Guessous remercie tous les auteurs ainsi que Jezabel Caliri, et, bien sûr, Dagmar Haller et Mayssam Nehme pour leur contribution à ce numéro. L'auteur remercie également M. Yves Dana d'avoir fourni une illustration de sa sculpture «Aux origines», Gabbro, 2022, pour la couverture de ce numéro.

Résumés

Rev Med Suisse 2026; 22: 1544-8

Urétrites: dépistage et recommandations 2026 pour la médecine de premier recours

I. Doner, L. Dao, A. David, S. Pellaton et T. Mach

Les infections sexuellement transmissibles sont un enjeu majeur de santé publique, y compris en Suisse où le nombre de cas d'infection gonococcique a progressé de 17% entre 2023 et 2024. L'urétrite est principalement causée par *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium*. Les recommandations internationales ciblent trois populations à dépister: les femmes de moins de 25 ans, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les partenaires des cas confirmés. L'auto-prélèvement, au cabinet médical ou au laboratoire, est une alternative valide au prélèvement professionnel. La Doxy-PEP (Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis) s'impose comme un nouvel outil de prévention efficace contre la syphilis et la chlamydia. Enfin, les barrières financières et de confidentialité freinent l'accès aux soins et restent un défi.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1534-8

Ostéoporose: quelle prise en charge en 2026?

S. Sadeghipour, M. Romain, E. Biver, N. Junod Perron et C. Ritz

L'ostéoporose est une maladie chronique traitable caractérisée par une diminution de la résistance osseuse et une augmentation du risque fracturaire. D'évolution insidieuse, elle demeure fréquemment sousdiagnostiquée jusqu'à la survenue d'une fracture de fragilité. Elle est associée à une morbidité importante, incluant douleurs chroniques et perte d'autonomie, ainsi qu'à un impact économique majeur lié aux hospitalisations et à une mortalité accrue. À prédominance féminine, l'ostéoporose demeure largement soustraitee, puisqu'environ 80% des femmes éligibles à un traitement n'en bénéficient pas. Cet article propose des stratégies de prise en charge diagnostique et thérapeutique en médecine de premier recours, afin d'améliorer le dépistage précoce et de réduire les conséquences individuelles et sociétales de cette maladie.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1530-3

Asthme et BPCO: quelles nouveautés dans la prise en charge en 2026?

J. L. Salah Manoh, T. Gugler, I. Guerreiro, F. Charbonnier, J. Sommer et C. Pampurik

L'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont les maladies respiratoires chroniques les plus fréquentes en Suisse mais leur diagnostic reste parfois difficile. Les recommandations internationales de prise en charge de ces pathologies ont récemment été mises à jour. Dans l'asthme, les critères diagnostiques et examens complémentaires destinés à confirmer le diagnostic sont désormais mieux définis et hiérarchisés, les biothérapies prennent un rôle majeur dans la prise en charge de l'asthme sévère, et la monothérapie par salbutamol n'est plus recommandée. Dans la BPCO, la classification GOLD est simplifiée en 3 groupes (A, B et E) et une seule exacerbation modérée suffit pour être dans le groupe haut risque d'exacerbations (E). La sévérité des exacerbations se classifie désormais selon les critères de Rome.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1540-3

Infections urinaires: nouvelles recommandations 2026

S. Ranajeeva, E. Gallay, S. Bernard, A. Huttner et J. Salamun

Les infections urinaires constituent une source majeure de prescriptions d'antibiotiques. Les recommandations 2025 de l'European Association of Urology et de l'Infectious Diseases Society of America introduisent une nouvelle classification, fondée sur la présentation clinique et la recherche de signes systémiques, plutôt que sur des groupes de patients considérés à risque. Cette évolution vise à mieux cibler les investigations diagnostiques, limiter le surtraitement des formes localisées et identifier précocement les situations potentiellement graves. Face à l'augmentation de l'antibiorésistance, les stratégies d'épargne antibiotique demeurent centrales: traitement symptomatique initial dans certaines cystites de la femme, désescalade thérapeutique et limitation du traitement des bactériuries asymptomatiques.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1522-5

Dépistages chez l'adulte: nouveautés depuis 2017

M. Amadane, E. Convert, I. Gerard et T. Favrod-Coune

La promotion de la santé et le dépistage constituent des éléments centraux de la médecine de premier recours. Le dépistage vise à identifier précocement des maladies chez des patients asymptomatiques. Intégré à la pratique quotidienne du médecin généraliste, il contribue pleinement à l'amélioration du pronostic des patients. Les recommandations sont en constante évolution, à la suite de l'arrivée de nouvelles preuves et de la réévaluation du rapport bénéfice-risque. Les lignes directrices de l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) constituent une référence internationale. Cependant, des recommandations spécifiques à la Suisse existent et peuvent diverger. Entre 2017 et 2026, plusieurs changements ont été effectués dans les recommandations, soulignant l'importance d'une mise à jour régulière des pratiques en médecine de premier recours. Les principaux changements concernent l'évaluation du risque cardiovasculaire, du cancer du côlon, de la prostate, et de l'hépatite C.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1526-9

Fièvre au retour d'un voyage tropical: nouveautés 2026

C. Shore, L. Kapanci, N. Perone, F. Chappuis et Y. Jackson

La fièvre au retour d'un voyage tropical constitue un défi diagnostique en raison de la multitude des étiologies possibles. Bien que la majorité des cas soient liés à des infections cosmopolites ou bénignes, il est impératif d'exclure rapidement les pathologies potentiellement sévères que sont la malaria et la dengue. Les évolutions récentes concernent l'expansion géographique des arboviroses et l'introduction d'un vaccin respectivement contre la dengue et le chikungunya.

Dépistages chez l'adulte: nouveautés depuis 2017

Dre MONA AMADANE^{a,*}, Dre ELÉONORE CONVERT^{a,*}, Dre ISABELLE GERARD^{b,c} et Dr THIERRY FAVROD-COUNE^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1522-5 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.976.49183

La promotion de la santé et le dépistage constituent des éléments centraux de la médecine de premier recours. Le dépistage vise à identifier précocement des maladies chez des patients asymptomatiques. Intégré à la pratique quotidienne du médecin généraliste, il contribue pleinement à l'amélioration du pronostic des patients. Les recommandations sont en constante évolution, à la suite de l'arrivée de nouvelles preuves et de la réévaluation du rapport bénéfice-risque. Les lignes directrices de l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF) constituent une référence internationale. Cependant, des recommandations spécifiques à la Suisse existent et peuvent diverger. Entre 2017 et 2026, plusieurs changements ont été effectués dans les recommandations, soulignant l'importance d'une mise à jour régulière des pratiques en médecine de premier recours. Les principaux changements concernent l'évaluation du risque cardiovasculaire, du cancer du côlon, de la prostate, et de l'hépatite C.

Screening for adults: what's new since 2017

Health promotion and screening constitute central elements of primary care medicine. Screening aims to identify diseases early in asymptomatic patients. Integrated into the daily practice of general practitioners, screening fully contributes to improving patient prognosis. Recommendations are constantly evolving, following the emergence of new evidence and the reassessment of the benefit-risk ratio. The United States Preventive Services Task Force (USPSTF) guidelines are an international reference, but specific recommendations exist in Switzerland and may diverge from these. Between 2017 and 2026, several changes in recommendations have occurred and underscore the importance of regular updates for primary care practice. The main changes concern the evaluation of the cardiovascular risk, and that of colorectal cancer, prostate cancer, and hepatitis C.

NOUVEAUTÉS

De nouvelles données épidémiologiques ont émergé depuis 2017, nécessitant une révision des recommandations de dépistage de médecine de premier recours. Ces dernières reposent principalement sur les recommandations de l'United States Preventive Services Task Force (USPSTF), référence internationale en matière de prévention basée sur les preuves. Lorsque des recommandations locales sont disponibles, celles-ci sont privilégiées. Il existe également les recommandations EviPrev (<https://eviprev.ch/fr/>), datant de 2024 et en

cours de mise à jour, basées sur les preuves scientifiques et adaptées selon un consensus national.

Parmi les changements marquants figurent des ajustements pour les dépistages des maladies néoplasiques, avec notamment l'abaissement de l'âge du dépistage du cancer colorectal et du sein, ainsi qu'un élargissement des critères d'éligibilité pour le dépistage du cancer du poumon. Le dépistage du cancer de la prostate, auparavant sans ligne de conduite claire, fait désormais l'objet d'une recommandation individualisée. Concernant les facteurs de risque cardiovasculaire, une transition s'opère vers une évaluation globale du risque propre à chaque patient, remplaçant une approche fondée sur des facteurs isolés tels que la dyslipidémie. Les recommandations relatives aux maladies infectieuses ont été renforcées, notamment avec l'introduction du dépistage de l'hépatite C et l'élargissement de la population cible pour le dépistage du VIH. Enfin, on observe également une évolution dans la prévention comportementale et la santé mentale, avec l'introduction de dépistages liés au tabac, à l'usage de substances, à la dépression et aux troubles anxieux.

Ces nouvelles recommandations privilégient une approche individualisée et basée sur la décision partagée, renforçant l'autonomie du patient et la pertinence des interventions. Cependant, une détection plus précoce ainsi qu'un élargissement des indications à certains dépistages peuvent s'accompagner de défis, notamment un risque accru de surdiagnostics et de faux positifs, susceptibles d'entraîner des répercussions importantes pour les patients. Certains auteurs alertent sur la surcharge de travail due au dépistage de patients asymptomatiques à faible risque (pour lesquels le bénéfice est limité), au détriment du temps consacré aux patients symptomatiques.¹ Leur mise en œuvre nécessite donc une application nuancée et sur mesure.

REVUE 2026

Les nouveautés présentées ci-dessous sont reportées dans le **tableau 1**.

Maladies néoplasiques

Cancer du sein

Les recommandations suisses préconisent un dépistage bienal de 50 à 74 ans par mammographie.² Des divergences persistent avec l'approche américaine qui avance le dépistage dès l'âge de 40 ans, malgré un Number Needed to Screen (nombre de personnes à dépister) pour éviter un décès chez les patientes de 40 à 49 ans atteignant potentiellement 1150 patientes (UK Age Trial).³ Le dépistage précoce peut être discuté selon les facteurs de risque individuels et les préférences des patientes.

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, 1211 Genève 14, ^cAssociation des médecins du canton de Genève, 1205 Genève
mona.amadane@hug.ch | eleonore.convert@hug.ch | isabelle.gerard@unige.ch
thierry.favrod-coune@hug.ch

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

TABLEAU 1 Dépistages recommandés chez l'adulte en médecine de premier recours

Ce tableau est tiré de la stratégie «Recommandation de dépistage chez l'adulte» du Service de médecine de premier recours des Hôpitaux Universitaires de Genève.

* Les facteurs de risque sont explicités dans le **tableau 2**.

FIT: Fecal Immunochemical Test; HBV: virus de l'hépatite B; HCV: virus de l'hépatite C; HPV: human papillomavirus; PAP: Papanicolaou Test ou Cervical Smear Test; PCR: Polymerase Chain Reaction; Rh: rhésus; USPSTF: U.S. Preventive Services Task Force; UPA: unités par année; PSA: prostatic specific antigen.

	Âge											
	18	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	
Population générale												
Cancer du poumon						1 x/an, ≥ 20 UPA ou sevrage < 15 ans						
Cancer colorectal					Selon USPSTF	FIT 1 x/2 ans ou coloscopie 1 x/10 ans						
Diabète de type 2			/ Si IMC >25 /	1 x/3 ans								
Risque athérosclérotique	Si facteurs de risque*		Homme dès 35 ans		Femmes dès 45 ans si facteurs de risque* 1 x/5 ans							
Hypertension artérielle	1 x/3 à 5 ans (jusqu'à 39 ans)			Dès 40 ans, 1 x/an								
Obésité	À chaque opportunité clinique											
Alimentation et activité	À chaque opportunité clinique											
Tabac/abus d'alcool / autres substances	À chaque opportunité clinique											
Dépression, trouble anxieux et risque suicidaire	À chaque opportunité clinique											
VIH, syphilis, HBV, HCV	Si facteurs de risque*, mis à part VIH: min 1 x/vie si sexuellement actif											
	Âge											
	18	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	
Personne assignée femme à la naissance												
Ostéoporose	Si facteurs de risque*											
Cancer du sein						1 x/2 ans						
Cancer du col de l'utérus		21-29 ans: PAP seul 1x/ 3 ans 30-65 ans: PCR HPV seule 1x/5 ans, ou cytologie seule 1x/3 ans										
Infection à C. trachomatis et N. gonorrhoeae	Jusqu'à 24 ans	Si facteurs de risque*										
Violence domestique	À chaque opportunité clinique											
Grossesse												
Incompatibilité Rh (D)	À la première visite + 24-28 semaines d'aménorrhée si risque											
Anémie ferriprive (grossesse)	Au moins 1x											
Syphilis, VIH, HBV, C. trachomatis, N. gonorrhoeae	Au moins 1x											
Diabète gestationnel	Dès 24 semaines d'aménorrhée											
Bactériurie asymptomatique	Au moins 1x											
Supplémentation B9	Pour tout projet de grossesse											
Hypertension artérielle	À chaque visite prénatale											
Personne assignée homme à la naissance												
Anévrisme de l'aorte abdominale									1 seule fois, fumeurs actifs anciens			
Cancer de la prostate						1 x/2 à 8 ans (selon taux de PSA)						

TABLEAU 2

Facteurs de risque et situations particulières justifiant un dépistage hors cibles habituelles

Dépistage	Facteur de risque / situation particulière
Risque athérosclérotique	Antécédent de maladie coronarienne ou d'athérosclérose; antécédent familial d'événement cardiovasculaire prématuré; diabète; tabagisme; hypertension artérielle; obésité; sédentarité
Ostéoporose	Faible indice de masse corporelle; tabagisme; consommation excessive d'alcool; antécédent parental de fracture de hanche; hypogonadisme (personne assignée homme à la naissance)
VIH	Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH); personnes transgenres; partenaires occasionnels; pratiques sexuelles à risque de transmission; partenaire appartenant à un groupe particulièrement touché (travailleur-euse-s du sexe, usage de drogues injectables); rapport anal/vaginal sans préservatif; autre infection sexuellement transmissible; lien avec un pays à haute endémicité; demande de dépistage
HBV	Naissance dans une région à haute prévalence; personne non vaccinée dont les parents sont nés dans une région à haute prévalence; VIH; usage de drogues injectables; HSH; contact sexuel avec une personne infectée; hémodialyse; immunosuppression ou traitement cytotoxique
HCV	Usage de drogues actuel ou ancien; transfusion sanguine avant 1987; transplantation avant 1992; hémodialyse; originaire d'Asie centrale et orientale, Afrique du nord, Europe de l'Est, France ou Italie; partenaire infecté; VIH; augmentation des transaminases; tatouage ou piercing dans des conditions non stériles; travailleur-euse-s du sexe
Syphilis	HSH; VIH; personnes transgenres; antécédent d'incarcération; travailleur-euse-s du sexe
<i>C. trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i>	Infection sexuellement transmissible (IST) actuelle ou ancienne; partenaire connu pour une IST; nouveau partenaire sexuel; multiples partenaires; partenaire ayant d'autres partenaires; utilisation irrégulière de préservatifs; rapports sexuels tarifés; usage personnel ou du partenaire de drogues injectables; HSH; personnes transgenres; travailleur-euse-s du sexe

Cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col de l'utérus est dorénavant recommandé par PCR (Polymerase Chain Reaction) pour le HPV (Human papillomavirus) chez la femme de 30 à 65 ans (voire jusqu'à 70 ans). Offrant une meilleure sensibilité, il permet également d'espacer les intervalles de tests à 5 ans si le test est négatif. En cas de positivité, il convient de compléter le dépistage du cancer du col de l'utérus par une cytologie classique.⁴

Cancer colorectal

Depuis 2025, la prise en charge du dépistage du cancer du côlon par la LaMAL a été prolongée jusqu'à l'âge de 75 ans (versus 69 ans auparavant). L'USPSTF propose un dépistage dès 45 ans par coloscopie ou recherche de sang occulte, avec un niveau de recommandation B, en raison de l'augmentation de l'incidence du cancer chez les sujets plus jeunes. La décision d'effectuer un dépistage chez les personnes de moins de 50 ou de plus de 75 ans peut être individualisée.⁴

Cancer du poudon

Le dépistage du cancer du poudon par scanner thoracique low dose (CT thoracique low dose) reste proposé aux personnes fumeuses actives ou anciennes (période d'arrêt

< 15 ans) avec un abaissement de l'âge du début du dépistage de 55 à 50 ans et du seuil d'exposition tabagique de 30 à 20 unités paquet-année (UPA).⁴

Cancer de la prostate

Le dépistage du cancer de la prostate est désormais recommandé par l'Association européenne d'urologie (EAU), tandis que la Ligue suisse contre le cancer ne préconise pas de dépistage systématique. Une approche individualisée, identifiant les cancers dits significatifs avec possibilité de traitement, semble raisonnable. Un dépistage uniformisé expose à un risque accru de surdiagnostic, de surtraitement et de complications, mais l'avènement de l'IRM prostatique devrait en réduire les risques.

Le dépistage est proposé aux patients le désirant, ayant une espérance de vie supérieure de 10 à 15 ans et susceptibles de bénéficier d'un traitement oncologique: dès 50 ans pour la population générale, 45 ans en cas d'antécédents familiaux ou d'ascendance africaine, et 40 ans en présence d'une mutation dans le gène BRCA2 (Breast Cancer2).

Le dosage du PSA (Prostate Specific Antigen) ($N < 3,5 \mu\text{g/l}$ entre 50 et 59 ans) demeure le test de référence. Il peut être intégré à des calculateurs de risque validés, tels que ceux utilisés dans l'essai clinique ERSPC.⁵ Une IRM multiparamétrique est recommandée avant la biopsie en cas de risque élevé. Selon l'EAU, un taux de PSA $< 1,0 \mu\text{g/l}$ permet d'espacer les dépistages tous les 8 à 10 ans, tandis qu'un taux de PSA $> 1,0 \mu\text{g/l}$ à 40 ans ou $> 2,0 \mu\text{g/l}$ à 60 ans justifie un contrôle tous les 2 ans. L'âge d'arrêt du dépistage n'est pas défini et doit tenir compte de l'espérance de vie.⁶

Maladies cardiovasculaires

Les anciennes recommandations proposaient un bilan lipidique dès 35 ans chez l'homme et dès 45 ans chez la femme en présence d'autres facteurs de risque. Les recommandations récentes privilégient une évaluation globale du risque cardiovasculaire, sans âge universel de début de dépistage. Une identification précoce des sujets à risque, notamment ceux présentant des facteurs de risque cardiovasculaire classiques ou d'autres comorbidités associées à un risque cardiovasculaire augmenté, permet de réduire la survenue d'événements cardiovasculaires.

Les SCORE2 (Systematic Coronary Risk Evaluation 2) et SCORE2-OP (older persons), recommandés par l'European Society of Cardiology (ESC), estiment le risque d'événements cardiovasculaires fatals et non fatals.

L'évaluation peut être affinée par le dosage unique de la lipoprotéine(a) ou Lp(a), un marqueur de risque génétique, ainsi que par le score calcique coronaire ou la recherche de calcification périphérique, notamment carotidienne ou fémorale.⁷

Maladies infectieuses

Le dépistage de l'hépatite C est désormais recommandé aux États-Unis pour les personnes de 18 à 79 ans. Selon l'USPSTF, ce changement repose sur la forte prévalence du virus, l'augmentation des cas, la disponibilité de tests rapides et fiables et d'un traitement efficace permettant une réduction de la

mortalité et de la morbidité. La prévalence étant plus faible en Suisse, ce dépistage peut faire l'objet d'une décision partagée.⁴

Métabolique et nutritionnel

Le dépistage du diabète de type 2 a été abaissé de 40 à 35 ans selon la nouvelle recommandation de l'USPSTF, au vu d'une prévalence croissante dans les populations jeunes, en lien notamment avec l'augmentation de l'obésité et de la sédentarité. Une intervention précoce reposant sur les mesures hygiénodététiques a montré un bénéfice en prévenant ou en retardant l'apparition du diabète et ses complications.⁴

Usage de substances psychotropes et santé mentale

Le dépistage de l'utilisation de substances psychotropes, introduit en 2020 par l'USPSTF (en plus de celui de l'alcool et du tabac), représente un enjeu majeur de santé publique en raison de la fréquence élevée des usages problématiques et de leur sous-diagnostic. Il peut être réalisé à l'aide d'un questionnaire standardisé tel que l'ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test), après l'accord du patient.

Le dépistage des troubles anxieux chez l'adulte a été introduit en 2023 en raison de leur prévalence et d'un retard diagnostique fréquent. Des outils validés et rapides, tels que le GAD-2, le GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-2 et -7) et les 2 premières questions du PHQ-4 (Patient Health Questionnaire-4), permettent une détection efficace en médecine de premier recours. Les bénéfices de ces dépistages ont été démontrés, à condition qu'ils soient suivis d'une prise en charge adaptée, notamment avec un suivi en addictologie et une psychothérapie.⁴

APPLICATION AU CABINET

L'évolution des recommandations de dépistage lors de la dernière décennie implique une adaptation des pratiques vers une approche plus individualisée. Le rôle du médecin généraliste est capital dans le suivi longitudinal des patients, avec leurs profils, facteurs de risque et préférences, afin de permettre une médecine préventive adaptée selon les intervalles recommandés. Par ailleurs, un dépistage négatif n'exclut pas la survenue d'une maladie pendant l'intervalle de suivi; le jugement clinique reste prioritaire lors de l'apparition de symptômes suggestifs malgré un résultat antérieur rassurant. La fonction centrale du médecin de premier recours se voit confirmée par l'intégration du dépistage des comportements à risque et de la santé mentale, renforçant une approche holistique de la santé.

LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

Malgré les avancées récentes, certaines limites persistent. Les données probantes concernant le dépistage s'arrêtent autour de 75 ans, alors que les personnes plus âgées représentent une part importante de la patientèle. Chez elles, la décision de dépistage doit reposer sur une évaluation globale de l'état de santé, de l'espérance de vie et des préférences du patient. Des outils tels que le *frailty score* peuvent soutenir cette démarche.

La prise en compte du sexe, du genre et du contexte de vie constitue également un enjeu majeur. Une anamnèse détaillée, incluant l'identité de genre et le sexe attribué à la naissance, permet d'adapter les dépistages, notamment en cas de transition de genre. Les facteurs sociaux, ethniques, environnementaux et familiaux doivent être aussi considérés afin d'identifier les patients dont le risque diffère des recommandations standards.

Tout dépistage devrait s'accompagner d'une éducation à la santé adaptée. Il convient également de tenir compte des restrictions de prise en charge de certains programmes de dépistage par les fondations cantonales, qui peuvent limiter l'accès aux patients à risque.

Enfin, l'élargissement du dépistage expose au risque de surdiagnostic, de faux positifs et d'investigations inutiles, avec des répercussions psychologiques et financières. Une réflexion continue sur la pertinence des interventions reste essentielle.

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 comme outil d'assistance au contrôle orthographique. Aucun contenu scientifique original n'a été généré par cet outil. Les auteurs ont validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La promotion de la santé et les dépistages constituent une part importante de la santé publique et font partie intégrante du rôle du médecin de premier recours.
- Le dépistage doit s'inscrire dans une approche cohérente et individualisée, fondée sur l'évaluation du risque propre et la décision partagée.
- L'élargissement du champ des dépistages permet notamment d'intégrer aux affections somatiques les comportements à risque et la santé mentale, dans une démarche tenant compte de l'ensemble des dimensions de la santé du patient.

1 **Martin SA, Johansson M, Heath I, Lehman R, Korownyk C. Sacrificing patient care for prevention: distortion of the role of general practice. *BMJ*. 21 janv 2025;388:e080811. doi: 10.1136/bmj-2024-080811.

2 Ligue contre le cancer. Dépistage du cancer – Recommandations de la Ligue contre le cancer [En ligne]. 2023. Disponible sur: www.liguecancer.ch/qui-sommes-nous/engagement-politique/positions/-dl-/fileadmin/downloads/politik/20230504-wordings-depistage-f.pdf

3 Duffy SW, Vulkan D, Cuckle H, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. *Lancet Oncol*. 2020 Sep;21(9):1165-72. doi: 10.1016/S1470-2045(20)30398-3.

4. **United States Preventive Services Taskforce [En ligne]. (Cité le 29 mai 2026). Disponible sur:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/>

5. European Study of Prostate Cancer Screening — 23-Year Follow-up. *N Engl J Med*. 2026 Mar 12;394(11):1144. doi: 10.1056/NEJMx250018.

6. **EAU Guidelines. Edn presented at the EAU Annual Congress London. 2026.

7. **De Backer J, Haugaa KH, Hasselberg NE, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease and pregnancy: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease and pregnancy of the European Society of Cardiology (ESC) Endorsed by the European Society of Gynecology (ESG). *Eur Heart J*. 2025 Nov 14;46(43):4462-568. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf193.

** à lire absolument

Fièvre au retour d'un voyage tropical: nouveautés 2026

Dre CAROLINA SHORE,^{a,*} Dre LANA KAPANCI,^{a,*} Dr NICOLAS PERONE,^b Pr FRANÇOIS CHAPPUIS^c et Pr YVES JACKSON^d

Rev Med Suisse 2026; 22: 1526-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.976.49153

La fièvre au retour d'un voyage tropical constitue un défi diagnostique en raison de la multitude des étiologies possibles. Bien que la majorité des cas soient liés à des infections cosmopolites ou bénignes, il est impératif d'exclure rapidement les pathologies potentiellement sévères que sont la malaria et la dengue. Les évolutions récentes concernent l'expansion géographique des arboviroses et l'introduction d'un vaccin respectivement contre la dengue et le chikungunya.

Fever in returning travelers: what's new in 2026?

Fever upon returning from a travel to tropical areas poses a diagnostic challenge due to the multitude of possible causes. Although most cases are related to common or benign infections, it is imperative to rapidly rule out potentially severe conditions, mostly malaria and dengue. Recent developments include the geographic spread of arboviral diseases and the introduction of vaccines for dengue fever and chikungunya.

NOUVEAUTÉS

La prise en charge de la fièvre au retour d'un voyage tropical évolue dans un contexte marqué par l'intensification de la mobilité internationale et des changements environnementaux globaux. Alors que les déplacements internationaux avaient nettement diminué pendant la pandémie du Covid-19, le tourisme mondial a dépassé en 2024 les niveaux pré-pandémiques.¹ Cette tendance témoigne d'un contexte de mondialisation et de démocratisation de la mobilité. Les récentes flambées épidémiques d'infections émergentes, telles que le cluster de Hantavirus sur un bateau de croisière ou l'épidémie d'Ebola en République démocratique du Congo, rappellent le risque de diffusion de certains agents infectieux dans un monde fortement connecté et en urbanisation croissante. Parallèlement, l'augmentation des températures, les modifications des régimes de précipitations et l'urbanisation favorisent l'expansion géographique de vecteurs tels que le moustique tigre (famille *Aedes*), contribuant à l'émergence ou à la progression d'arboviroses dans des régions auparavant peu concernées.²

La malaria reste la maladie tropicale la plus létale au niveau mondial, responsable d'environ 610 000 décès par an, et demeure endémique dans 80 pays répartis principalement en Afrique, en Asie et dans les Amériques, avec une charge particulièrement élevée en Afrique subsaharienne.³

Cependant, les dernières années ont été marquées par une augmentation nette de l'incidence de la dengue. Sur le plan de la prévention, en plus des outils de lutte antivectorielle, un vaccin (Qdenga) est disponible en Suisse depuis 2025 et peut être proposé à certain voyageurs. Le chikungunya a également bénéficié d'avancées en termes de prévention avec la mise sur le marché suisse d'un vaccin (Vimkungya) en mai 2026. Ces nouveautés soulignent la progression des arboviroses comme enjeux croissants de santé mondiale et l'importance d'une évaluation pré-voyage individualisée.

REVUE 2026

Approche clinique structurée

La fièvre au retour d'un voyage tropical est un motif de consultation potentiellement grave. Le diagnostic différentiel est large, et l'enjeu consiste à identifier rapidement les pathologies nécessitant une prise en charge urgente, tout en évitant des investigations inutiles.

L'anamnèse permet d'orienter le diagnostic différentiel en fonction du parcours du voyageur et de l'estimation du temps d'incubation. Le médecin peut se référer au site www.healthtravel.ch, une source fiable d'information épidémiologique, et au **tableau 1** qui recense les périodes d'incubation habituelles des principales étiologies de fièvre. L'anamnèse spécifique sur les expositions et les caractéristiques individuelles du patient, ainsi que les signes cliniques d'orientation, sont détaillés dans la stratégie de prise en charge des HUG.^{4,5} Un état de choc ou des signes d'hémorragie nécessiteront une prise en charge urgente (par exemple en cas de mélioi-dose), voire l'isolement immédiat du patient en cas de suspicion de fièvre virale hémorragique.

Bien que les infections cosmopolites restent les causes de fièvre de retour de voyage les plus fréquentes, la priorité est d'exclure une malaria indépendamment de la symptomatologie associée, celle-ci pouvant se présenter de manière atypique. Les arboviroses (dengue, chikungunya, Zika) et la fièvre entérique (infections à *Salmonella typhi* et *Paratyphi*) sont à évoquer en parallèle, ainsi que des causes plus rares (rickettsiose, schistosomiase aiguë, leptospirose) en cas de bilan initial négatif. L'algorithme proposé (**figure 1**) a été conçu comme un outil permettant de visualiser les pathologies les plus urgentes à identifier.

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cService de médecine tropicale et humanitaire, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^dUnité de médecine et de soins dans la communauté, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
carolina.shore@hug.ch | lana.kapanci@hug.ch | nicolas.perone@unige.ch
francois.chappuis@hug.ch | yves.jackson@hug.ch

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

TABLEAU 1		Orientation diagnostique selon le délai d'incubation
Délai d'incubation	Étiologies fréquentes	Fréquence relative en Suisse
< 7 jours	Dengue	+++
	Chikungunya	+
	Infections bactériennes (digestives, respiratoires, urinaires)	+++
	Rickettsioses	+
7-21 jours	Malaria (<i>P. falciparum</i>)	++++
	Fièvre entérique (typhoïde/ paratyphoïde)	++
	Dengue	+++
	Leptospirose	+
> 3-4 semaines	Malaria (autres espèces)	+
	Schistosomiase	+
	VIH (primo-infection)	++
	Hépatites virales	+
	Tuberculose	+

Évolution épidémiologique de la fièvre dengue

La fièvre dengue a connu une expansion importante ces dernières années, constituant ainsi un enjeu de santé publique global. En 2024, l'OMS a estimé l'incidence à plus de 14 millions de cas et la mortalité à plus de 10 000 décès, des chiffres probablement sous-estimés en raison de l'absence de mécanismes fiables de surveillance et de signalement dans plusieurs des 90 pays endémiques.⁶ L'expansion du vecteur, à savoir le moustique tigre (*Aedes aegypti* et *Aedes albopictus*) est particulièrement prononcée dans les Amériques. Elle s'explique par le réchauffement des températures, qui augmente la surface et la durée pendant laquelle le vecteur est actif, ainsi que par l'augmentation des précipitations qui favorisent sa reproduction dans les zones humides. À cela s'ajoutent une augmentation de la mobilité internationale et les migrations de populations dans des pays au système de santé fragile qui peinent à instaurer des mesures de prévention adéquates.⁷

En Suisse, la dengue n'est pas endémique et se limite pour l'instant à des cas importés. Cependant, des cas de dengue autochtones (c'est-à-dire acquis localement) ont été signalés dans plusieurs pays européens, comme la France, l'Italie ou l'Espagne. L'Europe a recensé plus de 300 cas autochtones en 2024, une tendance en nette hausse dans un continent qui n'avait jamais compté plus de 10 cas autochtones par an avant 2022.

Prévention: nouveautés pour la fièvre dengue

Le virus de la fièvre dengue comporte quatre sérotypes distincts (DENV-1 à DENV-4). Si l'infection par un des sérotypes confère une immunité à vie pour le sérotype infectant, une immunité croisée contre d'autres sérotypes est partielle et transitoire. Ainsi, une infection secondaire par un autre sérotype expose le patient à un risque d'infection sévère, dont l'issue peut être mortelle.⁸ Au vu du fardeau sanitaire croissant

que représente la fièvre dengue, l'élaboration d'un vaccin a été une priorité ces dernières années. Un vaccin vivant atténué (Qdenga), contenant des souches des quatre sérotypes, est disponible en Suisse depuis 2025.⁹ Il est indiqué pour les voyageurs se rendant dans des régions à haut risque de transmission et qui présentent un antécédent d'infection prouvé ou probable.

Le groupe suisse d'experts en médecine des voyages a résumé les données d'efficacité et de sécurité du Qdenga et diffusé les recommandations de vaccination en 2024.¹⁰ À environ cinq ans, l'efficacité du vaccin pour prévenir les hospitalisations était de 86% chez les patients séropositifs et de 79% chez les patients séronégatifs, avec des différences selon les sérotypes. Indépendamment du statut sérologique initial, il s'est montré le plus efficace (> 95%) contre le sérotype DENV-2.¹¹ La vaccination mimant une infection primaire chez les personnes séronégatives, il est crucial d'écarter un risque augmenté de dengue sévère lors d'une infection naturelle chez les voyageurs vaccinés. Si les données sont rassurantes concernant les sérotypes DENV-1 et DENV-2, des données additionnelles sont nécessaires concernant les sérotypes DENV-3 et DENV-4, limitant ainsi l'indication du vaccin aux voyageurs avec un antécédent de dengue.

Vaccination contre le chikungunya

Le chikungunya est une autre arbovirose transmise par le moustique *Aedes*, même vecteur que la fièvre dengue. Elle est donc également endémique dans les régions tropicales et subtropicales, et l'OMS a recensé environ un demi-million de cas dans le monde en 2025.¹² L'infection se manifeste principalement par une fièvre, des arthralgies (souvent sévères et persistantes) et une éruption cutanée. Bien que le taux de mortalité soit faible, les populations vulnérables telles que les nourrissons, les personnes âgées ou présentant des comorbidités peuvent développer une forme sévère.

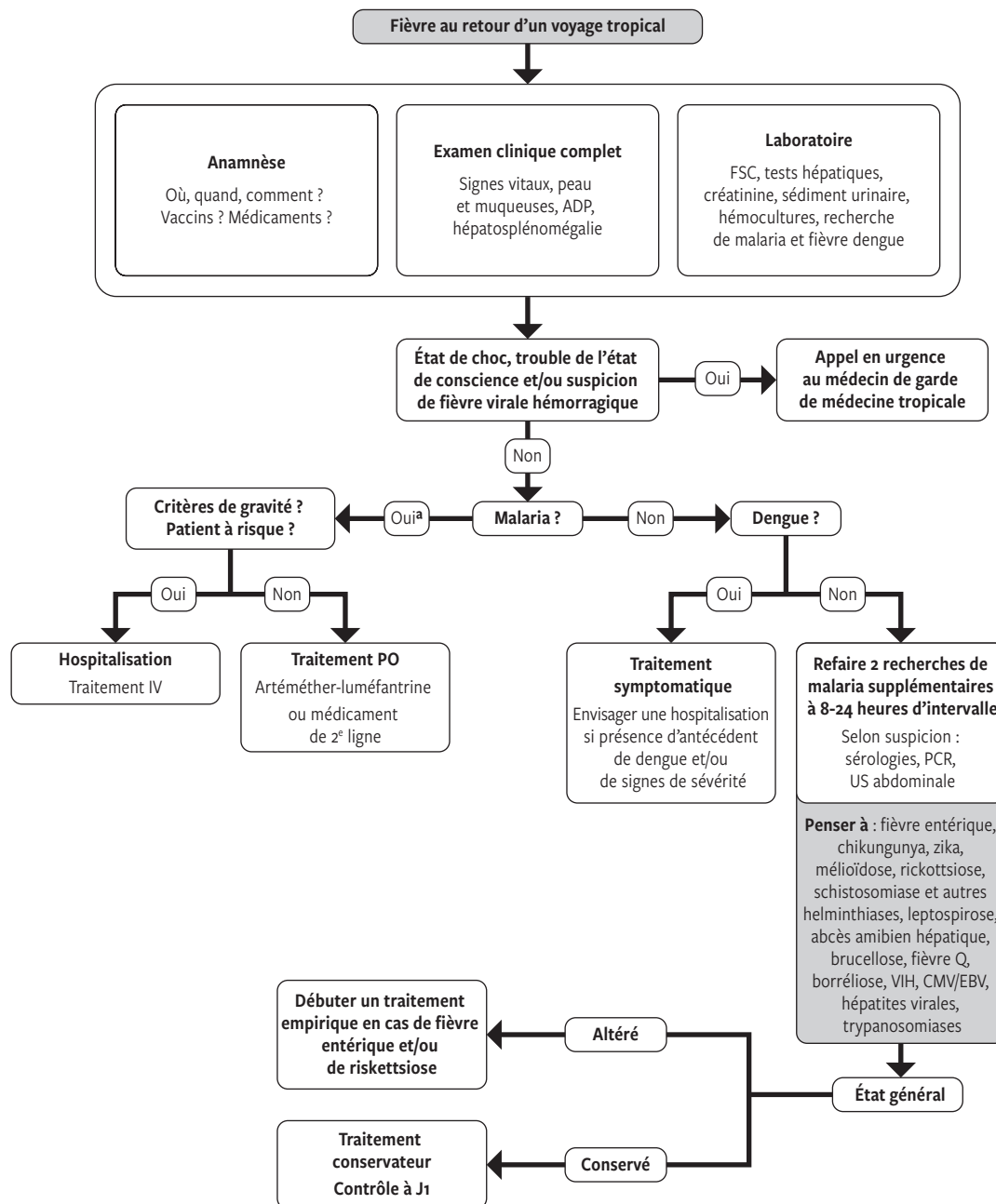
Deux vaccins ont été développés, le vaccin vivant atténué Ixchiq et le vaccin inactivé Vimkunya. Ce dernier est autorisé en Suisse depuis mai 2026.¹³ Il est indiqué chez les voyageurs de 12 ans et plus qui se rendent dans une zone d'épidémie, et peut être considéré en cas de voyage dans une zone de risque élevé, selon les informations mises à jour régulièrement par les CDC (Centers for Disease Control and prevention) américains et disponibles sur le site www.healthytravel.ch.¹⁴ Le taux de réponse sérologique se monte à >97% chez des sujets âgés de 12 à 64 ans trois semaines après la vaccination avec le vaccin Vimkunya, et à >87% chez les sujets âgés de 65 ans et plus. Quant au vaccin vivant atténué Ixchiq, il n'est pour l'instant pas enregistré en Suisse en raison d'effets indésirables graves observés chez des personnes âgées.¹⁵

APPLICATION EN CABINET

Le médecin de famille doit systématiquement poser la question du voyage récent à tout patient fébrile. Sa première décision est le triage: référer aux urgences si signes de gravité, ou gérer en ambulatoire avec un suivi quotidien. Les voyageurs rendant visite à leur famille dans leur pays d'origine constituent un groupe à risque accru souvent sous-estimé.

FIG 1 Algorithme de prise en charge

*Aux HUG : toujours informer le médecin de garde de médecine tropicale en cas de diagnostic de malaria, même en cas de traitement ambulatoire.
ADP: adénopathie; CMV: cytomégalo virus; EBV: virus d'Epstein-Barr; FSC: formule sanguine complète; IV: intraveineux; J1: Jour 1; PCR: Polymerase Chain Reaction; PO: per os; US: échographie.



Sur le plan paraclinique, après un voyage en zone d'endémie palustre, la recherche de paludisme (test rapide avec frottis sanguin et goutte épaisse) doit être menée le jour même, à répéter dans les 12 heures en cas de forte suspicion et de premier résultat négatif.

Le bilan général pour la fièvre au retour de voyage inclut également: formule sanguine complète avec répartition (leucocytose versus leucopénie, éosinophilie, thrombopénie), transaminases, créatinine, un test VIH (Ag p24/anticorps). En

fonction de la destination, il faut ajouter la recherche de la fièvre dengue.

En cas de suspicion de fièvre hémorragique virale, appeler la garde du service de médecine tropicale ou des maladies infectieuses pour la marche à suivre, isoler immédiatement le patient et notifier le cas aux autorités sanitaires.

À noter que le médecin de famille est habilité à prescrire les vaccins Qdenga et Vimkungya, mais ces derniers ne sont pas

couverts par la LaMal, quelle que soit la spécialité du prescripteur.

LIMITES ET PERSPECTIVES

Les connaissances épidémiologiques et cliniques reposent en grande partie sur des données observationnelles, très hétérogènes selon les régions et les populations étudiées. Ainsi l'algorithme proposé n'a pas fait l'objet d'une validation prospective, et peut être limité par la disponibilité des outils diagnostiques dans un cadre ambulatoire. Par ailleurs, une proportion non négligeable des fièvres demeure d'origine inconnue, reflétant l'incertitude diagnostique à laquelle les cliniciens sont souvent confrontés.

Les perspectives incluent le développement de nouveaux outils diagnostiques qui permettraient d'orienter la prise en charge plus rapidement que les sérologies, afin de raccourcir la période d'incertitude diagnostique et diminuer le nombre d'examen. Nous pouvons également espérer, dans le futur, le développement de plateformes d'intégration de données épidémiologiques en temps réel.

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 la recherche d'articles et l'amélioration des paragraphes. L'ensemble a ensuite été relu et modifié par les auteurs.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

ORCID ID:

C. Shore: <https://orcid.org/0009-0008-7240-8474>

F. Chappuis: <https://orcid.org/0000-0003-0442-7610>

Y. Jackson: <https://orcid.org/0000-0001-5619-333X>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Toujours exclure la malaria chez le patient fébrile au retour de voyage, quelle que soit la symptomatologie associée.
- La dengue connaît une augmentation de son incidence et doit être évoquée même sans signes spécifiques.
- De nouveaux vaccins contre la dengue et le chikungunya sont disponibles pour certaines situations précises.
- Une prise en charge ambulatoire est possible en l'absence de signes de gravité, à condition d'un suivi rapproché.

1 UN Tourism | Bringing the world closer [En ligne]. 27 septembre 2026. (Cité le 26 mai 2026). Disponible sur: www.untourism.int/

2 Kolimenakis A, Heinz S, Wilson ML, et al. The role of urbanisation in the spread of Aedes mosquitoes and the diseases they transmit-A systematic review. *PLoS Negl Trop Dis* 2021;15(9):e0009631.

3 World malaria report 2025 [En ligne]. (Cité le 26 mai 2026). Disponible sur: www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2025

4 **Neumayr A, Stöckle M, Künzli E, et al. Fièvre au retour d'un voyage. *Swiss Med Forum* [En ligne]. 2018. (Cité le 25 mai 2026). Disponible sur: <https://doi.emh.ch/fms.2018.03240>

5 *Paquet D, Jung L, Trawinski H, Wendt S, Lübbert C. Fever in the Returning Traveler. *Dtsch Arztebl Int*. 2022;119(22-23):400-7.

6 Haider N, Hasan MN, Onyango J, et al. Global dengue epidemic worsens with record 14 million cases and 9000 deaths reported in 2024. *Int J Infect Dis*. 2025 Sep;158:107940.

7 *World Health Organization. Dengue – Global situation [En ligne]. *Disease Outbreak News*. (Cité le 26 mai 2026). Disponible sur: www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON518

8 Choi L, Guedes Alcoforado Aguiar B, Wisniewski S, et al. Interventions for preventing dengue: a mapping review. *Cochrane Database Syst Rev*. 2025;10(10):CD016299.

9 European Medicines Agency (EMA). Qdenga [En ligne]. 2022. (Cité le 26 mai 2026). Disponible sur: www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/qdenga

10 Eperon G, Veit O, Antonini P, et al. Vaccination against dengue fever for travellers. *Swiss Medical Weekly*. 2024 Sep;154(9):3858.

11 Tricou V, Yu D, Reynales H, et al. Long-term efficacy and safety of a tetravalent dengue vaccine (TAK-003): 4-5-year results from a phase 3, randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet Glob Health*. 2024;12(2):e257-70.

12 *World Health Organization. Chikungunya virus disease- Global situation [En ligne]. (Cité le 3 juin 2026). Disponible sur: www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2025-DON581

13 INFOVAC. Vaccin contre le chikungunya: prévention et recommandations [En ligne]. (Cité le 3 juin 2026). Disponible sur: www.infovac.ch/fr/les-vaccins/par-maladie/chikungunya

14 *CDC. Areas at Risk for Chikungunya [En ligne]. *Chikungunya Virus*. 2026. (Cité le 3 juin 2026). Disponible sur: www.cdc.gov/chikungunya/data-maps/index.html

15 Kling K, Falman A, Branke L, et al. Vaccination against chikungunya – a systematic review on the immunogenicity, tolerability, and safety of the live-attenuated vaccine (LAV) Ixchiq and the virus like particle (VLP) vaccine Vimkunya. *Vaccine*. 2026 Mar 7;75:128251.

* à lire

** à lire absolument

Asthme et BPCO: quelles nouveautés dans la prise en charge en 2026?

Dre JOSEPHA LEKONYA SALAH MANOH^a, Dr TRISTAN GUGLER^a, Dr IVAN GUERREIRO^b,
Dr FLORIAN CHARBONNIER^b, Pre JOHANNA SOMMER^c et Dre CHARLOTTE PAMPURIK^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1530-3 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.976.49162

L'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) sont les maladies respiratoires chroniques les plus fréquentes en Suisse mais leur diagnostic reste parfois difficile. Les recommandations internationales de prise en charge de ces pathologies ont récemment été mises à jour. Dans l'asthme, les critères diagnostiques et examens complémentaires destinés à confirmer le diagnostic sont désormais mieux définis et hiérarchisés, les biothérapies prennent un rôle majeur dans la prise en charge de l'asthme sévère, et la monothérapie par salbutamol n'est plus recommandée. Dans la BPCO, la classification GOLD est simplifiée en 3 groupes (A, B et E) et une seule exacerbation modérée suffit pour être dans le groupe haut risque d'exacerbations (E). La sévérité des exacerbations se classe désormais selon les critères de Rome.

Asthma and COPD: what is new in their management in 2026?

Asthma and Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) are the most prevalent chronic respiratory diseases in Switzerland, but their diagnosis remains challenging. Recent updates in international management guidelines have led to revisions in diagnosis, classification, and therapeutic management. In asthma, diagnostic criteria and exams are better defined and hierarchized, biologic therapies currently play a central role in severe asthma management, and salbutamol reliever monotherapy is no longer recommended. In COPD, GOLD guidelines have simplified their patient stratification into 3 categories (A, B, and E) and a single moderate exacerbation is now sufficient for inclusion in the high exacerbation risk group (E). Exacerbation severity is now graded according to the Rome proposal framework.

NOUVEAUTÉS ET REVUE 2026 POUR L'ASTHME*

Pour le diagnostic d'asthme, les dernières recommandations internationales soulignent l'importance d'une association de symptômes évocateurs et d'un examen complémentaire démontrant soit une obstruction variable du flux expiratoire, soit, depuis 2022, une inflammation bronchique excessive (figure 1).^{1,2} Le surdiagnostic d'asthme (symptômes compa-

tibles non confirmés par un examen complémentaire) toucherait jusqu'à 30-35% des patients mais le sous-diagnostic est également fréquent (20-70%).³ Les examens fonctionnels permettant de confirmer le diagnostic d'asthme ont été redéfinis à la lumière des données scientifiques récentes et sont hiérarchisés selon leur performance diagnostique et leur faisabilité.² L'accessibilité des différents examens pour le médecin de premier recours joue également un rôle.

- La spirométrie avant et après bronchodilatation reste l'examen de choix pour détecter une obstruction réversible. Pour définir un syndrome obstructif, les dernières recommandations préconisent l'utilisation d'un rapport du volume expiratoire maximal par seconde sur la capacité vitale forcée (VEMS/CVF) à la limite inférieure de la norme (Z-score < -1,645), plutôt que le rapport fixe VEMS/CVF < 0,7, précédemment utilisé. Les Z-scores sont exprimés en unités d'écart par rapport à la valeur prédite et ont l'avantage d'être spécifiques au sexe, à la taille, à l'âge et à l'ethnie. Le rapport VEMS/CVF diminuant physiologiquement avec l'âge, l'utilisation d'un rapport fixe peut entraîner un sous-diagnostic chez les patients jeunes et un surdiagnostic chez les patients âgés. De ce fait, l'utilisation du Z-score montre des résultats plus précis et cohérents, particulièrement dans ces deux tranches d'âge.^{1,4} Pour le diagnostic d'asthme, une réversibilité supérieure à 10% de la valeur prédite du VEMS ou de la CVF est significative.⁴
- La mesure de la fraction expirée du monoxyde d'azote (FeNO) supérieure à 50 ppb témoigne d'une inflammation bronchique excessive; elle est associée à une spécificité supérieure à 90%, posant ainsi le diagnostic d'asthme de type 2 (éosinophilique) chez un patient avec une clinique évocatrice.⁵
- Le suivi du débit expiratoire de pointe (DEP ou Peakflow) n'est plus recommandé (sauf s'il est le seul test disponible) car il est moins fiable que les autres tests (sensibilité 5-93%), nécessite plusieurs mesures et des difficultés d'observance pour les patients. A noter que la mesure du DEP moyen sur 5 jours n'est pas inférieure à 14 jours, selon une étude.⁴

L'utilisation des bêta2-agonistes à courte durée d'action (SABA, short-acting beta2 agonists) en monothérapie n'est plus recommandée.^{1,6} En effet, malgré un soulagement satisfaisant des symptômes à court terme, ils ne diminuent pas l'inflammation bronchique et les études montrent un risque plus élevé d'exacerbations nécessitant des corticoïdes systémiques et d'hospitalisations chez les patients traités par SABA seuls par rapport à ceux traités avec des corticostéroïdes inhalés (CSI).⁷ Le traitement actuel de première ligne de l'asthme est l'association de CSI + formotérol, comme

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14,

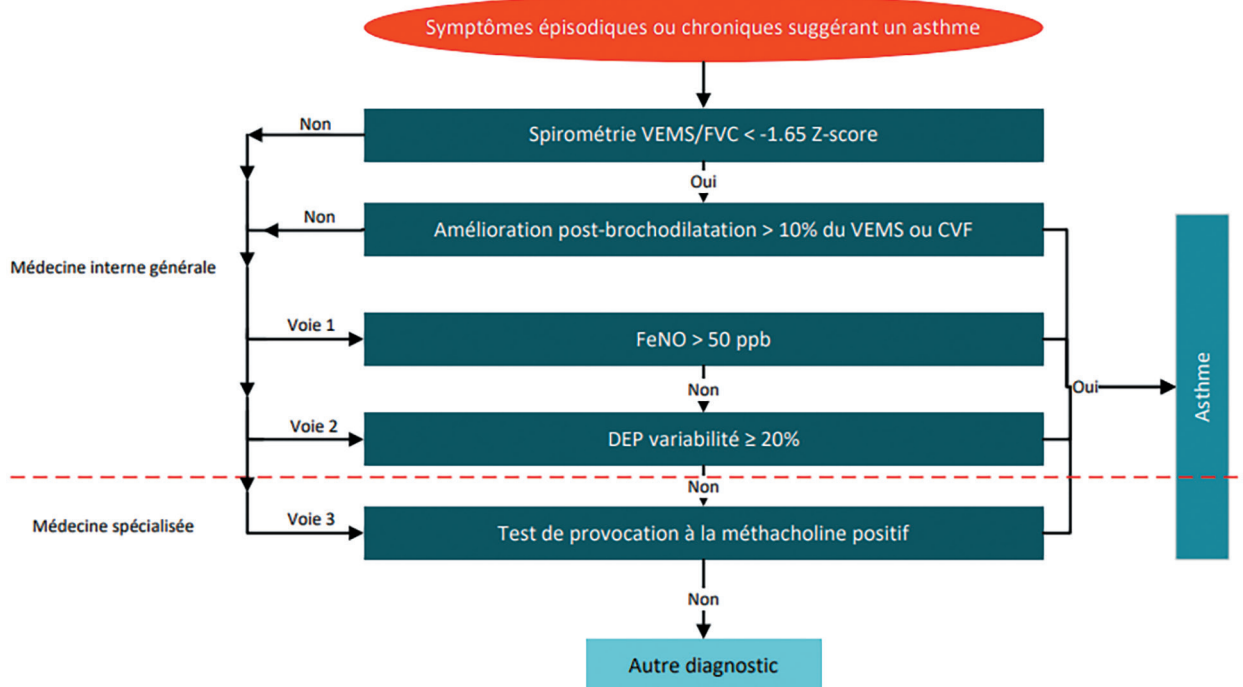
^bService de pneumologie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4

josepha.salah@hug.ch | tristan.gugler@hug.ch | ivan.guerreiro@hug.ch
florian.charbonnier@hug.ch | johanna.sommer@unige.ch | charlotte.pampurik@hug.ch

* Dans un souci de fluidité et de lisibilité, le masculin est employé dans ce document comme forme générique pour désigner l'ensemble des personnes, s'appliquant ainsi indifféremment aux femmes, aux hommes et à toute autre identité de genre.

FIG 1 Algorithme pour le diagnostic de l'asthme

CVF: capacité vitale forcée; DEP: débit expiratoire de pointe; FeNO: fraction expirée de monoxyde d'azote; VEMS: volume expiratoire maximal par seconde.



(Adaptée des réf. 2,14).

traitement de fond et de secours, même en cas d'asthme léger. Le choix du formotérol comme bêta2-agoniste à longue durée d'action (LABA, long-acting beta2 agonists) est lié à son action rapide (utilisable donc pour le traitement de secours) et prolongée (utile pour le traitement de fond), sans changer de dispositif. À noter que le formotérol, d'un point de vue pharmacodynamique, agit aussi vite que les SABA mais son utilisation en aérosol-doseur (plutôt qu'en poudre) procure une libération plus rapide pour les patients réfractaires à l'abandon des SABA. En revanche, les dispositifs en poudre sont nettement moins polluants que les aérosols-doseurs et sont à privilégier en première intention.

Les biothérapies occupent désormais une place essentielle dans la prise en charge de l'asthme sévère non contrôlé malgré un traitement optimal. Elles sont principalement indiquées chez les patients présentant un asthme de type 2, caractérisé par une inflammation importante et/ou la présence d'éosinophiles. Elles permettent de réduire significativement les exacerbations et la dépendance aux corticostéroïdes oraux, tout en améliorant la qualité de vie.⁸

NOUVEAUTÉS ET REVUE 2026 POUR LA BPCO

Concernant le diagnostic spirométrique de la BPCO, les recommandations GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) proposent toujours l'utilisation d'un critère fixe (VEMS/CVF < 0,7) en raison de sa simplicité d'utilisation ainsi que de sa conformité avec l'ensemble des données scientifiques internationales, tandis que les recom-

mandations ERS/ATS (European Respiratory Society/American Thoracic Society) privilégient l'utilisation du Z-score, qui semble être un critère diagnostique plus précis dans les populations d'âge extrême et évite le surdiagnostic chez les patients âgés.^{4,9} Le diagnostic doit toujours être posé en tenant compte non seulement des examens complémentaires, mais également de l'exposition des patients et de leurs symptômes.

Le dosage de l'alpha1-antitrypsine, enzyme qui protège les poumons de la destruction tissulaire médiée par les protéases, est désormais recommandé chez tous les patients atteints de BPCO.⁹ Il est effectué une seule fois, idéalement lors du diagnostic. En cas de déficit, il existe un traitement substitutif à base d'alpha1-antitrypsine provenant de plasma humain purifié, qui a montré son efficacité dans le ralentissement de la progression de l'emphysème.¹⁰

Les recommandations GOLD proposent depuis 2025 de fusionner les patients des anciens groupes C et D en un seul groupe exacerbeur (E), qui définit les patients ayant présenté au moins une exacerbation modérée ou sévère au cours des 12 derniers mois (figure 2). Il n'est plus nécessaire d'attendre 2 exacerbations modérées pour considérer les patients à haut risque d'exacerbation. Cette classification vise à simplifier la prise en charge des patients exacerbeurs, dont le traitement et le pronostic corréleront mieux avec la présence d'exacerbations qu'avec celle de symptômes.⁹ Pour les patients du groupe E, un traitement combiné d'antimuscariniques à longue durée d'action (LAMA) et LABA est recommandé pour diminuer le risque d'exacerbation. L'ajout d'un CSI peut être envisagé avec un suivi de son efficacité; il est

FIG 2 Classification et traitement des patients atteints de BPCO selon GOLD

CAAT: Chronic Airways Assessment Test; CSI: corticostéroïdes inhalés; GOLD: Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease; LABA: long-acting beta2-agonists; LAMA: antimuscariniques; mMRC: échelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council; VEMS: volume expiratoire maximal par seconde.

Sévérité de l'obstruction Grade 1 à 4		Risque d'exacerbations Groupe A, B ou E	
GOLD 1	VEMS ≥ 80 %	≥ 1 exacerbation modérée ou sévère dans la dernière année Aucune exacerbation modérée ou sévère dans la dernière année	E
GOLD 2	50 % ≤ VEMS < 80 %		
GOLD 3	30 % ≤ VEMS < 50 %		A
GOLD 4	VEMS < 30 %		B
		mMRC < 2 CAAT < 10	mMRC ≥ 2 CAAT ≥ 10
Traitement			
≥ 1 exacerbations modérée ou sévère dans la dernière année Aucune exacerbation modérée ou sévère dans la dernière année		Groupe E LAMA + LABA +/- CSI	
		Groupe A Un bronchodilatateur	Groupe B LAMA + LABA
		mMRC < 2 CAAT < 10	mMRC ≥ 2 CAAT ≥ 10

(Adaptée de réf. ⁸).

fortement recommandé en cas d'éosinophilie sanguine. Les biothérapies peuvent être envisagées pour les patients du groupe E avec un traitement inhalé maximal et une éosinophilie sanguine (>0,3 G/l).

La classification des patients non exacerbeurs (groupes A et B) n'a pas changé et dépend de la présence de symptômes respiratoires selon l'échelle mMRC (échelle de dyspnée modifiée du Medical Research Council) ou l'échelle CAAT (Chronic Airways Assessment Test). L'intensité du traitement symptomatique dépendra de l'intensité des symptômes chez ces patients, allant d'une monothérapie préférentiellement par LAMA pour le groupe A, à une bithérapie par LAMA et LABA chez les patients du groupe B (figure 2).⁹ À noter que pour l'évaluation des symptômes, le questionnaire CAT (COPD Assessment Test) précédemment utilisé a cédé sa place au test CAAT (Chronic Airways Assessment Test), qui est utilisable dans la BPCO et l'asthme.¹¹

La classification de la sévérité des exacerbations de BPCO repose désormais sur les critères de Rome (tableau 1), qui présentent une bonne corrélation avec le pronostic, en particulier avec la mortalité et le risque d'admission en unité de soins intensifs.⁹ La prise en charge ambulatoire peut être envisagée dans les exacerbations légères, alors qu'une hospitalisation doit être systématiquement envisagée dans les exacerbations modérées ou sévères.

APPLICATION AU CABINET

L'asthme et la BPCO sont des pathologies pulmonaires très fréquentes, diagnostiquées et suivies majoritairement en

cabinet de premier recours.^{12,13} La spirométrie diagnostique peut s'effectuer auprès d'un généraliste équipé d'un spiromètre et formé à son utilisation ou auprès d'un laboratoire de fonctions pulmonaires. L'initiation du traitement de première ligne relève du médecin généraliste.

Concernant l'asthme, en cas de symptômes suggestifs avec une spirométrie non disponible ou non concluante, la mesure du FeNO est un test intéressant car facilement mesurable dans l'air expiré avec un appareil portatif (mais actuellement non remboursé en médecine générale).

Concernant la BPCO, la simplification de la stratégie de prise en charge médicamenteuse en trois groupes devrait en faciliter l'application. Elle est guidée par la sévérité des symptômes et par le phénotype (exacerbeur ou non). Le dosage sérique de l'alpha1-antitrypsine, recommandé chez tous les patients atteints d'une BPCO peut être effectué par le médecin généraliste. Enfin, le rôle de l'éosinophilie sanguine est bien connu dans l'asthme, mais il a désormais également un rôle primordial dans la BPCO, notamment pour l'introduction des corticostéroïdes.

LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

Bien que la spirométrie demeure l'examen de référence dans la prise en charge de l'asthme et de la BPCO, son utilisation reste insuffisante, et participe largement au sous- et sur-diagnostic de ces pathologies et retarde l'initiation d'un traitement adéquat. La spirométrie peut être effectuée en cabinet de premier recours mais nécessite une formation de base et une mise à jour régulière des compétences afin d'assurer la

TABLEAU 1

**Sévérité d'une exacerbation de BPCO
selon les critères de Rome**

CRP: protéine C-réactive; EVA: échelle visuelle analogique; FC: fréquence cardiaque;
FR: fréquence respiratoire; PaCO₂: pression partielle en dioxyde de carbone;
PaO₂: pression artérielle en oxygène; SpO₂: saturation pulsée en oxygène.

Sévérité de l'exacerbation	Critères de Rome
Légère	- EVA dyspnée < 5 - FR < 24/min - FC < 95 bpm - SpO₂ ≥ 92% au repos à air ambiant (ou débit d'oxygène usuel du patient) ET variation de moins de 3% par rapport à la SpO₂ habituelle du patient (si connue) - CRP < 10 mg/l (si obtenue)
Modérée Au moins 3/5 critères	- EVA dyspnée ≥ 5 - FR ≥ 24/min - FC ≥ 95 bpm - SpO₂ < 92% au repos à air ambiant (ou débit d'oxygène usuel du patient) OU variation de 3% ou plus par rapport à la SpO₂ habituelle du patient (si connue) - CRP ≥ 10 mg/l - Si obtenue, PaO₂ entre 9,3 et 10,6 kPa (70-80 mmHg)
Sévère	- Dyspnée, FR, FC, SpO₂, CRP: mêmes seuils que pour l'exacerbation modérée - La gazométrie artérielle montre une hypoxémie et/ou une hypercapnie avec acidose - PaO₂ < 8 kPa (60 mmHg) - PaCO₂ > 6 kPa (45 mmHg) et pH < 7,35

(Adapté de réf. ⁹)

qualité et la reproductibilité des mesures obtenues. Concernant le diagnostic spirométrique d'une obstruction, les dernières recommandations privilégient l'utilisation du rapport VEMS/CVF < -1,645 sur la base des Z-scores plutôt que le rapport fixe < 0,7. Les médecins de premier recours devront installer ces nouvelles références (GLI -Global Lung Function Initiative/Z-score) dans leurs logiciels de spirométrie.

Dans l'asthme, l'adhésion des patients aux traitements recommandés demeure un défi majeur, tandis que l'utilisation des SABA seuls reste largement répandue dans la population, malgré les recommandations en leur défaveur. Enfin, la meilleure compréhension de la physiopathologie de l'asthme a permis le développement de biothérapies, dont l'efficacité

chez les patients sélectionnés a fait ses preuves, mais leur coût reste élevé.

Les changements récents dans la prise en charge de la BPCO permettent de simplifier la classification des patients et leur traitement symptomatique. En revanche, les interventions ayant démontré un bénéfice sur la survie restent inchangées: sevrage tabagique et réadaptation respiratoire pour tous les patients; oxygénothérapie, biothérapie et réduction de volume chez les patients répondant aux critères.

Conflit d'intérêts: I. Guerreiro et F. Charbonnier ont reçu des honoraires de conférencier et de participation à des comités consultatifs d'AstraZeneca, GSK, Sanofi, ainsi que des soutiens de la part de la Ligue pulmonaire genevoise, qui ont été versés à son institution. Les autres 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 la traduction du résumé de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

ORCID ID:

J. Lekonya Salah Manoh: <https://orcid.org/0009-0007-0176-4896>

T. Gugler: <https://orcid.org/0009-0007-1617-1532>

I. Guerreiro: <https://orcid.org/0000-0002-4295-3024>

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

C. Pampurik: <https://orcid.org/0009-0001-1389-2373>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La spirométrie reste l'examen de choix pour confirmer un asthme, mais la mesure de la fraction expirée du monoxyde d'azote est une alternative en cas de spirométrie indisponible ou non concluante.
- Les bêta2-agonistes à courte durée d'action (SABA, short-acting beta2 agonists) en monothérapie ne sont plus recommandés pour l'asthme.
- La classification GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) pour la BPCO a été simplifiée et comprend désormais 3 groupes: A, B et E.
- La sévérité des exacerbations de BPCO s'évalue désormais selon les critères de Rome.

1 **2025 GINA Strategy Report. Global Initiative for Asthma – GINA [En ligne]. (Cité le 25 mars 2026). Disponible sur: <https://ginasthma.org/2025-gina-strategy-report/>

2 *Louis R, Satia I, Ojanguren I, et al. European Respiratory Society guidelines for the diagnosis of asthma in adults. Eur Respir J. 2022 Sep;60(3):2101585. doi: 10.1183/13993003.01585-2021.

3 Aaron SD, Boulet LP, Reddel HK, et al. Underdiagnosis and Overdiagnosis of Asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2018 Oct 15;198(8):1012-20. doi: 10.1164/rccm.201804-0682CI.

4 Stanojevic S, Kaminsky DA, Miller MR, et al. ERS/ATS technical standard on interpretive strategies for routine lung function tests. Eur Respir J. 2022 Jul;60(1):2101499. doi:

10.1183/13993003.01499-2021.

5 Murugesan N, Saxena D, Dileep A, et al. Update on the Role of FeNO in Asthma Management. Diagnostics. 15 avr 2023;13(8):1428. doi: 10.3390/diagnostics13081428.

6 Mosnaim G. Asthma in Adults. N Engl J Med. 2023 Sep 14;389(11):1023-31. doi: 10.1056/NEJMc2304871.

7 Amirav I, Garcia G, Le BK, et al. SABAs as Reliever Medications in Asthma Management: Evidence-Based Science. Adv Ther. 2023 Jul;40(7):2927-43. doi: 10.1007/s12325-023-02543-9.

8 Bignold RE, Busby H, Holloway J, et al. Biologic therapies targeting type 2 cytokines are effective at improving asthma symptoms and control—a systematic review and meta-analysis. J Allergy Clin Immunol Glob. 2025 Feb;4(1):100374.

doi: 10.1016/j.jacig.2024.100374.

9 **2026 GOLD Report and Pocket Guide. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD [En ligne]. (Cité le 11 mars 2026). Disponible sur: <https://goldcopd.org/2026-gold-report-and-pocket-guide/>.

10 Hernandez P, Bossé Y, Bush P, et al. Alpha-1-Antitrypsin Deficiency Targeted Testing and Augmentation Therapy: A Canadian Thoracic Society Meta-Analysis and Clinical Practice Guideline. Chest. 2025 Apr 1;167(4):1044-63. doi: 10.1016/j.chest.2024.08.037.

11 Jones PW, Tomaszewski EL, Belton L, et al. Validity of the Chronic Airways Assessment Test (CAAT) in asthma, asthma+COPD and COPD in NOVELTY. ERJ Open Res. 2025 Jul 21;11(4). doi: 10.1183/23120541.01359-2024.

12 Ortega H, Bharmal N, Khatri S. Primary care referral patterns for patients with asthma: analysis of real-world data. J Asthma. 2023 Mar;60(3):609-15. doi: 10.1080/02770903.2022.2082308.

13 *Cho EE, Mecredy GC, Wong HH, et al. Which Physicians Are Taking Care of People With COPD? Chest. 2019 Apr;155(4):771-7. doi: 10.1016/j.chest.2018.12.018.

14 Charbonnier F, Coattrenec Y, Gianella P. Asthme. Chêne-Bourg: RMS éditions-Médecine et hygiène, 2025. (L'essentiel)

* à lire

** à lire absolument

Ostéoporose: quelle prise en charge en 2026?

SAHA SADEGHIPOUR^{a,*}, MATHILDE ROMAIN^{a,*}, Pr EMMANUEL BIVER^b, Pre NOELLE JUNOD PERRON^c et CLAIRE RITZ^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1534-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.976.49150

L'ostéoporose est une maladie chronique traitable caractérisée par une diminution de la résistance osseuse et une augmentation du risque fracturaire. D'évolution insidieuse, elle demeure fréquemment sousdiagnostiquée jusqu'à la survenue d'une fracture de fragilité. Elle est associée à une morbidité importante, incluant douleurs chroniques et perte d'autonomie, ainsi qu'à un impact économique majeur lié aux hospitalisations et à une mortalité accrue. À prédominance féminine, l'ostéoporose demeure largement soustraite, puisqu'environ 80% des femmes éligibles à un traitement n'en bénéficient pas. Cet article propose des stratégies de prise en charge diagnostique et thérapeutique en médecine de premier recours, afin d'améliorer le dépistage précoce et de réduire les conséquences individuelles et sociétales de cette maladie.

Osteoporosis: which management strategies in 2026?

Osteoporosis is a treatable chronic disease characterized by decreased bone strength and an increased risk of fractures. Due to its insidious progression, it often remains underdiagnosed until a fragility fracture occurs. This condition is associated with significant morbidity, including chronic pain, impaired quality of life, and loss of autonomy, as well as a substantial economic burden related to hospitalizations and increased mortality. Predominantly affecting women, osteoporosis remains largely undertreated, with approximately 80% of eligible women not receiving appropriate therapy. This article outlines diagnostic and therapeutic management strategies for primary care practice, with the aim of improving early detection and reducing the individual and societal burden of the disease.

NOUVEAUTÉS

Définie par l'OMS en 1994, l'ostéoporose est classiquement diagnostiquée par un T-score $\leq -2,5$ DS.¹ Toutefois, le diagnostic peut également être retenu en présence d'une fracture non traumatique vertébrale ou de la hanche chez toute personne âgée de 50 ans ou plus.

Du point de vue thérapeutique, les bénéfices du zolédronate intraveineux (IV) en prévention primaire ont été récemment confirmés par plusieurs études.^{2,3}

L'abaloparatide, nouvel analogue de la PTHrP (Parathyroid Hormone-related Protein) disponible en Suisse depuis 2024, élargit les options de traitement anabolique osseux. Il engendre un risque d'hypercalcémie plus faible que le téraparatide et son effet anabolique sur l'os cortical est plus marqué.⁴

Chez les personnes à très haut risque fracturaire, il faut considérer en première intention un traitement anabolique osseux, tel que le romosozumab (anticorps antisclérostine), le téraparatide (analogue de l'hormone parathyroïdienne (PTH)) ou l'abaloparatide (analogue de la PTHrP).⁴

Le remboursement des associations à base de calcium et de vitamine D est désormais restreint aux cas de carence en vitamine D et de calcium chez les personnes âgées et à leur utilisation en soutien thérapeutique de l'ostéoporose. La prise en charge de la vitamine D seule est restreinte aux cas de carence sévère (25-hydroxyvitamine D (25(OH)D) < 25 nmol/l) et à des indications particulières, notamment le rachitisme, l'ostéomalacie et l'hypoparathyroïdie chronique.⁵

DÉFINITION DE L'OSTÉOPOROSE

L'ostéoporose correspond à une faible densité minérale osseuse (DMO) et à une altération de la microarchitecture du tissu osseux, entraînant une fragilisation des os et une augmentation du risque fracturaire.

La définition opérationnelle de l'ostéoporose selon l'OMS repose sur la DMO mesurée par absorptiométrie biphotonique à rayons X (DXA) au niveau du col fémoral, de la hanche totale ou du rachis lombaire et caractérisée par un T-score $\leq -2,5$ DS (déviation standard) au niveau d'au moins l'un de ces sites. L'ostéoporose se manifeste cliniquement par des fractures de fragilité survenant après un traumatisme de faible intensité, tel qu'une chute de sa propre hauteur. On distingue deux catégories de fractures selon leur localisation. Les fractures ostéoporotiques majeures incluent les fractures des vertèbres, du fémur proximal, de l'humérus proximal et du radius distal, qui sont caractérisées par une morbidité et un risque de nouvelle fracture élevés. Les fractures périphériques incluent tous les autres sites fracturaires.

Une fracture de fragilité vertébrale ou de la hanche chez un adulte de 50 ans et plus permet également de retenir le diagnostic.

En 2022, plus de 15% de la population suisse de plus de 75 ans était concernée et les femmes cinq fois plus affectées que les hommes (24.6% et 5% respectivement).⁶

^aService de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bService des maladies osseuses, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève et faculté de médecine, 1211 Genève 14, ^cDépartement de santé et médecine communautaire, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4
saha@hug.ch | tron@hug.ch | emmanuel.biver@hug.ch | noelle.junod@hug.ch
claire.ritz@hug.ch

*Ces deux auteures ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article et partagent la première signature.

ÉVALUATION DU RISQUE FRACTURAIRE ET DÉPISTAGE

Les facteurs de risque à rechercher lors de l'anamnèse sont présentés dans le **tableau 1**.⁷

La recherche d'une ostéoporose par DXA et une évaluation du risque de fracture par FRAX[®] (Fracture Risk Assessment Tool) (patient-es > 40 ans) doivent être envisagées en présence d'antécédents de fracture sans traumatisme majeur, de facteurs de risque, chez toute femme ménopausée et tout homme dès 60 ans ou en présence d'une cause secondaire d'ostéoporose liée à une maladie ou à un traitement (**tableau 1**). À noter qu'en l'absence de tels critères, la DXA n'est pas remboursée (prix moyen entre 100 et 150 chf).

Un bilan biologique de base est recommandé en présence d'une ostéoporose avérée, en amont de l'introduction d'un traitement, et comprend les mesures suivantes: formule sanguine complète, protéine C réactive, créatininémie/débit

TABEAU 1 Facteurs de risque d'ostéoporose

AVC: accident vasculaire cérébral; BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive; GnRH: gonadotropin releasing hormone; HNF: héparine non fractionnée; IMC: indice de masse corporelle; IPP: inhibiteurs de la pompe à protons; ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; LED: lupus érythémateux disséminé; RCUH: rectocolite ulcérohémorragique; SEP: sclérose en plaques; VIH: virus de l'immunodéficience humaine.

Facteurs de risque généraux	- Femmes ménopausées; hommes ≥ 60 ans - Antécédent de fractures: vertébrale; non vertébrale > 50 ans (sauf doigt, orteil, crâne); antécédent de fracture du col fémoral chez un parent au 1^{er} degré - Tabagisme actif - Consommation d'alcool (≥ 3 unités/jour) - Faible poids (IMC < 20) - Immobilisation, sédentarité - Chutes à répétition: > 1 la dernière année
Maladies	- Maladies endocriniennes: diabète de type 1, diabète de type 2, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypogonadisme, syndrome de Cushing, ménopause précoce (< 45 ans) - Maladies inflammatoires: polyarthrite rhumatoïde, spondylarthrite ankylosante, connectivites, LED, RCUH, maladie de Crohn, maladie coeliaque, mastocytose - Maladies hématologiques: myélome multiple, thalassémie, hémochromatose - Maladies neurologiques: syndromes parkinsoniens, SEP, AVC, démence, épilepsie - Maladies pulmonaires: BPCO, asthme, mucoviscidose - Maladies infectieuses: VIH - Maladies musculaires: myopathie, myosite - Maladies osseuses: ostéomalacie, maladie de Paget, métastase osseuse - Maladies hépatiques - Chirurgie: bariatrique (gastrectomie), orthopédique/vasculaire (amputation d'un membre inférieur)
Médicaments	- Traitements endocriniens: glucocorticoïdes oraux (≥ 7,5 mg/jour d'équivalent prednisone > 3 mois), antiaromatases, antiandrogènes, agonistes de la GnRH, hormones thyroïdiennes en excès - Traitements neurologiques et psychiatriques: antidépresseurs (notamment ISRS), antiépileptiques (phénytoïne, carbamazépine, valproate), antipsychotiques, antiparkinsoniens, anxiolytiques/sédatifs: benzodiazépines, antihistaminiques H2 - Immunosuppresseurs: inhibiteurs de la calcineurine (cyclosporine A, tacrolimus), méthotrexate - Antidiabétiques oraux (glitazones) - IPP - Anticoagulants: HNF

(D'après réf.⁹).

de filtration glomérulaire, calcium, phosphate, 25(OH)D, phosphatase alcaline, électrophorèse des protéines plasmatiques. Par ailleurs, le dosage des marqueurs de remodelage osseux, c'est-à-dire les bêta-CrossLaps (CTX) et procollagen type 1 N-terminal propeptide, est utile à des fins de suivi durant le traitement quelle que soit la molécule utilisée. Un bilan plus élargi doit être guidé par la clinique, en cas de suspicion de cause secondaire d'ostéoporose.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

Stratégie d'intervention

En l'absence de fracture, chez les femmes ménopausées et hommes de plus de 50 ans, le traitement est indiqué en cas de T-score < -2,5 DS au niveau du col fémoral et/ou de la colonne vertébrale à la DMO, ou de risque absolu de fracture ostéoporotique sur 10 ans supérieur au seuil d'intervention pour l'âge, sur la base des données épidémiologiques actuelles du FRAX. Les fractures ostéoporotiques majeures de hanche et vertèbre nécessitent un traitement médicamenteux d'emblée. En cas de fracture périphérique, la prise en charge est adaptée au risque fracturaire évalué par le FRAX et/ou les résultats de la DMO (**figure 1**).⁹

Une prise en charge spécialisée est indiquée pour les femmes non-ménopausées et hommes de moins de 50 ans.

Mesures nonmédicamenteuses

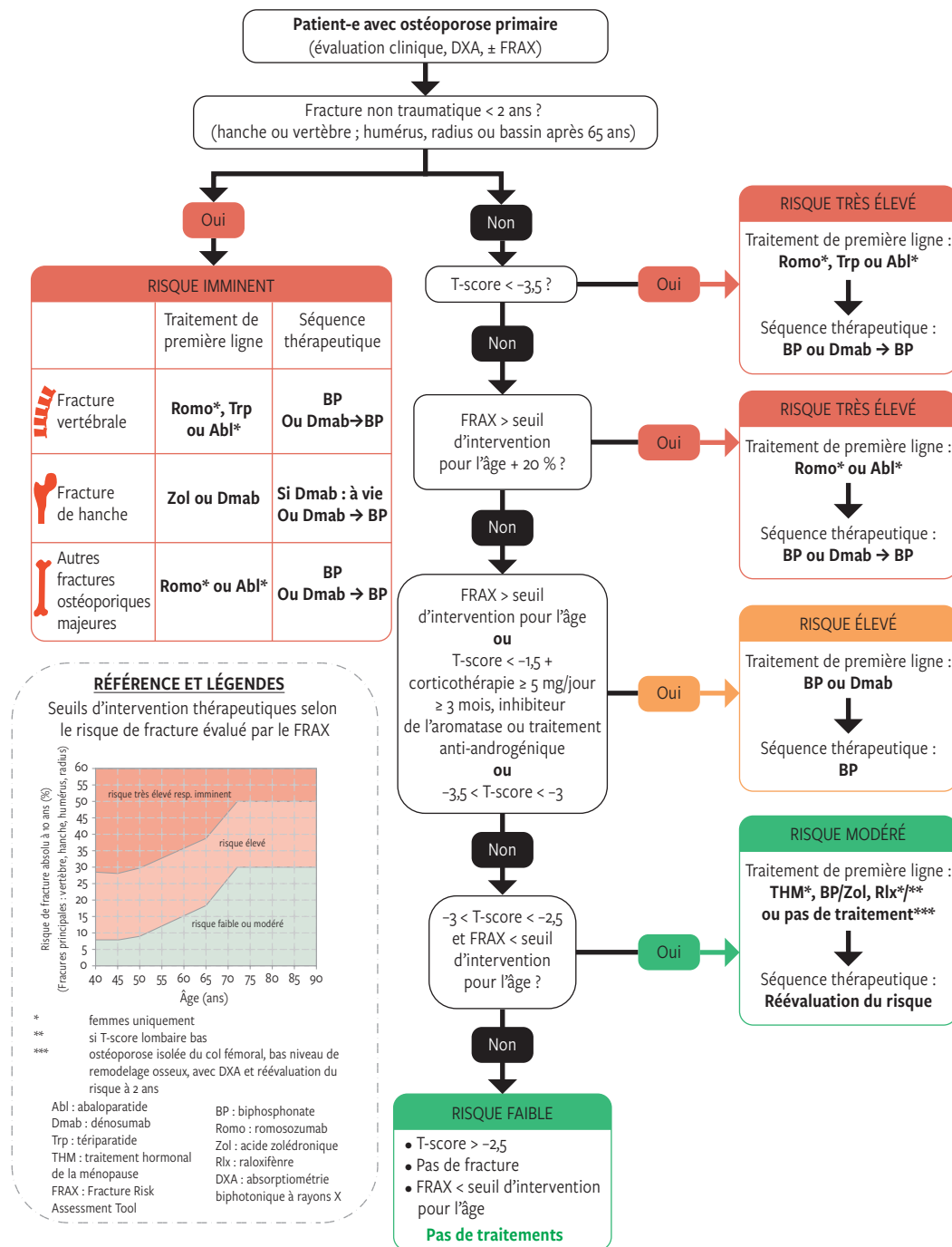
L'ostéoporose est une maladie chronique nécessitant une prise en charge et un suivi à long terme. Son traitement repose d'abord sur des mesures non médicamenteuses de prévention: un apport suffisant en calcium (entre 800 à 1200 mg/jour), en vitamine D (≥ 800 UI/jour) et en protéines (1 g/kg de poids corporel par jour).¹⁰ Une activité physique régulière est également essentielle pour prévenir les chutes et maintenir la mobilité. Enfin, les facteurs de risque modifiables doivent être identifiés et corrigés, notamment le tabagisme, l'alcool, la polymédication et les facteurs extrinsèques environnementaux du risque de chute au domicile.

Traitements médicamenteux

Sur le plan médicamenteux, le choix du traitement doit être individualisé selon le profil de chaque patient-e et la stratification du risque fracturaire évalué par le score FRAX et/ou la DMO, avec un plan de traitement souvent séquentiel (**figure 1**).^{9,11}

Les traitements de l'ostéoporose se divisent principalement en deux classes, les traitements antirésorbeurs et les traitements anaboliques ou mixtes (**tableau 2**).

Les traitements antirésorbeurs, qui inhibent la résorption osseuse par les ostéoclastes, comprennent les bisphosphonates, le dénosumab, le traitement hormonal de la ménopause (THM) et les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes. Le zolédronate IV est le traitement de première ligne en prévention primaire chez les femmes ménopausées,¹² et en prévention secondaire après une fracture de hanche. Chez les femmes de moins de 60 ans ou jusqu'à 10 ans après la

FIG 1 Ostéoporose et stratégie d'intervention selon le risque fracturaire

Au-delà de l'algorithme ci-dessus, la décision thérapeutique doit prendre en compte une évaluation clinique de chaque patient-e, ainsi que d'éventuelles contre-indications et critères asséurologiques spécifiques à chaque traitement

(Adaptée de réf.¹¹).

ménopause, le THM doit être discuté surtout en cas de syndrome climatérique.

Les traitements anaboliques ou mixtes, qui stimulent la formation osseuse par les ostéoblastes, comprennent les analogues de la PTH comme le téraparatide ou de la PTHrP

comme l'abaloparatide récemment disponible en Suisse, et le romosozumab (anticorps monoclonal) qui est également un antirésorbeur. Ces molécules sont à considérer en première ligne chez les femmes à très haut risque fracturaire¹² ou en deuxième ligne après traitement insuffisant par biphosphonates. Ils sont prescrits par les spécialistes.

TABEAU 2 Traitements de l'ostéoporose en 2026

AIT: accident ischémique transitoire; ATCD: antécédent; AVC: accident vasculaire cérébral; BP: bisphosphonates; CTX: bêta-CrossLaps; GIO: Ostéoporose induite par les glucocorticoïdes; IM: infarctus du myocarde; IR: insuffisance rénale; IV: intraveineux; MTEV: maladie thromboembolique veineuse; OP: ostéoporose; OPM: ostéoporose postménopause; P1NP: type 1 procollagen N-terminal propeptide; PO: per os; PTH: parathormone; PTHrp: parathyroid hormone-related protein; SC: souscutané.

Classe de traitement	Molécules disponibles	Indications	Contre-indications	Durée de traitement	Suivi spécifique
Bisphosphonates (BP)	Alendronate (<i>Fosamax</i> , <i>Binosto</i>) PO, ibandronate (<i>Bonviva</i>) PO et IV, risédronate (<i>Actonel</i>) PO, zolédronate (<i>Aclasta</i>) IV	OPM, hommes avec OP, GIO, en prévention primaire pour femmes ménopausées avec ostéopénie (zolédronate IV seulement) Relais thérapeutique après traitement anabolique ou dénosumab	Hypocalcémie, grossesse, allaitement, anomalie œsophagienne, précaution en cas d'IR sévère	3 ans (IV) ou 5 ans (PO) ± prolongation au cas par cas	BP oral: s'assurer de la diminution d'au moins 50% d'un marqueur du remodelage osseux (CTX ou P1NP) 3 à 6 mois après l'initiation (observance + absorption digestive). Calcium, fonction rénale, vitamine D + CTX ou P1NP 1 x/an
Anti-RANKL	Dénosumab (<i>Prolia</i> , <i>denosumab mepha osteo</i> , <i>Evfrax</i> , <i>Jubbonti</i> , <i>Stoboclo</i>) SC	OPM, hommes avec OP, GIO, perte osseuse chez hommes sous hormonothérapie pour cancer prostatique Relais thérapeutique après traitement anabolique	Hypocalcémie, grossesse	Études jusqu'à 10 ans, à vie parfois (au cas par cas)	CAVE risque d'effet rebond à l'arrêt: nécessite un plan de prise en charge au long cours, comprenant un relais impératif par BP à l'arrêt Calcium, fonction rénale, vitamine D + CTX ou P1NP 1 x/an juste avant la dose de dénosumab
SERM	Raloxifène (<i>Evista</i>) PO	OPM	Saignements utérins d'origine indéterminée, IR ou hépatique sévère, ATCD de MTEV	Pas de durée fixe, au cas par cas	
Traitement hormonal de la ménopause		OPM chez femmes ≤ 60 ans	ATCD de MTEV, d'IM, d'AVC ou AIT, ATCD de cancer du sein ou de l'utérus, saignements utérins d'origine indéterminée	Pas de durée fixe, au cas par cas	
Analogues de la PTH	Teriparatide (<i>Forsteo</i> , <i>Movymia</i> , <i>Sondelbay</i> , <i>Teriparatid-Mepha</i> , <i>Terrosa</i>) SC	OPM, hommes à risque de fracture de fragilité, GIO	Hypercalcémie, IR sévère, pathologie osseuse maligne, grossesse, allaitement, certaines pathologies métaboliques osseuses	18-24 mois	Prescription et suivi par spécialiste Surveillance calcémie + CTX/P1NP selon recommandation du spécialiste CAVE: relais impératif par antirésorbeur
Analogues du PTHrp	Abaloparatide (<i>Tymlos</i>) SC	OPM	Grossesse, allaitement, IR sévère, perturbation hépatique, pathologie maligne du squelette	18 mois	Prescription et suivi par spécialiste Surveillance calcémie + CTX/P1NP selon recommandation du spécialiste CAVE: relais impératif par antirésorbeur
Anticorps antiscélérostine	Romosozumab (<i>Evenity</i>) SC	OPM	Hypocalcémie, ATCD d'IM ou d'AVC	12 mois	Prescription et suivi par spécialiste Surveillance calcémie + CTX/P1NP selon recommandation du spécialiste CAVE: relais impératif par antirésorbeur

(D'après les réf.^{9,10}).

Durée et séquences de traitement

La durée de traitement par bisphosphonates est généralement de 3 ans s'ils sont administrés par voie IV ou 5 ans per os. Sa prolongation est réévaluée en fonction du risque fracturaire (FRAX et DMO), en cas de modification des facteurs de risque cliniques ou a minima après 2 ans.¹⁰ En cas de nouvelle fracture durant le traitement, il faut considérer un relais par dénosumab ou par un traitement anabolique.

En raison du risque d'effet rebond du dénosumab, celui-ci doit être prescrit uniquement dans une séquence de traitement au long cours et relayé par bisphosphonates (**figure 1**).

La durée du traitement entraîne une augmentation du risque d'effets secondaires rares, tels que l'ostéonécrose de la mâchoire ou les fractures fémorales atypiques.¹³

APPLICATION AU CABINET

Les médecins de premier recours jouent un rôle clé dans la prise en charge de l'ostéoporose, du dépistage à la stratification du risque, et peuvent dans de nombreux cas initier le traitement médicamenteux, comme les bisphosphonates ou le dénosumab.

Un bilan dentaire est préconisé en amont, mais ne devrait pas retarder l'introduction du traitement en l'absence de contre-indication franche. Le suivi de CTX avant l'introduction de bisphosphonates puis 3 à 6 mois après, permet une première évaluation de leur absorption et leur efficacité.

Les traitements anaboliques sont principalement indiqués chez des patient-es à risque fracturaire très élevé (risque de fracture à 10 ans défini par un FRAX > seuil d'intervention pour l'âge + 20%) et à risque fracturaire imminent (c'est-à-dire

si le patient a présenté après l'âge de 65 ans et dans les deux dernières années, soit une fracture non traumatique de hanche ou de vertèbre, soit une fracture non traumatique de l'humérus, du radius ou du bassin).¹¹ Ces patient-es devraient être adressé-es à un-e spécialiste ou à l'un des 23 centres de Fracture liaison service.¹⁴

LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

Malgré l'existence d'outils d'évaluation du risque fracturaire performants et de traitements efficaces, l'ostéoporose demeure largement sousdiagnostiquée et soustraite, y compris après une fracture de fragilité. Le médecin de premier recours joue un rôle central dans l'identification des patient-es à risque, en intégrant l'évaluation clinique de la fragilité et du risque de chute aux outils algorithmiques.

Une meilleure sensibilisation à l'ostéoporose et la mise en place de parcours coordonnés avec les structures spécialisées (centres de Fracture liaison service, rhumatologues, endocrinologues) constituent un enjeu majeur d'amélioration de la prise en charge et de réduction du retard thérapeutique.

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

Utilisation de l'IA: la figure 1 est une création originale des auteur-es, dont la mise en forme a été inspirée par le premier projet généré par l'IA. Les auteur-es ont ensuite validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'ostéoporose est une maladie chronique traitable, dont le diagnostic précoce et la prise en charge rapide permettent de réduire le risque fracturaire.
- Les traitements antirésorbeurs sont majoritairement initiés par le ou la médecin de premier recours, qui occupe un rôle central dans la prise en charge initiale.
- En cas d'indication de traitement anabolisant spécialisé, les patient-es peuvent être orienté-es, soit vers l'un des 23 centres Fracture liaison service en Suisse, soit vers un-e endocrinologue, un-e rhumatologue ou un-e spécialiste en maladies osseuses, pour une prise en charge coordonnée.

1 Kanis JA. Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis: synopsis of a WHO report. WHO Study Group. *Osteoporosis Int.* 1994 Nov;4(6):368-81.

2 Reid IR, Horne AM, Mihov B, et al. Duration of fracture prevention after zoledronate treatment in women with osteopenia: observational follow-up of a 6-year randomised controlled trial to 10 years. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2024 Apr;12(4):247-56.

3 Bolland MJ, Nisa Z, Mellor A, et al. Fracture Prevention with Infrequent Zoledronate in Women 50 to 60 Years of Age. *N Engl J Med* 2025 Jan 16;392(3):239-48.

4 Estell EG, Rosen CJ. Emerging insights into the comparative effectiveness of ana-

bolic therapies for osteoporosis. *Nat Rev Endocrinol.* 2021 Jan;17(1):31-46.

5 OFSP. Spezialitätenliste (SL) [En ligne]. Disponible sur: <https://spezialitaetenliste.ch/ShowPreparations.aspx?TypeOfData=GGSL>

6 MonAM, OFSP. Arthrose, arthrite et ostéoporose (âge: 15+) [En ligne]. (Cité le 2 mars 2026). Disponible sur: <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/arthrose-arthrite-et-osteoporose-age-15>

7 Cosman F, de Beur SJ, LeBoff MS, et al. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 2014 Oct;25(10):2359-81.

8 Sheffield University. FRAXplus® [En ligne]. (Cité le 17 août 2026). Disponible sur: www.fraxplus.org/fr/calculation-tool

9 ** Association suisse contre l'ostéopo-

rose (ASCO/SVGO). Recommandation 2025 pour le traitement de l'ostéoporose [En ligne]. 2025. Disponible sur: www.svgo.ch/userfiles/downloads/ASCO%20Recommandation2025%20final.pdf

10 Gregson CL, Armstrong DJ, Avgerinou C, et al. The 2024 UK clinical guideline for the prevention and treatment of osteoporosis. *Arch Osteoporos.* 2025 Sep 8;20(1):119.

11 **Ferrari S, Lippuner K, Lamy O, Meier C. 2020 recommendations for osteoporosis treatment according to fracture risk from the Swiss Association against Osteoporosis (SVGO). *Swiss Med Wkly.* 2020 Sep 29;150:w20352.

12 *Padlina I, Trombetti A, Ferrari S, Biver E. Maladies osseuses: ce qui a

changé en 2025. *Rev Med Suisse.* 2026 Jan 21;22(946):149-51.

13 Meier C, Uebelhart B, Aubry-Rozier B, et al. Osteoporosis drug treatment: duration and management after discontinuation. A position statement from the SVGO/ASCO. *Swiss Med Wkly.* 2017 Aug 16;147:w14484.

14 Capture the fracture. 2026 International Osteoporosis Foundation [En ligne]. (Cité le 17 août 2026). Disponible sur: www.capturethefracture.org/map-of-best-practice

* à lire

** à lire absolument

ÉTUDE EFFICARE

Contribuez à l'évaluation de deux nouvelles formations continues en ligne

FORMATION
OFFERTE

6 CRÉDITS
ISFM

3 À 5
HEURES

Unisanté et les HUG ont développé deux formations continues en ligne, accessibles à tout moment et à votre rythme : l'une sur **la santé des personnes LGBTIQ+**, l'autre sur **l'entretien motivationnel**.

Dans le cadre d'une étude contrôlée randomisée financée par le Fonds national suisse, vous pourrez suivre l'une de ces deux formations, attribuée aléatoirement. La formation est offerte, dure environ 3 à 5 heures et donne droit à 6 crédits ISFM.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

- Exercer une activité clinique en Suisse romande (y.c. Berne) au moins un jour par semaine.
- Être médecin spécialiste en : médecine interne générale, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie (adulte ou enfant & adolescent·e), ou être médecin praticien·ne.

Après une phase pilote réalisée avec succès, l'étude est désormais accessible en ligne à l'adresse www.efficare.ch ou en scannant le code QR ci-dessous. Si vous ne l'avez pas encore reçue, une invitation vous sera également adressée par courrier postal.



Informations et inscription : www.efficare.ch

Infections urinaires: nouvelles recommandations 2026

Dre SAJINI RANAJEEWA,^{a,*} Dre ESTELLE GALLAY,^{a,*} Dr STÉPHANE BERNARD,^b Pre ANGELA HUTTNER^c et Dr JULIEN SALAMUN^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1540-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.976.49158

Les infections urinaires constituent une source majeure de prescriptions d'antibiotiques. Les recommandations 2025 de l'European Association of Urology et de l'Infectious Diseases Society of America introduisent une nouvelle classification, fondée sur la présentation clinique et la recherche de signes systémiques, plutôt que sur des groupes de patients considérés à risque. Cette évolution vise à mieux cibler les investigations diagnostiques, limiter le surtraitement des formes localisées et identifier précocement les situations potentiellement graves. Face à l'augmentation de l'antibiorésistance, les stratégies d'épargne antibiotique demeurent centrales: traitement symptomatique initial dans certaines cystites de la femme, désescalade thérapeutique et limitation du traitement des bactériuries asymptomatiques.

Urinary tract infections: new 2026 guidelines

Urinary tract infections are a major source of antibiotic prescriptions. The 2025 guidelines from the European Association of Urology and the Infectious Diseases Society of America introduce a new classification based on clinical presentation and the presence of systemic signs, rather than on patient groups considered at increased risk. This shift aims to better target diagnostic investigations, reduce overtreatment of localized infections, and enable early identification of potentially severe cases. In the context of rising antimicrobial resistance, antibiotic-sparing strategies remain central, including initial symptomatic treatment in selected cases of cystitis in women, therapeutic de-escalation, and limiting treatment of asymptomatic bacteriuria.

NOUVEAUTÉS

Une infection urinaire (IU) associe la présence d'un pathogène urinaire à des symptômes compatibles (figure 1). Il s'agit d'un motif fréquent de consultation en médecine de premier recours et une cause majeure de prescription d'antibiotique. Dans une série norvégienne, une prescription d'antibiotique sur quatre concernait une IU,¹ avec à l'échelle mondiale une estimation de 400 millions d'épisodes infectieux par an.² Elle représente donc une charge importante, notamment au niveau psychosocial,³ économique⁴ et en matière de consommation d'antibiotiques.

Depuis 2025, la prise en charge des infections urinaires connaît une évolution majeure. L'European Association of

Urology (EAU) et l'Infectious Diseases Society of America (IDSA) ont toutes deux proposé une nouvelle classification centrée sur la présentation clinique et l'extension probable de l'infection, plutôt que sur le profil du patient (figure 2).

L'IDSA conserve l'expression IU non compliquée/compliquée, désormais définie non plus d'après le profil du patient mais d'après l'extension de l'infection. Une IU non compliquée est aujourd'hui présumée confinée à la vessie, chez la femme comme chez l'homme, et se caractérise par l'absence de fièvre et de signes systémiques. À l'inverse, une IU compliquée correspond à une infection s'étendant au-delà de la vessie, le plus souvent accompagnée de signes systémiques. Le critère discriminant devient donc la localisation de l'infection et la présence de signes systémiques, et non plus le sexe ou les comorbidités. Ainsi, une infection confinée à la vessie reste non compliquée, même chez un patient diabétique, immunodéprimé ou porteur d'anomalies urologiques. Chez les patients porteurs d'un dispositif urinaire (sonde transurétrale, sus-pubienne ou intermittente, endoprothèse urétérale, néphrostomie percutanée), l'IU est généralement considérée compliquée en raison du biofilm associé au dispositif laissant présumer une atteinte dépassant la vessie.⁵

De son côté, l'EAU abandonne également la classification des IU basée sur le profil du patient, en utilisant toutefois la nomenclature d'infection urinaire localisée ou systémique. Par souci de clarté, il a été décidé dans cet article d'utiliser la nomenclature IDSA d'IU non compliquée/compliquée.

REVUE 2026

Objectifs du changement de classification

L'ancienne classification considérait d'emblée comme compliquée toute IU survenant en dehors de la femme jeune non enceinte, au risque d'un surtraitement d'infections localisées. La nouvelle classification vise à simplifier la prise en charge de ces dernières et à limiter l'exposition aux antibiotiques, tout en identifiant précocement les atteintes systémiques nécessitant une prise en charge plus intensive, tant du point de vue diagnostique que thérapeutique, avec notamment des investigations ciblées, voire une hospitalisation.

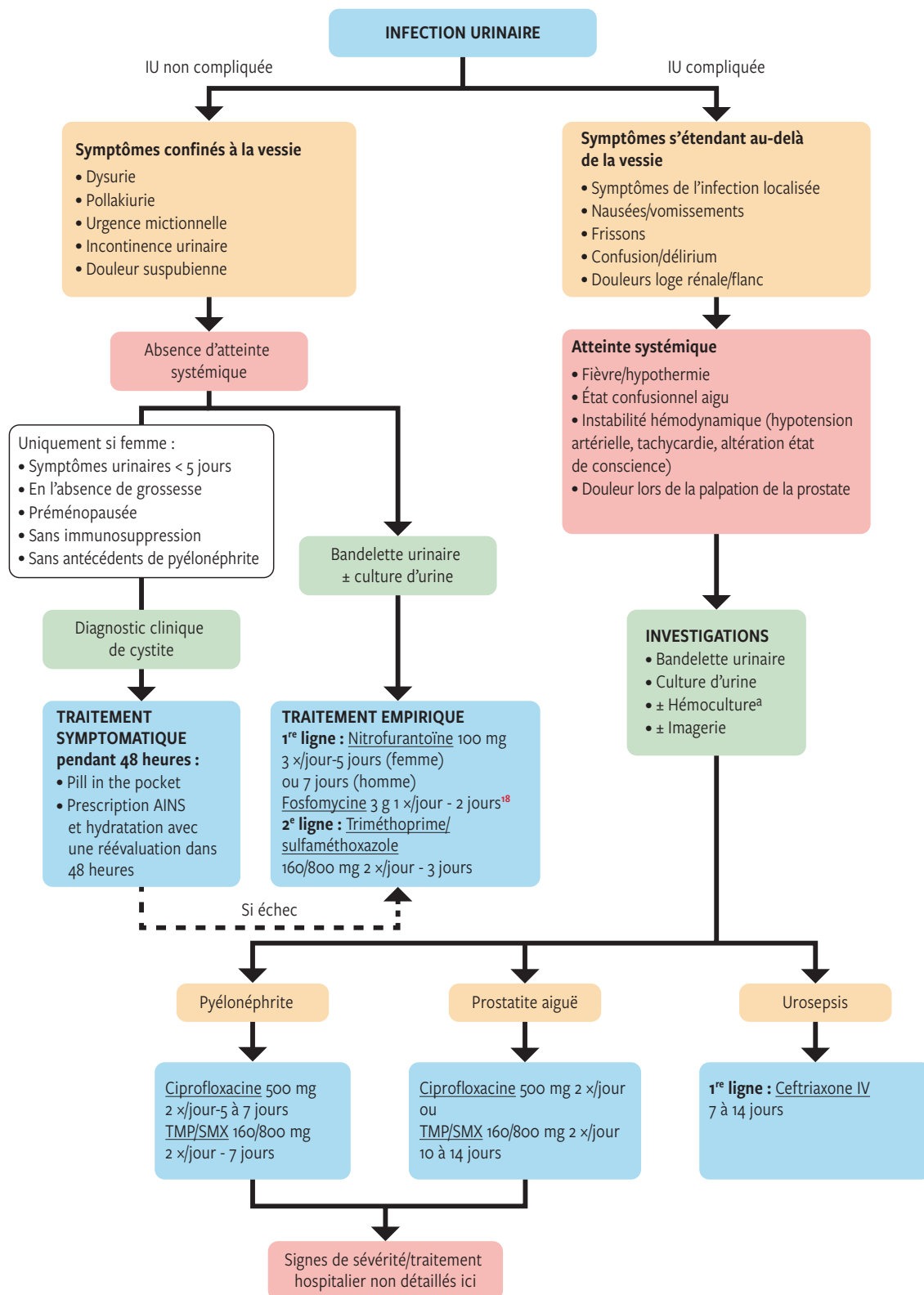
Diagnostic: focus sur la clinique

Dans la pratique actuelle, le stix, test qualitatif par bandelette réactive, est souvent réalisé d'emblée en présence de symptômes urinaires et ce, même chez la femme jeune. Les recommandations 2025 de l'EAU confirment qu'il n'est pas nécessaire de réaliser ce test de façon systématique chez ces patientes

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cService des maladies infectieuses, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
sajini.ranajeewa@hug.ch | estelle.wonta@hug.ch | stephane.bernard@unige.ch
angela.huttner@hug.ch | julien.salamun@hug.ch
^{*}Ces deux auteurs ont contribué de manière équivalente à la rédaction de cet article.

FIG 1 Algorithme SMPR de prise en charge des infections urinaires

^aNotamment si signes de gravité (score NEWS2 > 4), si obstruction des voies urinaires, si carcinome rénal ou abcès rénal, si dispositif urinaire en place ou si antibiothérapie en cours avec échec thérapeutique.
AINS: anti-inflammatoires non stéroïdiens; IU: infection urinaire; SMX: sulfaméthoxazole; TMP: triméthoprim; Uro-CT: scanner des voies urinaires; US: ultrason.



(Adaptée des réf.¹⁷).

FIG 2 Classification 2025 infections urinaires

IU: infection urinaire.

Ancienne classification		Nouvelle classification
IU non compliquée : Cystite aiguë chez une femme non enceinte, prémenopausée, sans diabète, ni anomalies urologiques 	➔	IU non compliquée : Infection confinée à la vessie chez le patient afebrile homme ou femme
Pyélonéphrite aiguë : Infection rénale aiguë chez une femme présentant les mêmes caractéristiques que celles de l'IU non compliquée ci-dessus 		IU compliquée : Infection au-delà de la vessie chez l'homme ou chez la femme • Pyélonéphrite • Infection fébrile ou bactériémique • Infection chez un porteur de dispositif urinaire • Prostatite
IU compliquée : Toutes les autres infections urinaires		

(Adaptée de réf.⁵).

quand les symptômes sont typiques.⁶ Dès 2002, l'étude de Bent et coll. a observé que le stix modifiait peu la probabilité post-test de cystite, le diagnostic chez la femme jeune reposant surtout sur l'anamnèse, la présence d'au moins un symptôme typique (dysurie, pollakiurie) et l'absence de symptôme atypique (écoulement vaginal). La culture d'urine reste indispensable en cas de symptômes urinaires chez l'homme ou la femme enceinte, et en cas de suspicion d'IU systémique, de symptômes persistants ou récurrents après 4 semaines ou d'une symptomatologie atypique chez la femme.^{7,8} Toute demande de culture urinaire devrait s'accompagner d'une analyse du sédiment avec quantification des leucocytes. Une culture positive sans leucocyturie évoque avant tout une contamination ou une colonisation des voies urinaires. En revanche, lorsqu'une leucocyturie est présente, elle doit être quantifiée, en notant toutefois que le seuil historique de ≥ 10 leucocytes/ μ l est probablement trop bas et expose au surdiagnostic d'IU, notamment chez la femme ménopausée, où une leucocyturie discrète peut rester sans portée clinique. Dans une étude cas-témoins récente menée chez des femmes de 65 ans et plus, une spécificité de 88% était obtenue avec le seuil de 264 leucocytes/ μ l contre seulement 36% pour le seuil de ≥ 10 leucocytes/ μ l.⁹

Pour les formes systémiques, les hémocultures ne sont pas systématiques, il est notamment recommandé d'évaluer la situation clinique et la gravité de l'infection avec un score de sévérité comme le score NEWS2 (National Early Warning Score) (figure 1).¹⁰

Stratégies thérapeutiques: vers une épargne antibiotique

Ces dernières années, face à l'antibiorésistance devenue une préoccupation majeure, des stratégies d'épargne antibiotique se sont développées. Selon le rapport de l'ANRESIS (Centre suisse pour le contrôle de l'antibiorésistance), jusqu'à 87% des antibiotiques sont prescrits dans le secteur ambulatoire, soulignant le rôle central de la médecine de premier recours dans l'avenir de la résistance antibiotique.¹¹

Par exemple pour *Escherichia coli*, principal agent pathogène des infections urinaires, la résistance aux fluoroquinolones

est passée de 10,3% en 2004 à près de 20% en 2015 avant de diminuer récemment, parallèlement à la baisse de consommation de cette classe.¹¹

Dans ce contexte, en cas de cystites simples chez la femme jeune, l'attitude thérapeutique préconisée reste la décision partagée avec proposition d'un traitement symptomatique seul (anti-inflammatoire non stéroïdien, hydratation et éventuellement phytothérapie) pendant 48 h avec un traitement antibiotique en réserve (pill-in-the-pocket) ou un contrôle clinique à 48 h, cette stratégie permettant une réduction de 63% de l'usage d'antibiotiques.¹² Plus généralement, la priorité reste un diagnostic juste, en ne traitant pas d'emblée les patients asymptomatiques et en écartant les diagnostics différentiels fréquents, notamment la vessie hyperactive et les infections sexuellement transmissibles. Le choix de l'antibiotique doit s'appuyer sur la résistance locale et le profil du patient (comorbidités, risque d'interaction, antibiogrammes antérieurs). La nitrofurantoïne est à privilégier quand elle est possible car l'*Escherichia coli* y développe difficilement des résistances et son effet sur le microbiote intestinal reste minime.¹³ Il faut néanmoins garder à l'esprit qu'un dosage insuffisant ou une durée excessive favorise l'émergence de résistances.¹⁴ Enfin, même lorsque le traitement ambulatoire est empirique, toute culture doit conduire à envisager une désescalade, en indiquant au patient l'arrêt du traitement si la culture est stérile ou la réduction du spectre selon l'antibiogramme.

Fin du traitement systématique des bactériuries asymptomatiques

Le cas particulier de la bactériurie asymptomatique est défini par la présence d'un ou plusieurs germes ($\geq 10^5$ colonies) chez une personne sans symptômes, confirmée sur deux examens d'urine chez la femme et une seule culture chez l'homme. Toute valeur inférieure correspond a priori à une simple colonisation. Le traitement antibiotique systématique de la bactériurie asymptomatique est indiqué uniquement dans le cadre d'une chirurgie urologique invasive avec effraction muqueuse et du dépistage lors du 1^{er} trimestre de grossesse.^{5,7} Des études

cliniques ont montré que la bactériurie asymptomatique peut protéger contre les infections urinaires en empêchant des bactéries plus virulentes de coloniser la vessie. Ne pas traiter permettrait donc de préserver la flore locale et d'éviter les résistances.^{15,16}

Application au cabinet

Au-delà des aspects diagnostiques et thérapeutiques, les recommandations récentes renforcent le rôle de l'éducation thérapeutique dans la prise en charge des infections urinaires simples. La reconnaissance du caractère souvent bénin et spontanément favorable de nombreuses cystites simples offre l'opportunité d'impliquer davantage les patientes dans leur prise en charge et de favoriser une approche graduée des symptômes.

La consultation devient ainsi un moment privilégié pour expliquer l'évolution attendue des symptômes, les mesures symptomatiques pouvant être mises en œuvre d'emblée, ainsi que les situations nécessitant une réévaluation médicale. L'identification des signes d'alarme (notamment fièvre, douleurs lombaires, vomissements, altération de l'état général ou absence d'amélioration clinique) constitue un élément central de cette démarche.

Pour le médecin de premier recours, l'enjeu ne se limite plus au diagnostic et à la prescription d'un traitement, mais inclut également l'accompagnement du patient dans la compréhension de sa maladie. Cette approche pourrait contribuer à réduire le recours aux analyses urinaires et aux antibiotiques tout en maintenant une prise en charge sûre et adaptée des infections urinaires simples.

LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

Au-delà des défis organisationnels liés à la mise en œuvre d'une stratégie optimale de bon usage des antibiotiques en médecine ambulatoire, certaines interrogations peuvent persister concernant la nouvelle classification des infections

urinaires. Bien qu'elle permette une simplification dans l'orientation de la prise en charge, des données complémentaires seront nécessaires afin d'évaluer son impact dans la pratique, surtout pour les profils de patients historiquement considérés comme à risque ainsi que dans les situations cliniques intermédiaires.

Par ailleurs, la place centrale désormais accordée à l'évaluation clinique renforce la nécessité d'une anamnèse et d'un examen clinique rigoureux. Cette approche nécessite donc une vigilance particulière et requiert une certaine expérience afin de ne pas manquer les signes évocateurs précoces d'une atteinte systémique ou d'une évolution défavorable.

Conflit d'intérêts: A. Huttner a participé, en tant que membre du panel d'experts, à l'élaboration des recommandations IDSA 2025 sur les infections urinaires, citées dans cet article. Les autres auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont utilisé l'IA pour une correction orthographique et syntaxique ainsi que pour une amélioration du paragraphe de résumé initial (résumé écrit par les auteurs puis raccourcissement au nombre de mots requis avec l'IA puis traduction anglaise entièrement par l'IA). L'ensemble des modifications proposées a été relu et validé par les auteurs.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Classer l'infection urinaire selon sa présentation clinique et non selon le profil du patient: distinguer les formes non compliquées, limitées à la vessie, des formes compliquées avec signes systémiques ou extension probable au-delà de la vessie.
- Cibler les examens urinaires: ne pas effectuer systématiquement bandelette et culture urinaires, mais les réserver aux présentations atypiques, aux situations à risque ou aux suspicions d'IU compliquée.
- Favoriser l'épargne antibiotique: discuter un traitement symptomatique initial ou une prescription différée chez certaines femmes jeunes, ne pas traiter d'emblée la bactériurie asymptomatique et envisager systématiquement une désescalade de l'antibiothérapie dès réception des résultats microbiologiques.

1 Haugom LEA, et al. Consultations and antibiotic treatment for urinary tract infections in Norwegian primary care 2006-2015, a registry-based study. *BMC Fam Pract.* 2021 Jun 24;22(1):127.
2 Timm MR, et al. Urinary tract infections: pathogenesis, host susceptibility and emerging therapeutics. *Nat Rev Microbiol.* 2025 Feb;23(2):72-86.
3 Naber KG, Tirán-Saucedo J, Wagenlehner FME, RECAP group. Psychosocial burden of recurrent uncomplicated urinary tract infections. *GMS Infect Dis.* 2022 Mar 24;10:Doc01.
4 Zhu NJ, Weldegioris M, Carter E, et al. Economic Burden of Community-Acquired Antibiotic-Resistant Urinary Tract Infections: Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Public Health Surveill.* 2024 Oct 9;10:e53828.
5 ** Trautner, et al. IDSA 2025 Guideline Update on Complicated Urinary Tract Infections [En ligne]. (Cité le 14 mai 2026). Disponible sur: www.idsociety.org/

practice-guideline/complicated-urinary-tract-infections/
6 Bent S, Nallamothu BK, Simel DL, Fihn SD, Saint S. Does this woman have an acute uncomplicated urinary tract infection? *JAMA.* 2002 May;287(20):2701-10.
7 ** Bonkat, et al. EAU Guidelines on Urological Infections [En ligne]. (Cité le 3 mai 2026). Disponible sur: <https://uroweb.org/guidelines/urological-infections>
8 Kurotschka PK, et al. Acute Uncomplicated UTIs in Adults: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician* 2024;109(2):167-74.
9 Bilsen MP, Aantjes MJ, van Andel E, et al. Current Pyuria Cutoffs Promote Inappropriate Urinary Tract Infection Diagnosis in Older Women. *Clin Infect Dis.* 2023;76(12):2070-6.
10 Mellhammar L, Linder A, Tverring J, et al. NEWS2 is Superior to qSOFA in Detecting Sepsis with Organ Dysfunction in the Emergency Department. *J Clin Med.* 2019;8(8):1128.

11 Swiss Antibiotic Resistance Report 2024 (en ligne). www.bag.admin.ch/fr/swiss-antibiotic-resistance-report-2024-fr
12 Kaußner Y, et al. Reducing antibiotic use in uncomplicated urinary tract infections in adult women: a systematic review and individual participant data meta-analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2022 Dec;28(12):1558-66.
13 Stewardson AJ, Vervoort J, Adriaenssens N, et al. Effect of outpatient antibiotics for urinary tract infections on antimicrobial resistance among commensal Enterobacteriaceae: a multinational prospective cohort study. *Clin Microbiol Infect.* 2018 Sep;24(9):972-9.
14 * Wattengel BA, et al. Outpatient antimicrobial stewardship: Targets for urinary tract infections. *Am J Infect Control.* 2020 Sep;48(9):1009-12.
15 Luu T, et al. Asymptomatic Bacteriuria: Prevalence, Diagnosis, Management, and Current Antimicrobial Stewardship Implementations. *Am J Med.*

2022 Aug;135(8):e236-44.
16 Cai T, et al. The role of asymptomatic bacteriuria in young women with recurrent urinary tract infections: to treat or not to treat? *Clin Infect Dis.* 2012;55(6):771-7.
17 Stratégie SMPR. Infections urinaires mise à jour 2026. [En ligne]. Disponible sur: [www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-medecine-premier-recours/](http://www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-medecine-premier-recours)
18 * Llor C, Monfà R, Garcia-Sangenís A, et al. Clinical and bacteriological effectiveness of three different short-course antibiotic regimens and single-dose fosfomycin for uncomplicated lower urinary tract infections in women (SCOUT): a pragmatic, multicentre, open-label, randomised clinical trial. *Lancet.* 2026 Apr 25;407(10539):1603-13.

* à lire

** à lire absolument

Urétrites: dépistage et recommandations 2026 pour la médecine de premier recours

Dr ISMAIL DONER^{a,*}, Dre LINE DAO^{a,*}, Dr ANTOINE DAVID^b, Dre SASKIA PELLATON^{c,d} et Dr THIERRY MACH^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1544-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.976.49182

Les infections sexuellement transmissibles sont un enjeu majeur de santé publique, y compris en Suisse où le nombre de cas d'infection gonococcique a progressé de 17% entre 2023 et 2024. L'urétrite est principalement causée par *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium*. Les recommandations internationales ciblent trois populations à dépister: les femmes de moins de 25 ans, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les partenaires des cas confirmés. L'autoprélèvement, au cabinet médical ou au laboratoire, est une alternative valide au prélèvement professionnel. La Doxy-PEP (Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis) s'impose comme un nouvel outil de prévention efficace contre la syphilis et la chlamydia. Enfin, les barrières financières et de confidentialité freinent l'accès aux soins et restent un défi.

Urethritis: screening and 2026 recommendations for primary care

Sexually transmitted infections remain a major public health concern, including in Switzerland, where the number of gonorrhoea cases increased by 17% between 2023 and 2024. Urethritis is mainly caused by: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Mycoplasma genitalium. Current strategies target screening of three populations: women under 25, men who have sex with men, and partners of confirmed cases. Self-sampling is a valid alternative to professional sampling. Doxy-PEP (Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis), a new prevention tool, is effective against syphilis and chlamydia. Finally, financial and confidentiality barriers limiting access to care remain a major challenge.

NOUVEAUTÉS

Les populations cibles pour le dépistage restent identiques dans les dernières guidelines internationales selon le CDC (United States Centers for Disease Control and Prevention) et l'IUSTI (International Union against Sexually Transmitted Infections): les femmes âgées de moins de 25 ans, les femmes âgées de plus de 25 ans avec des facteurs de risque, les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), et les partenaires des cas confirmés.¹⁻³ En revanche, les recommandations suisses Safersex recommandent un dépistage chez

tout homme ou toute femme en cas de nouveau partenaire sexuel-le ou de rapports avec plus de trois partenaires dans les 12 derniers mois.⁴

L'autoprélèvement réalisé au cabinet médical ou au laboratoire est désormais reconnu comme une méthode équivalente au prélèvement par un-e professionnel-le, à la fois dans un cadre diagnostique et pour le dépistage des patient-e-s asymptomatiques. Sa validation récente permet une intégration en toute sécurité en médecine de premier recours, facilitant le dépistage et améliorant l'adhésion.^{2,3} Les kits d'autoprélèvement à domicile ne sont actuellement pas recommandés en Suisse en raison d'une efficacité variable et d'une absence de remboursement par l'assurance maladie de base.

Les traitements des urétrites sont restés globalement inchangés selon les dernières recommandations européennes. La principale exception concerne l'azithromycine, qui n'est plus recommandée en première ligne pour les infections à *Chlamydia trachomatis* (*C. trachomatis*) en raison d'une efficacité inférieure à celle de la doxycycline, avec un risque de favoriser les résistances aux macrolides.^{2,5} La ceftriaxone 1 g intramusculaire (IM) reste le traitement de référence pour la gonorrhée.³

Mycoplasma genitalium (*M. genitalium*) est un pathogène impliqué dans 10 à 35% des urétrites non-gonococciques chez les hommes.⁶ En raison d'un taux de résistance aux macrolides atteignant 33% à l'échelle mondiale, la prise en charge de *M. genitalium* reste complexe et les récentes recommandations déconseillent le dépistage systématique chez les personnes asymptomatiques pour limiter l'usage inutile d'antibiotiques.⁵

La Doxy-PEP (Doxycycline Post-Exposure Prophylaxis), présentée plus bas, est un nouvel outil de prévention. Les premières recommandations formelles de la Doxy-PEP ont été publiées en 2024 par le CDC et l'IUSTI sur la base des essais cliniques randomisés contrôlés, DOXYPEP et DOXYVAC.⁷⁻¹⁰ Ces études ont démontré une efficacité significative dans la prévention de la chlamydie et de la syphilis, mais une efficacité limitée contre la gonorrhée en raison des résistances aux tétracyclines en Europe.^{7,8} Le-la médecin de premier recours sera de plus en plus confronté-e à des demandes de Doxy-PEP, d'où l'importance d'en maîtriser les indications et les limites.

^aService de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bService de dermatologie et vénéréologie, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cCentre médical de Lancy, 59c Rte de Chancy, 1213 Onex, ^dInstitut universitaire de médecine de famille et de l'enfance, Université de Genève, 1211 Genève 4 ismail.doner@hug.ch | line.dao@hug.ch | antoine.david@hug.ch saskia.pellaton@unige.ch | thierry.mach@hug.ch

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

REVUE 2026

Les infections sexuellement transmissibles (IST) représentent un défi grandissant en santé publique. En Suisse,

l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) rapporte une augmentation persistante du nombre de cas de gonorrhée et de chlamydie.¹¹ Cette évolution est notamment liée à l'élargissement des tests de dépistage, à l'essor de la PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) VIH, ainsi qu'à l'évolution des pratiques sexuelles, favorisée notamment par le développement des applications de rencontre, et à la baisse de l'usage du préservatif.^{11,12}

Les urétrites, symptomatiques ou non, peuvent mener à des complications graves (y compris orchio-épididymite, infection pelvienne, infertilité). Les trois pathogènes principaux des urétrites sont *C. trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* (*N. gonorrhoeae*) et *M. genitalium*, dont certains, principalement *N. gonorrhoeae* et *M. genitalium*, développent des résistances aux antibiotiques et représentent une menace croissante.^{3,5} La stratégie de santé publique repose désormais sur la prévention et le dépistage des populations à risque.

En Suisse, selon le bulletin épidémiologique publié en octobre 2025 pour l'année 2024, la chlamydie reste l'IST la plus fréquemment déclarée, avec une incidence stable par rapport à 2023 (142,1 cas pour 100 000 personnes).¹¹ En contraste, la gonorrhée présente une hausse de 17,7% en un an.¹¹ Elle concerne majoritairement les hommes (83,3%), dont 58,3% sont des HSH, principalement dans la tranche d'âge allant de 25 à 34 ans.¹¹ Ces tendances sont confirmées dans le contexte européen avec l'ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) qui déclare une augmentation de 31% des cas de gonorrhée en 2023 par rapport à 2022 et de 321% par rapport à 2014.¹³

Les recommandations internationales actuelles préconisent un dépistage systématique des urétrites à *N. gonorrhoeae* et *C. trachomatis* chez plusieurs populations, y compris lorsqu'elles sont asymptomatiques. Les femmes de moins de 25 ans bénéficient d'un dépistage annuel, ainsi que les femmes de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque (nouveau partenaire, partenaires multiples, antécédents d'IST).¹ Pour les HSH, un dépistage à tous les sites d'exposition (pharynx, urétral et anorectal) est recommandé annuellement, ou tous les 3 à 6 mois pour les individus sous PrEP VIH.¹ Les recommandations suisses (SaferSex) proposent également un dépistage systématique chez les hommes et les femmes en cas de toute nouvelle relation sexuelle et de plus de trois partenaires au cours des 12 derniers mois.⁴ Enfin, tous les partenaires sexuels des 60 derniers jours de personnes atteintes de gonorrhée (6 derniers mois, si *C. trachomatis*) doivent être dépistés par PCR (Polymerase Chain Reaction) et culture. Si nécessaire, le-la soignant-e peut informer anonymement la personne exposée.

Le **tableau 1** résume les différentes recommandations internationales et celles propres à la Suisse.

Quel traitement pour quel pathogène en cas de dépistage positif en médecine de premier recours? Un algorithme de prise en charge des urétrites, adapté de la stratégie du Service de médecine de premier recours (SMPR) des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), est présenté en **figure 1**. Les

TABLEAU 1 **Recommandations de dépistage**

Pour les infections à *Neisseria gonorrhoeae* et/ou *Chlamydia trachomatis*.
IST : infection sexuellement transmissible; PrEP : Pre-Exposure Prophylaxis; USPSTF : US Preventive Services Task Force.

Recommandations selon USPSTF ¹	Recommandations suisses selon Safersex ⁴
Chez les femmes sexuellement actives de moins de 25 ans Dépistage à intervalles réguliers (1 x/an) et à chaque nouvelle/nouveau partenaire sexuel (habituellement fait chez le gynécologue traitant)	Toute nouvelle relation sexuelle Patient-e ayant eu plus de 3 partenaires au cours des 12 derniers mois
Chez les femmes de plus de 25 ans à risque d'infection élevé Dépistage à la suite d'une situation à risque d'infection comme: IST actuelle ou ancienne, partenaire sexuel-le connu-e pour une IST, nouveau partenaire sexuel-le, plus d'un partenaire sexuel-le ou partenaire sexuel-le ayant d'autres partenaires, utilisation irrégulière des préservatifs, rapports sexuels tarifés, consommateur de drogues injectables ou partenaire en consommant, milieu carcéral	Patient-e sous PrEP pour le VIH (tous les 6 mois) Travailleur-euses du sexe (tous les 6 mois) Hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (1 x/an au minimum) Partenaire d'une personne testée positive: au cours des 60 derniers jours si gonorrhée et 6 derniers mois si chlamydia

différents traitements lors d'une infection à *N. gonorrhoeae* ou *C. trachomatis* sont résumés dans le **tableau 2**. Les effets secondaires de la doxycycline (troubles gastro-intestinaux, photosensibilité) doivent être discutés avec le/la patient-e afin d'optimiser l'adhésion thérapeutique, notamment pour le traitement de 7 jours.

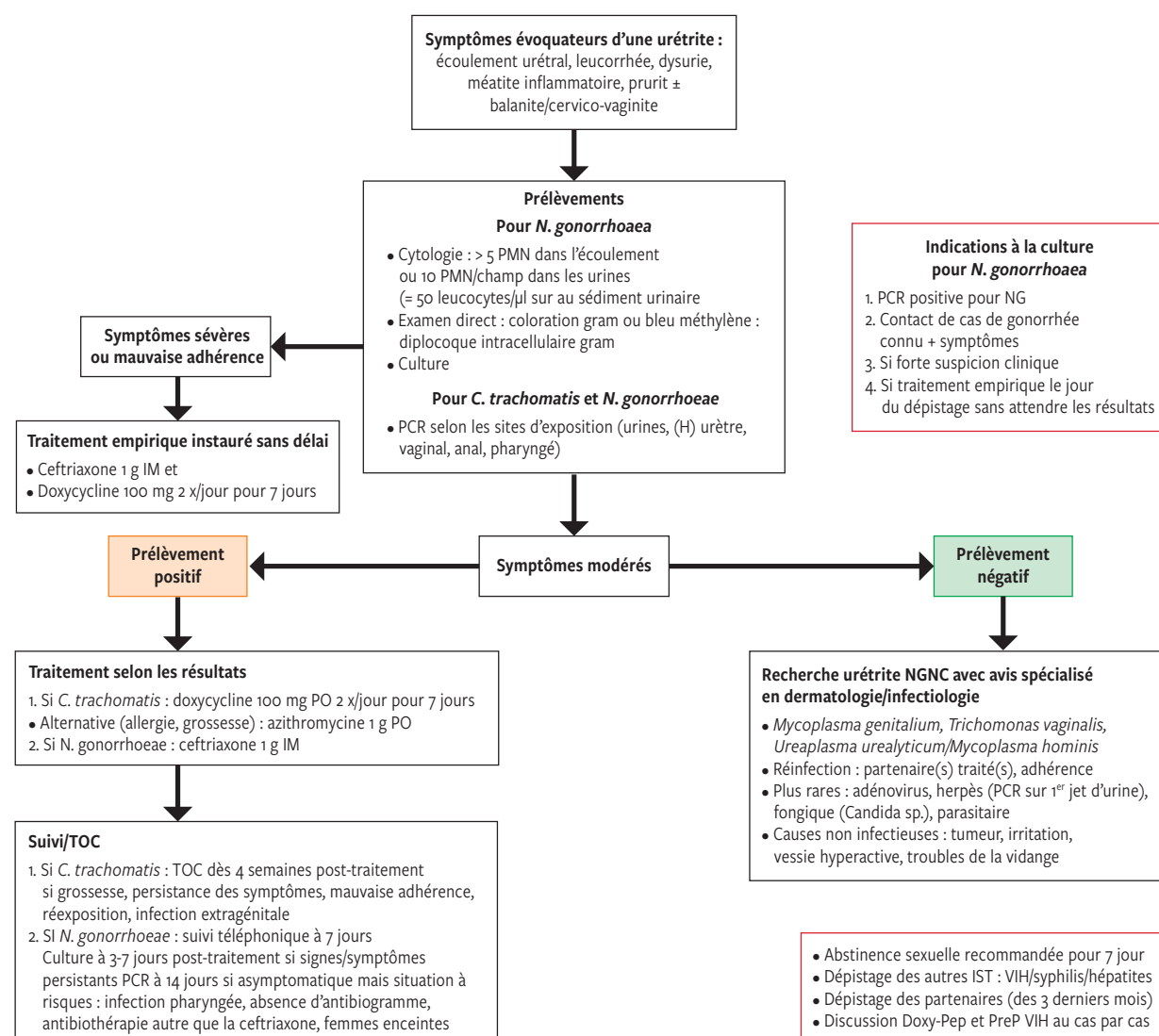
La PCR sur le premier jet urinaire ou l'écouvillonnage est la méthode de référence pour le dépistage de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae*.² L'autoprélèvement au cabinet médical ou au laboratoire, d'un premier jet d'urine ou d'un écouvillonnage (pharyngé, anal, rectal, vaginal ou urétral) réalisé par le-la patient-e, a démontré une sensibilité et une spécificité équivalentes à celles du prélèvement professionnel.^{2,3} Cette méthode renforce l'adhésion au dépistage, réduit les contraintes de diagnostic et peut être proposée en toute sécurité en médecine de premier recours. Des fiches explicatives et complètes sur les techniques d'autoprélèvement sont fournies gratuitement en ligne par l'aide suisse contre le sida. En revanche, les prélèvements poolés (combinaison de plusieurs sites en un seul échantillon) ne sont actuellement pas recommandés en raison d'une sensibilité insuffisante.² Des kits d'autoprélèvement à domicile sont également disponibles en Suisse, constituant une option complémentaire mais avec une efficacité variable et non remboursée par l'assurance maladie de base.

M. genitalium est un agent pathogène de plus en plus associé aux urétrites non-gonococciques et non à Chlamydia. Le test PCR est réservé aux patients symptomatiques avec prélèvements négatifs pour une infection à Chlamydia et gonocoque, en cas d'urétrite persistante malgré un traitement standard et chez les partenaires sexuels d'un cas confirmé.

L'émergence de résistances aux macrolides (azithromycine) en Europe constitue un défi pour la prise en charge thérapeu-

FIG 1 Prise en charge des urétrites/cervico-vaginites

H: hommes; NG: Neisseria gonorrhoeae; NGNC: non gonococcique et non chlamydia; PNM: polymorphonucléaires; TOC: test of cure.

(D'après réf.¹⁶).

tique. Le **tableau 2** résume les différentes options thérapeutiques. Un dépistage systématique de *M. genitalium* n'est pas recommandé chez les individus asymptomatiques, au vu de l'absence de preuve de bénéfice et des craintes de prescription d'antibiothérapies dans un contexte déjà croissant de résistance aux macrolides.⁵

La Doxy-PEP consiste en une prise de doxycycline de 200 mg, idéalement dans les 24 à 72 heures suivant une exposition sexuelle à risque.^{7,8} Les essais DOXYPEP et DOXYVAC montrent une réduction du risque d'infection à Chlamydia ou syphilis de 83 à 88 %, mais seulement de 33 à 55 % pour le gonocoque en raison de résistances aux tétracyclines en Europe.^{9,10} Le CDC et l'IUSTI recommandent la Doxy-PEP chez les HSH et les femmes transgenres ayant eu une IST dans l'année écoulée, sans compromettre les autres mesures de prévention (dépistage, PrEP, notification des partenaires).^{7,8} Elle ne figure pas

actuellement dans les recommandations suisses mais est prescrite au cas par cas.

APPLICATION AU CABINET MÉDICAL

Du point de vue de la médecine de famille, l'accès aux soins représente un enjeu central. Les jeunes patient-e-s peuvent parfois assumer le coût du traitement, mais pas toujours celui des consultations médicales et des analyses de laboratoire. À Genève, par exemple, une PCR urinaire pour le dépistage de *C. trachomatis* et *N. gonorrhoeae* coûte entre 100 et 140 CHF dans un laboratoire privé, versus environ 50 CHF dans certains centres de santé communautaire. Une liste des structures de dépistage disponibles à Genève et en France voisine est accessible via le site des HUG.¹⁴ Ces contraintes financières peuvent ainsi plaider en faveur d'un traitement empirique des partenaires.

TABLEAU 2 Traitement des principales urétrites

IM: intramusculaire; IV: intraveineux; PO: per os.

Neisseria gonorrhoeae

1^{er} choix après prélèvements	- Ceftriaxone 1 g IM ou IV en dose unique - À adapter selon l'antibiogramme
2^e choix traitement empirique avant résultats	Ceftriaxone 1 g IM ou IV en dose unique + doxycycline 100 mg 2 x/jour pendant 7 jours
Grossesse et allaitement	Ceftriaxone 1 g IM ou IV en dose unique
En cas d'allergie ou de résistance	Selon l'antibiogramme : - Gentamicine 240 mg IM et azithromycine 2 g PO en doses uniques - Spectinomycine 2 g IM et azithromycine 2 g PO en doses uniques - Ciprofloxacine 500 mg PO en dose unique

Chlamydia trachomatis

1^{er} choix	Doxycycline 100 mg PO 2 x/jour pendant 7 jours
En cas d'allergie ou de grossesse	Azithromycine 1 g PO en dose unique

Mycoplasma genitalium

1^{er} choix	Doxycycline 100 mg x 2/jour pendant 7 jours suivi d'azithromycine 1 g à jour 8 puis 500 mg/jour pendant 2 jours
2^e choix si résistance aux macrolides ou persistance de l'infection après traitement de 1 ^{re} ligne	Moxifloxacine 400 mg/jour pendant 7 jours PO
En cas d'échec après traitement de 1^{re} et 2^e ligne	Avis spécialisé

(Adapté de réf.3,5).

Par ailleurs, bien que le dépistage systématique lors d'un nouveau partenariat sexuel soit recommandé, sa mise en œuvre reste parfois limitée en pratique en raison d'un suivi gynécologique irrégulier, de problèmes de confidentialité vis-à-vis des parents ou encore de barrières financières. Dans ce contexte, le rôle du médecin de premier recours est essentiel, tant pour faciliter l'accès au dépistage et au diagnostic que pour accompagner les patient-e-s dans la réalisation d'autoprélèvements en cabinet. Le suivi clinique, incluant l'évaluation des symptômes, l'observance thérapeutique et les tests de contrôle, si nécessaires, fait également partie intégrante de cette prise en charge. Les indications pour un test de contrôle sont résumées dans le **tableau 3**.

LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

La Doxy-PEP représente un outil prometteur, mais son intégration en Suisse reste limitée. Elle peut être prescrite au cas par cas, sans recommandation officielle ni remboursement par l'assurance maladie de base. L'intégration de la Doxy-PEP dans les recommandations suisses officielles reste une question ouverte qui nécessitera un suivi de l'évolution des résistances aux tétracyclines.

TABLEAU 3 Indications à un test de contrôle après traitement

PCR: Polymerase Chain Reaction.

Neisseria gonorrhoeae - Culture à 3 à 7 jours après finalisation du traitement si symptômes - PCR à 14 jours après finalisation du traitement si asymptomatique	- Symptômes persistants - Infection pharyngée - Absence d'antibiogramme - Antibiothérapie autre que ceftriaxone - Femmes enceintes
Chlamydia trachomatis (minimum 4 semaines après le traitement)	- Grossesse - Infection compliquée - Persistance des symptômes - Suspicion de non-adhérence et/ou réinfection - Infection extragénitale

(Adapté des réf.2,3).

Par ailleurs, la résistance croissante de *N. gonorrhoeae* aux antibiotiques représente une menace grandissante, la ceftriaxone restant le seul traitement efficace en première ligne.

De nouvelles molécules pour le traitement de la gonorrhée, notamment la zoliflodacine et la gépotidacine, récemment approuvées par la FDA (Food and Drug Administration) aux États-Unis, pourraient modifier la prise en charge dans les prochaines années.¹⁵

Enfin, l'élargissement de l'accès au dépistage, via la réduction des coûts et le développement de l'autoprélèvement à domicile, constitue une perspective importante pour améliorer la santé sexuelle en Suisse.

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

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour l'amélioration des paragraphes. L'ensemble a ensuite été relu et modifié par les auteurs.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- En Suisse, un dépistage est recommandé pour toute nouvelle relation sexuelle, si plus de trois partenaires dans les 12 mois, annuellement pour les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH) à tous les sites d'exposition et pour les femmes < 25 ans ou à risque élevé.
- L'autoprélèvement en cabinet est une alternative validée.
- La Doxy-PEP (200 mg de doxycycline en prise unique dans les 72 heures postexposition) peut être proposée aux HSH et aux femmes transgenres ayant eu une infection sexuellement transmissible dans l'année. Son efficacité reste limitée pour *Neisseria gonorrhoeae* en Europe.
- Les barrières financières (coût du test PCR: 100 à 140 CHF en laboratoire privé versus ~50 CHF en centre spécialisé) peuvent justifier l'orientation vers des structures moins onéreuses.

1 US Preventive Services Task Force, Davidson KW, Barry MJ, et al. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2021 Sep 14;326(10):949-56.

2 *White JA, Dukers-Muijers NH, Hoebe CJ, et al. 2025 European guideline on the management of Chlamydia trachomatis infections. *Int J STD AIDS*. 2025;36(6):434-49.

3 *Unemo M, Ross J, Serwin AB, et al. Background review for the “2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults”. *Int J STD AIDS*. 2021 Feb;32(2):108-26.

4 **Recommandations de dépistage | Aide Suisse contre le Sida [En ligne]. (Cité le 25 mai 2026). Disponible sur: <https://aids.ch/fr/safer-sex/depistage/recommandations-depistage/>

5 Jensen JS, Cusini M, Gomberg M, et al. 2021 European guideline on the management of Mycoplasma genitalium

infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 May;36(5):641-50.

6 Chua TP, Vodstrcil LA, Murray GL, et al. Evolving patterns of macrolide and fluoroquinolone resistance in *Mycoplasma genitalium*: an updated systematic review and meta-analysis. *Lancet Microbe*. 2025 Jul;6(7):101047.

7 Bachmann LH, Barbee LA, Chan P, et al. CDC Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024. *MMWR Recomm Rep*. 2024 Jun 6;73(2):1-8.

8 Sherrard J, Gokengin D, Winter A, et al. IUSTI Europe position statement on use of DoxyPEP: June 2024. *Int J STD AIDS*. 2024 Nov;35(13):1087-9.

9 *Luetkemeyer AF, Donnell D, Dombrowski JC, et al. Postexposure Doxycycline to Prevent Bacterial Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med*. 2023 Apr 6;388(14):1296-306.

10 Molina JM, Bercot B, Assoumou L,

et al. Doxycycline prophylaxis and meningococcal group B vaccine to prevent bacterial sexually transmitted infections in France (ANRS 174 DOXY-VAC): a multicentre, open-label, randomised trial with a 2 × 2 factorial design. *Lancet Infect Dis*. 2024 Oct;24(10):1093-104.

11 Office fédéral de la santé publique (OFSP). Infections sexuellement transmissibles et hépatites B/C en Suisse et au Liechtenstein: évaluation épidémiologique pour l'année 2024 [En ligne]. 2025. Disponible sur: www.bag.admin.ch

12 Williamson DA, Chen MY. Emerging and Reemerging Sexually Transmitted Infections. *N Engl J Med*. 2020 Aug 20;382(21):2023-2. doi: 10.1056/NEJMr1907194.

13 Gonorrhoea – Annual Epidemiological Report for 2023 [En ligne]. 2025. (Cité le 25 mai 2026). Disponible sur: www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-re-

port-2023

14 Hôpitaux universitaires de Genève. Tests VIH et IST à Genève et en France voisine [En ligne]. 2025. Disponible sur: www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/sante_sexuelle_et_planning_familial/documents/tests_vih_ist_geneve_france_voisine.pdf

15 US Food and Drug Administration. FDA Approves Two Oral Therapies to Treat Gonorrhea [En ligne]. 2025. (Cité le 18 juin 2026). Disponible sur: www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-two-oral-therapies-treat-gonorrhea

16 *Doner I, Dao L. Stratégie SMPR 2026 – Urétrites [En ligne]. Disponible sur: www.hug.ch/medecine-premier-recours/strategies-par-systemes/uro

* à lire

** à lire absolutement



Get your ticket now!



Resilience is the new return.

Meet
Health.
Future.
People.

MEDICA
16–19 Nov. 2026
Düsseldorf,
Germany

M
Messe
Düsseldorf

FMS_00000136

09 ADAPTER NOTRE PRATIQUE AUX PERSONNES AUTISTES

Les personnes autistes* présentent d'importants besoins en santé, notamment en raison de pathologies somatiques et/ou psychiques associées. Pourtant elles rencontrent davantage d'obstacles que la population générale pour accéder aux soins. Le manque d'adaptation du système de santé peut les amener à éviter les soins ou même à y renoncer, et ainsi contribuer à une mortalité prématurée accrue.

Des ajustements simples peuvent améliorer l'accès aux soins des personnes autistes et apporter à leurs proches un soutien nécessaire : une communication claire et cohérente, un environnement sensoriel adapté, davantage de prévisibilité et des modalités d'accès alternatives.^{1,2}

* Ce terme est souvent préféré, dans la communauté concernée, à celui de « personne avec TSA » ou « personne avec autisme ».

* DIVERSITÉ DES PROFILS

Les **Troubles liés au Spectre de l'Autisme (TSA)** définissent une condition neurodéveloppementale qui influence la manière de **percevoir** et de **traiter l'information**. Cela impacte notamment la communication (verbale et non verbale), les interactions sociales, les routines, les centres d'intérêt, les apprentissages et le traitement sensoriel.

Comme les profils autistiques sont très variés, il est crucial de considérer que les compétences perçues peuvent coexister avec des **difficultés invisibles**. Ainsi, afin d'éviter une mécompréhension et une sous-estimation des besoins, ceux-ci doivent être vérifiés avec les personnes autistes ou leur entourage.

Bien que connaître le diagnostic puisse aider à mieux comprendre un fonctionnement, l'accompagnement doit avant tout **s'adapter aux besoins individuels**.

RECOMMANDATIONS 2-9

- * **Demander à la personne** ce dont elle a besoin pour que la consultation se passe au mieux.
- * **Favoriser la communication explicite, écrite et visuelle** ; éviter les appels téléphoniques.
- * **Annoncer l'attente**, les étapes et tout contact physique à l'avance.
- * **Poser une seule question à la fois**, laisser du temps de réflexion et vérifier la compréhension.
- * **Réduire les stimuli sensoriels et le nombre d'intervenant-e-x-s**, y compris en salle d'attente.
- * **Impliquer les proches** si cela facilite la communication ou la continuité, avec l'accord de la personne.
- * **Proposer une pause, une adaptation ou un report si la communication se rompt** ; éviter la contrainte.

Liens utiles : Outils Ici TSA et Pocket card Unisanté

NB1 : Comme toutes les ressources Ici TSA, ces recommandations s'appuient sur une démarche participative cohérente avec le principe « Rien sur nous sans nous ».⁸

NB2 : En cas de suspicion d'autisme chez l'adulte sans déficience intellectuelle modérée/sévère, l'AQ-10 peut soutenir le repérage. Il ne remplace pas l'évaluation spécialisée. Les adaptations doivent être guidées par les besoins.¹⁰

* TÉMOIGNAGES DE PERSONNES CONCERNÉES



« Adapter les soins aux personnes autistes, ce n'est pas créer une exception : c'est repenser les pratiques pour plus de clarté, de prévisibilité et d'accessibilité. Ces améliorations profitent à tout le monde. »

« Je n'ai pas besoin de médecins spécialistes de l'autisme, mais de personnes ouvertes d'esprit, capables de s'adapter à un fonctionnement différent. »

QUELQUES CHIFFRES

1 à 2 %
de la population est concernée par les TSA.

80 %
des femmes autistes sont diagnostiquées après l'âge de 18 ans.³⁻⁵

Le ratio ♀ / ♂
est de 1 pour 3 environ lors des diagnostics précoces. L'écart diminue en prenant en compte les diagnostics tardifs.⁵

80 %
des adultes autistes ont des difficultés à consulter.²



1. Roduit, D., Barathion, V., Steffen, et al. (2021). Comment améliorer l'accès aux soins somatiques. Soins infirmiers, 3, 57-61.

2. Doherty, M., Neilson, S., et al. (2022). Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: A cross-sectional study. BMJ Open, 12(2), e006904. doi.org/10.1136/bmjopen-2021-026904

3. McCrossin, R. (2022). Finding the true number of females with autistic spectrum disorder by estimating the biases in initial recognition and clinical diagnosis. Children, 9(2), 272. doi.org/10.3390/children9020272

4. Fyfe, C., Winell, H., et al. (2026). Time trends in the male to female ratio for autism incidence: Population based, prospectively collected, birth cohort study. bmj, 392. doi.org/10.1136/bmj-2025-084164

5. Maillard, A. M., Dini, S., et al. (2024). Trouble du spectre de l'autisme au féminin : Comment le genre opère-t-il ? Revue Médicale Suisse, 20, 1253-1257. doi.org/10.53739/REVME20242028801253

6. Doherty, M., McCowan, S., & Shaw, S. C. (2023). Autistic SPACE: A novel framework for meeting the needs of autistic people in healthcare settings. British Journal of Hospital Medicine, 84(4), 1-9. doi.org/10.29368/hmed.2023.0006

7. Crompton, C. J., Sharp, M., et al. (2020). Neurotype-matching, but not being autistic, influences self and observer ratings of interpersonal rapport. Frontiers in Psychology, 11, 58671. doi.org/10.3389/fpsyg.2020.58671

8. Nicolaides, C., Paymaker, D., et al. (2017). Collaboration strategies in nontraditional community-based participatory research partnerships: Lessons from an academic-community partnership with autistic self-advocates. Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action, 5(2), 143-150. doi.org/10.5555/pcr.2017.0022

9. Stein Duker, L. L., Giffin, W., et al. (2005). Barriers and facilitators to primary healthcare encounters as reported by autistic adults: A qualitative study. Frontiers in Medicine, 12, 1481953. doi.org/10.3389/fmed.2025.1481953

10. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2021). Autism spectrum disorder in adults: Diagnosis and management. https://www.nice.org.uk/guidance/fg42

La faim comme héritage: une urgence médicale intergénérationnelle

Dre NATHALIE TEBIB^{a,*}, Dr RAINER TAN^{a,*}, Pr MARIO GEHRI^{b,*} et Dr NICOLAS TEBIB^{c,*}

Rev Med Suisse 2026; 22: 1550-3 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.976.48294

La famine ne relève pas d'un phénomène naturel. Elle est le résultat d'un effondrement organisé des déterminants essentiels de la santé. Elle s'inscrit dans un processus politique et structurel durable qui dépasse la simple privation alimentaire en fragilisant la santé publique, la résilience sociale et le développement futur d'un peuple. La malnutrition aiguë et chronique altère la croissance, le développement neurocognitif et la santé mentale et peut induire des modifications épigénétiques transmissibles aux générations suivantes. Reconnaître la famine comme une forme de violence structurelle et prolongée aux conséquences transgénérationnelles impose une réponse éthique, médicale et politique afin de protéger le droit fondamental à la santé, à la sécurité alimentaire et à la dignité.

Hunger as a legacy: an intergenerational medical emergency

Famine is not a natural phenomenon. It is the result of an organized collapse of the essential determinants of health. It is part of a long-term political and structural process that goes beyond mere food deprivation by undermining public health, social resilience, and the future development of a population. Acute and chronic malnutrition impair growth, neurocognitive development, and mental health, and can induce epigenetic changes that are transmissible to future generations. Recognizing famine as a form of structural and prolonged violence with transgenerational consequences requires an ethical, medical, and political response to protect the fundamental right to health, food security, and dignity.

INTRODUCTION

La famine constitue l'un des marqueurs les plus extrêmes de défaillance des systèmes sanitaires. Elle n'est jamais une fatalité biologique, mais le résultat d'un effondrement organisé des déterminants essentiels de la santé tels que l'accès à l'alimentation, à l'eau, aux soins et à la sécurité.¹ Loin d'être un événement naturel, elle découle de structures politiques, économiques et sociales qui organisent la rareté et empêchent l'accès équitable aux ressources vitales.

Les recherches en nutrition, en santé materno-infantile et en épigénétique démontrent que les privations prolongées

entraînent des altérations durables de la croissance, du développement cérébral et du métabolisme.^{2,3} L'analyse des données actuelles met en évidence un phénomène de transmission intergénérationnelle de la malnutrition où les effets physiologiques et psychologiques se cumulent et se reproduisent; où la sous-nutrition d'une mère prédit la vulnérabilité métabolique et cognitive de son enfant, où la défaillance d'un système de santé annonce le déclin biologique d'un peuple.^{2,3} Ainsi, la famine ne se manifeste pas seulement comme un déficit alimentaire; elle devient un processus pathologique collectif qui affecte les générations successives et constitue un continuum biologique et psychosocial de la carence imposé par la structure des conflits qui l'engendre.

Cet article explore les effets, à court et long terme, de la famine pour comprendre comment elle s'inscrit dans une dynamique intergénérationnelle et analyse ses effets et implications pour l'avenir tout en interrogeant notre responsabilité médicale ainsi que celle des politiques qui la perpétuent que ce soit dans le cadre de décisions assumées ou par une inaction tout aussi déterminante.

MALNUTRITION ET FAMINE: DÉFINITIONS ET CONTEXTE

La malnutrition désigne un état pathologique résultant d'un apport nutritionnel inadéquat ou déséquilibré qui entraîne un déficit ou un excès en énergie, protéines ou micronutriments.⁴ On distingue principalement la malnutrition aiguë modérée (MAM), la malnutrition aiguë sévère (MAS) – définie par l'IMC pour l'âge – ainsi que les malnutritions chroniques modérées (MCM) et sévères (MCS) – définie par la taille pour l'âge.⁵ La MAM et la MCM correspondent à une insuffisance pondérale ou à un amaigrissement significatif sans complications médicales immédiates. Elles traduisent un déséquilibre énergétique et protéique, souvent aggravé par les infections et le stress.⁴ La MAS, de même que la MCS, représente les formes les plus graves de malnutrition, associées à un risque élevé de mortalité, en particulier chez les enfants de moins de cinq ans, en raison de leurs besoins métaboliques accrus et de la fragilité de leur système immunitaire. Elles se manifestent par une émaciation extrême et des œdèmes ou une perte de masse musculaire et de tissu adipeux.⁴

La famine, en revanche, se définit par une interruption prolongée de l'accès à l'alimentation entraînant, à brève échéance, et en l'absence d'une intervention rapide, une augmentation de la MAS et de la mortalité à une échelle populationnelle. De nos jours, la surveillance de la vulnérabilité alimentaire repose sur la classification intégrée de la sécurité alimentaire

^aDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et de santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne, ^bAncien médecin-chef au Service de pédiatrie, Département femme-mère-enfant, Hôpital de l'enfance de Lausanne, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, ^cService de médecine intensive adulte, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
n.tebib@gmail.com | rainer.tan@unisanté.ch | mario.gehri@gmail.com
n.tebib@outlook.com

*Les auteurs ont rédigé cet article à titre personnel et non au nom de leurs institutions respectives.

(IPC – Integrated Food Security Phase Classification); une initiative globale visant à détecter précocement des conditions de famine. L'échelle IPC constitue aujourd'hui la référence mondiale pour classifier l'insécurité alimentaire aiguë en 5 stades (**tableau 1**). La famine en est le stade ultime. Elle est déclarée lorsqu'une zone répond simultanément aux trois critères suivants: a) au moins 20% de ménages confrontés à une pénurie alimentaire extrême; b) une prévalence d'au moins 30% d'enfants souffrant de malnutrition aiguë et c) un taux de mortalité de minimum 2/10000 personnes ou 4/10 000 enfants par jour directement lié à la faim ou aux conséquences de la malnutrition.⁶ Depuis sa création en 2004, le stade 5 n'a été reconnu qu'à quatre reprises; en 2011 en Somalie du Sud, en 2017 et en 2024 au Soudan du Sud et, plus récemment, à Gaza durant l'été 2025.

LA FAMINE COMME CONSÉQUENCE POLITIQUE ET STRUCTURELLE

Au 21^e siècle, la famine n'est jamais une fatalité. Elle découle de choix politiques, géostratégiques et de dynamiques de destructions systémiques affectant les déterminants essentiels de la santé.¹ Ainsi, les famines contemporaines ne découlent ni d'un déséquilibre climatique ni d'une insuffisance de ressources mondiales, mais d'un effondrement organisé de l'environnement sanitaire, économique et social. Par exemple, la famine néerlandaise, dernière en date en Europe de l'Ouest, résultait d'un embargo sur les transports alimentaires imposé par l'occupation nazie, en septembre 1944, peu avant la libération du territoire par les forces alliées. De manière similaire, toutes les famines subséquentes, du Biafra en 1967, première famine télévisée menant à la création de «Médecin sans

Frontière», jusqu'au Soudan du Sud en 2024, découlent d'actions humaines liées soit à l'impossibilité de déployer l'aide, soit à son obstruction délibérée.

À Gaza, avant 2023, malgré une insécurité alimentaire chronique, la malnutrition infantile était relativement faible, avec des prévalences de MAM fluctuant entre 1 et 3% depuis 2010.⁷ Depuis 2024, la situation s'est brutalement dégradée avec, le 15 août 2025, la confirmation de la famine (phase 5 de l'IPC) dans la province de Gaza.^{8,9} Après 22 mois de bombardements continus et d'embargos, plus d'un demi-million de personnes souffre de conditions désastreuses caractérisées par la famine, la misère et la mort. 1,07 million de personnes supplémentaires se trouvent en situation d'urgence (phase 4 de l'IPC) et 396 000 personnes (20%) sont en situation de crise (phase 3 de l'IPC). Enfin, il est estimé que 132 000 enfants, âgés entre 6 et 59 mois, souffriront de MAM dont 41 000 de MAS.⁸

Les causes structurelles de cette famine sont multiples et intimement liées. Premièrement, le blocus prolongé en vigueur depuis 2007 a provoqué un effondrement de la production agricole compromettant la souveraineté alimentaire locale et augmentant la dépendance aux importations contrôlées.¹⁰ Deuxièmement, la destruction répétée des infrastructures vitales, réseaux d'eau et d'électricité, structures de soins et systèmes d'assainissement, a réduit la capacité de la population à subvenir à ses besoins élémentaires. Troisièmement, l'entrave à l'aide humanitaire, soumise à des restrictions, des retards et une forte politisation, limite l'accès à une nutrition adéquate et à des soins essentiels. Enfin, le contexte politique figé, lié à l'occupation prolongée, empêche toute planification sanitaire et toute reconstruction durable du système de santé.¹¹

Gaza incarne aujourd'hui le modèle contemporain de la famine politique où la santé publique devient indissociable des choix stratégiques et des déterminants géopolitiques.

LA FAMINE: AMPLIFICATEUR DE MORBIDITÉ ET MARQUEUR TRANSGÉNÉRATIONNEL

Durant et après une famine, les prévalences de toutes formes de malnutrition, ainsi que le déficit en micronutriments (fer, vitamines A, B9, B12, C et zinc) augmentent considérablement, particulièrement chez les enfants de moins de cinq ans. Cela contribue directement à l'augmentation de la mortalité en réponse à une susceptibilité accrue aux maladies infectieuses, notamment la diarrhée et la pneumonie. Il est ainsi estimé que durant la famine néerlandaise (1944-1945), entre 20 000 et 30 000 personnes sont mortes alors que la grande famine chinoise (1959-61) et la famine liée à la guerre du Biafra (1967-70) ont provoqué respectivement environ 30 millions et 1 à 3 millions de victimes.¹²

Toutefois, la malnutrition engendrée par la famine constitue bien plus qu'un simple déficit nutritionnel: elle agit comme un amplificateur majeur de morbi-mortalité et de vulnérabilité dont les effets dépassent la génération directement exposée en laissant une empreinte biologique durable. Les travaux épidémiologiques menés dans les contextes susmentionnés

TABLEAU 1		Classification intégrée de la sécurité alimentaire
Phase	Description générale	
1	1A Généralement en sécurité alimentaire 1B Généralement en sécurité alimentaire	Accès limité à une alimentation généralement adéquate et stable avec un risque modéré à faible de tomber graduellement dans la phase 3, 4 ou 5
2	Insécurité alimentaire modérée/limite	Accès limité à une alimentation adéquate avec. un risque élevé et récurrent (en raison de la probabilité d'événements adverses et une grande vulnérabilité) de tomber graduellement dans la Phase 3,4 ou 5
3	Crise alimentaire et des moyens d'existence aiguë	Insuffisance aiguë et critique de l'accès à l'alimentation assortie d'une malnutrition grave et inhabituelle et un épuisement accéléré des avoirs relatifs aux moyens d'existence qui, si la situation se maintient, va faire tomber la population dans la phase 4 ou 5 et/ou va probablement se traduire par une pauvreté chronique
4	Urgence humanitaire	Insuffisance grave de l'accès à l'alimentation assortie d'une mortalité excessive, une malnutrition très élevée et en progression, et un épuisement irréversible des avoirs relatifs aux moyens d'existence
5	Famine/ catastrophe humanitaire	Grave pénurbation sociale assortie d'un manque total d'accès à l'alimentation et/ou d'autres besoins de base dans laquelle la famine généralisée, la mort et le déplacement sont incontestables

(Adapté de réf.⁶).

ont démontré que l'exposition prénatale ou précoce à la sous-nutrition entraîne des altérations métaboliques, cognitives et épigénétiques persistantes (**tableau 2**).^{3,12,13}

Chez l'enfant, la malnutrition compromet les processus fondamentaux de croissance et de maturation cérébrale. Elle entraîne un retard staturo-pondéral souvent irréversible ainsi qu'une atteinte neurologique liée aux déficits en micronutriments essentiels tels que le fer, le zinc et les acides gras polyinsaturés. Ces carences altèrent la myélinisation, la neurotransmission et la plasticité cérébrale provoquant des troubles du développement cognitif, de l'attention et de la mémoire.^{2,14}

La malnutrition touche également la santé reproductive et périnatale. Les femmes enceintes sous-alimentées présentent un risque accru d'anémie, de retard de croissance intra-utérin et de faible poids de l'enfant à la naissance, avec une augmentation des risques obstétricaux.^{2,14} Les données issues de la recherche en biologie du développement montrent, par ailleurs, que la sous-nutrition in utero entraîne des modifications épigénétiques durables, notamment par des altérations de la méthylation de l'ADN, affectant les gènes impliqués dans la croissance et la régulation du stress.² Ces mécanismes expliquent la survenue ultérieure de pathologies métaboliques, psychiatriques et cardiovasculaires à l'âge adulte.

Il convient toutefois de distinguer les effets pré et périnataux bien établis des effets «transgénérationnels» dont les mécanismes et la portée clinique restent débattus.

Enfin, sur le plan psychologique, il est établi que les traumatismes répétés, la privation et la perte d'espoir engendrent des syndromes anxiodépressifs et post-traumatiques collectifs aggravant le déclin fonctionnel, notamment des enfants et des adolescents, réduisant la résilience familiale et aggravant

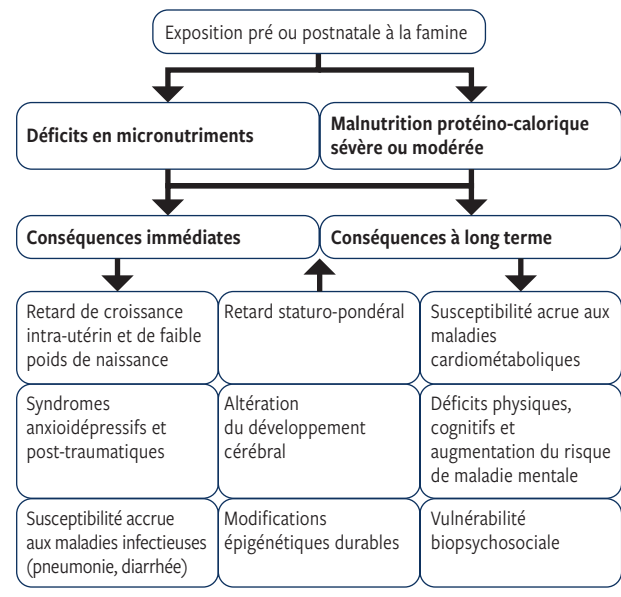
	TABLEAU 2	Conséquences à long terme de l'exposition pré et postnatale à la famine	
--	------------------	--	--

AOMI: artériopathie oblitérante des membres inférieurs; DM: diabète mellitus; HTA: hypertension artérielle.

Exposition prénatale ou durant la petite enfance		
Cohorte étudiée	Système	Maladies
Biafra, néerlandaise, chinoise	Cardiovasculaire	Augmentation du risque d'HTA, AOMI, maladie coronarienne ^{3,12,13}
Biafra, néerlandaise, chinoise	Métabolique	Augmentation du risque de diabète, de dyslipidémie, d'obésité, de syndrome métabolique, de stéatose hépatique non alcoolique ^{3,12,13}
Chinoise, néerlandaise	Santé mentale	Augmentation du risque de schizophrénie, de comportement antisocial, de dépression, d'addiction, de déficit cognitif et de trouble de l'attention ^{2,3,13}
Néerlandaise	Oncologie	Risque cinq fois plus élevé de cancer du sein chez les femmes exposées à la famine in utero ³
Néerlandaise	Respiratoire	Prévalence accrue des maladies obstructives des voies respiratoires si exposition prénatale ³

	FIG 1	Conséquences de l'exposition prénatale et postnatale à la famine	
--	--------------	---	--

Interactions à court et à long termes.



le cycle de vulnérabilité nutritionnelle et psychosociale.^{15,16} Ainsi, la famine ne se limite pas à une urgence humanitaire immédiate: elle devient une empreinte biologique, sociale et intergénérationnelle annonciatrice de pathologies futures et de désastres de santé publique (**figure 1**).

À Gaza, tous ces mécanismes sont à l'œuvre. Les conséquences médicales incluent la malnutrition chronique, les retards de croissance, les déficits cognitifs et immunitaires, ainsi que les troubles du développement neuropsychologique.^{2,3,13} Les impacts économiques et éducatifs se traduisent par une déscolarisation massive, une perte de compétences intergénérationnelles et une paupérisation structurelle. Sur le plan social et identitaire, la famine agit comme un facteur de désintégration: elle déstructure et rompt les liens communautaires, altère les repères culturels et entretient un sentiment de dépossession transmis d'une génération à l'autre.¹⁶

Les conséquences sont majeures: exode forcé, fragmentation sociale et vulnérabilité extrême des populations survivantes. Ainsi, la famine doit être analysée comme un processus pathologique prolongé, menant à un cycle de fragilité qui compromet la santé physique, psychique et génétique de plusieurs générations. Nous assistons aujourd'hui, à Gaza, à un épuisement des capacités biologiques et sociales de reconstruction d'un peuple. Composantes pourtant essentielles au concept de santé globale.

IMPLICATIONS CLINIQUES POUR LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EXPOSÉES À LA FAMINE

Face à une personne ayant été exposée à une situation de famine, une évaluation clinique structurée est recommandée, incluant anamnèse (durée de l'insécurité alimentaire, perte pondérale, comorbidités notamment infectieuses), examen

anthropométrique et recherche de carences micronutritionnelles. Une attention particulière doit être portée à la croissance et au développement chez l'enfant, aux complications métaboliques et cardiovasculaires chez l'adulte, ainsi qu'à la santé mentale dans tous les cas.^{5,12} En pratique, dans des contextes où l'expérience clinique de la prise en charge de la malnutrition sévère chez l'enfant et l'adolescent est limitée, il est recommandé de s'appuyer sur les guidelines de l'OMS (Primary Health Care for Children and Adolescents, OMS, 2022) qui proposent des approches standardisées, pragmatiques et graduées selon la sévérité privilégiant une prise en charge hospitalière pour les formes sévères et ambulatoires pour les autres, avec un recours limité aux examens paracliniques.⁵

CONCLUSION

La famine ne peut pas être appréhendée comme une crise ponctuelle, mais doit être considérée comme une crise durable, inscrite dans les corps et les mémoires, et compromettant durablement la santé, le développement et la résilience des générations futures. Aujourd'hui, à Gaza, l'inaction internationale et la gestion fragmentée de l'aide humanitaire perpétuent ce désastre. Reconnaître la famine comme une manifestation d'une violence continue aux conséquences transgénérationnelles revient à lui conférer une portée éthique et juridique: celle de la négation du droit fondamental à la santé, à la sécurité alimentaire et à la dignité humaine. La lutte contre la famine ne saurait se limiter à une assistance

humanitaire d'urgence. La responsabilité internationale ne relève plus du choix moral, mais de l'urgence absolue d'une action collective fondée sur les principes des droits humains, de justice sociale et de santé globale.

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 de manière limitée pour le resserrement de certains paragraphes et l'amélioration stylistique du texte. Ils ont ensuite validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La famine est une forme de violence structurelle et prolongée dont les effets dépassent la simple privation alimentaire.
- La famine doit être considérée comme un amplificateur de morbi-mortalité à court et long terme avec une augmentation des problèmes materno-infantiles, cardiovasculaires et métaboliques.
- Identifier les problèmes de malnutrition engendrés par la famine comme des déterminants majeurs de la santé mentale et du développement cognitif aux conséquences immédiates et durables.
- Traiter la famine non seulement comme une carence alimentaire, mais comme un marqueur transgénérationnel impactant des générations successives.

1 Devereux S. Why does famine persist in Africa? *Food Secur.* 2009 Feb 1;1(1):25-35.

2 Peter CJ, Fischer LK, Kundakovic M, et al. DNA Methylation Signatures of Early Childhood Malnutrition Associated With Impairments in Attention and Cognition. *Biol Psychiatry.* 2016 Nov 15;80(10):765-74.

3 **Roseboom T, de Rooij S, Painter R. The Dutch famine and its long-term consequences for adult health. *Early Hum Dev.* 2006 Aug;82(8):485-91.

4 Dipasquale V, Cucinotta U, Romano C. Acute Malnutrition in Children: Pathophysiology, Clinical Effects and Treatment. *Nutrients.* 2020 Aug 12;12(8):2413.

5 World Health Organization. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence [En ligne]. 21 mars 2022. Disponible sur: www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057622

6 IPC – Integrated Food Security Phase Classification. The IPC Famine Factsheet [En ligne]. Disponible sur: www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/resources/resources-details/tr/c/1152968/

7 World Health Organization. Level and trends in child malnutrition: UNICEF/WHO/The World Bank Group joint child malnutrition estimates: key findings of the 2021 edition. 5 mai 2021. Disponible sur: www.who.int/publications/i/item/9789240025257

8 IPC – Integrated Food Security Phase Classification. GAZA STRIP: Famine confirmed in Gaza Governorate, projected to expand [En ligne]. 22 août 2025. Disponible sur: <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/countries-in-focus-archiv/issue-134/en/>

9 Horino M, Najjar SA, Tabaza A, et al. Assessment of malnutrition in preschool-aged children by mid-upper arm circumference in the Gaza Strip (January, 2024-August, 2025): a longitudinal, cross-sectional, surveillance study.

Lancet. 2025 Oct 25;406(10514):1993-2002.

10 Food and Agriculture Organization of the United Nations. Gaza's agricultural infrastructure continues to deteriorate at alarming rate [En ligne]. 26 mai 2025. Disponible sur: www.fao.org/newsroom/detail/gaza-s-agricultural-infrastructure-continues-to-deteriorate-at-alarming-rate/en?utm_source=chatgpt.com

11 World Health Organization. Health system at breaking point as hostilities further intensify in Gaza, WHO warns [En ligne]. 22 mai 2025. Disponible sur: www.who.int/news/item/22-05-2025-health-system-at-breaking-point-as-hostilities-further-intensify-who-warns

12 Dong C, Yin S. Short-Term and Long-Term Effect of Exposure to Famine During Childhood on Human Health Status. In *Handbook of Famine, Starvation, and Nutrient Deprivation* [En ligne]. Cham: Springer, 2018; p. 1-21. Disponible sur: https://link.springer.com/rwe/10.1007/978-3-319-40007-5_112-1

13 *Grey K, Gonzales GB, Abera M, et al. Severe malnutrition or famine exposure in childhood and cardiometabolic non-communicable disease later in life: a systematic review. *BMJ Glob Health* [En ligne]. 2021 Mar;6(3):e003161. Disponible sur: <https://gh.bmj.com/content/6/3/e003161>

14 *Heijmans BT, Tobi EW, Stein AD, et al. Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2008 Nov 4;105(44):17046-9.

15 Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: A systematic review. *PLoS One.* 2019 Jan 16;14(1):e0210071.

16 El-Khalil C, Tudor DC, Nedelcea C. Impact of intergenerational trauma on second-generation descendants: a systematic review. *BMC Psychol.* 2025 Jul 1;13(1):668.

* à lire

** à lire absolutement

Anesthésie locorégionale préhospitalière

Dr LORENZO VIZZOLO^a, Dr CÉDRIC LUYET^{b,c}, Dr PIERRE METRAILLER^{b,d}, Dr OUANES AMINE BEN SAAD^e,
Dre CORINNE GRANDJEAN-PROGIN^e et Dr ALEXANDRE MOSER^f

Rev Med Suisse 2026; 22: 1554-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.976.48061

La douleur aiguë traumatique est fréquente en médecine d'urgence extrahospitalière. L'approche standard consiste majoritairement en une analgo-sédation intraveineuse (IV). L'anesthésie locorégionale (ALR) est une alternative possible à l'analgo-sédation mais sous-utilisée. Dans cet article, la plus-value de ces techniques en milieu extrahospitalier est décrite à l'aide d'une vignette et un état des lieux de celles-ci est dressé. Les complications possibles, ainsi que la formation nécessaire, sont également abordées. Enfin les pratiques suisses romandes en matière d'ALR extrahospitalière sont présentées.

Prehospital locoregional anesthesia

Acute traumatic pain is a frequent challenge in out-of-hospital emergency medicine. The standard approach consist of intravenous (IV) analgesia and sedation. Locoregional anesthesia (LRA) is a potential alternative to analgosedation that remains underutilized. This article highlights the potential benefits of LRA in the prehospital setting through a clinical vignette and provides an overview of current practices. Training requirements and possible complications are discussed. The use of prehospital LRA in French-speaking Switzerland is also presented.

INTRODUCTION

Les douleurs traumatiques sont fréquentes en médecine d'urgence préhospitalière. L'approche traditionnelle consiste, après immobilisation, majoritairement en une analgo-sédation intraveineuse (IV). La formation poussée des ambulanciers suisses^{1,2} permet la délégation de cet acte en sécurité avec la possibilité de recourir, si besoin, à une médicalisation.³

Comme le montre la vignette clinique ci-après, cette approche n'est pas anodine, la majorité des médicaments étant des dépresseurs cardiovasculaires et/ou respiratoires, avec, en particulier, un risque d'inhalation trachéobronchique.³ L'efficacité antalgique de l'analgo-sédation est variable, y compris en cas de médicalisation, avec des taux d'oligo-analgésie (EVA (échelle visuelle analogique) supérieure à 3/10 à l'arrivée à l'hôpital) pouvant atteindre 40%.⁴ L'opio-phobie est un problème supplémentaire pouvant contribuer à une oligo-analgésie.⁵

Bien que la plupart des médecins intervenant en milieu préhospitalier connaissent l'existence des techniques d'anesthésie locorégionale (ALR), celles-ci sont peu utilisées

dans ce contexte.^{6,7} L'ALR consiste à injecter un anesthésique local (AL) à proximité de nerfs afin d'anesthésier un territoire donné, tel le nerf fémoral. Si historiquement, l'emplacement de la ponction était recherché anatomiquement avec l'aide d'un neurostimulateur, la technique standard actuelle consiste en des ponctions échoguidées, avec ou sans neurostimulateur.⁶

VIGNETTE CLINIQUE

Une patiente de 78 ans, institutionnalisée en EMS, chute en retournant dans sa chambre après le repas du soir. De fortes douleurs de la jambe gauche (EVA 10/10) rendent tout mouvement impossible. Devant une suspicion de fracture de la diaphyse fémorale (déviation médiale de 45° du tiers moyen du fémur gauche) chez une patiente porteuse d'une prothèse de hanche ipsilatérale, le personnel du home alarme la centrale 144 qui dépêche une ambulance sur site.

L'ambulancier leader décide d'effectuer une analgo-sédation par midazolam et kétamine IV pour effectuer la relève et installer la patiente sur un brancard de transport. Peu après l'injection de 0,5 mg de midazolam IV, la patiente présente une apnée avec désaturation. L'ambulancier leader décide de réaliser une ventilation au ballon malgré un estomac plein. Une médicalisation urgente est demandée auprès de la centrale 144.

À l'arrivée du SMUR, la patiente est consciente et stable sur les plans respiratoire et hémodynamique. Elle se plaint de nausées associées à une douleur insupportable (EVA 10/10). Le médecin SMUR décide de réaliser un bloc fémoral échoguidé. Après une soigneuse désinfection par chlorhexidine 2% alcoolique et champagne, 150 mg de lidocaïne (3 mg/kg) sont injectés sous vision échographique. Cinq minutes après le bloc, la patiente rapporte des douleurs supportables (EVA 3/10), permettant la relève et le transport sans aucun incident supplémentaire ni nouvelle administration de médicament. Aucune complication du geste d'ALR ne sera notée. Aux urgences, une fracture de la diaphyse fémorale est diagnostiquée et la patiente sera opérée quelques heures plus tard.

ALR ET MILIEU EXTRAHOSPITALIER

Pratiquée quotidiennement en médecine périopératoire, l'ALR ne l'est que peu en milieu extrahospitalier.^{6,7} Bien que la première publication date de 1990,⁸ elle est sous-utilisée⁷ probablement notamment en raison de l'absence de formation structurée dans les hôpitaux et au sein des organisations de secours. De plus, elle est souvent ignorée dans certaines publications traitant des plus-values de la médicalisation préhospitalière.³ Le cas présenté dans la vignette pourrait contribuer à sensibiliser à la nécessité d'une formation.

^aClinique universitaire d'anesthésie et antalgie, Hôpital universitaire de l'île, Inselspital, 3010 Berne, ^bAir-Glacières SA, 1950 Sion, ^cService d'anesthésie, Lindenhofspital, 3012 Berne, ^dService des urgences, Centre hospitalier du Valais romand, 1952 Sion, ^eService d'anesthésie et réanimation, Hôpital fribourgeois, HFR Hôpital cantonal, 1752 Villars-sur-Glâne, ^fService d'anesthésiologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
lorenzo.vizzolo@insel.ch | cedric.luyet@lindenhofgruppe.ch | pmetrailler@air-glacières.ch
ouanesamine.bensaad@h-fr.ch | corinne.grandjean@h-fr.ch | alexandre.moser@chuv.ch

Efficacité analgésique

Cet état de fait, se reflète dans la quantité et la qualité de la littérature à disposition.^{6,7} La plupart des études portant sur l'efficacité analgésique de l'ALR montrent, malgré une grande hétérogénéité des données, une efficacité antalgique (réduction significative des scores de douleurs), un taux de succès proche de 90% et une satisfaction élevée des patients.⁶

Type de blocs possibles

Théoriquement, toutes les techniques, y compris complexes comme le bloc du plexus brachial au niveau interscalénique,⁹ peuvent être exportées en milieu extrahospitalier.¹⁰ En pratique, les blocs les plus réalisés sont le bloc fémoral (BF) ou ilio-fascial (BIF).⁶ Le BIF est particulièrement pratiqué en extrahospitalier, car il permet de s'affranchir de l'utilisation d'un échographe ou d'un neurostimulateur.¹¹ Il peut aussi être réalisé avec un guidage ultrasonographique,⁷ l'apprentissage de cette technique étant rapide, même pour des médecins non anesthésistes sans expérience préalable en ultrasonographie.¹²

Technique neuroaxiale et cathéter

À notre connaissance, un seul cas de technique neuroaxiale (anesthésie rachidienne) est décrit dans la littérature extrahospitalière.¹³ Il existe quelques cas rapportés de cathéter en médecine de guerre.¹⁴

Médicaments

Les AL d'action rapide à marge thérapeutique large comme la lidocaïne, sont les plus utilisés et recommandés comme premier choix.⁶ L'emploi d'autres molécules à plus longue durée d'action et avec une marge thérapeutique plus étroite telles que la ropivacaïne reste marginal.⁹ La lidocaïne a, en outre, l'avantage d'être présente dans toutes les sacoches médicamenteuses des SMUR ou des hélicoptères médicalisés (alternative à l'amiodarone en cas de réanimation).

Place de l'échographie

Historiquement, les blocs étaient réalisés selon des repères anatomiques,⁸ puis avec l'aide d'un neurostimulateur. Actuellement, la technique de référence est le guidage échographique.⁶ La miniaturisation des appareils d'ultrasonographie et leur large utilisation en préhospitalier, y compris en milieu périlleux,⁹ permet de transposer ces techniques hors de l'hôpital faisant de l'ALR échoguidée la technique recommandée.⁶ À noter que, dans le cas spécifique du BIF, l'utilisation de l'échographie comparée à la technique anatomique ne rallonge pas de manière significative le temps passé sur site.⁷

Complications

La complication la plus grave est la toxicité systémique des AL (LAST: Local Anesthetic Systemic Toxicity) pouvant causer un arrêt cardiaque réfractaire nécessitant une réanimation prolongée et un traitement spécifique avec des émulsions lipidiques. Globalement, très peu de complications sont décrites dans la littérature extrahospitalière, dont deux seuls cas de LAST avec une seule administration d'émulsion lipidique.⁶ Malgré l'absence de guidelines spécifiques à ce

milieu, une solution d'émulsion lipidique devrait être disponible si un AL autre que la lidocaïne est utilisé, en particulier lors de missions en milieu périlleux avec de longues évacuations, comme lors d'accidents de spéléologie.⁹ Le respect de la dose maximale rapportée au poids du patient est indispensable. Il convient de citer également les complications possibles liées au geste, comme les lésions nerveuses, soit directes (lésion du nerf par l'aiguille) ou indirectes, via une compression extrinsèque par un hématome.

Matériel

Du matériel de désinfection pour le point de ponction est indispensable et le port de gants stériles recommandé.⁶ En cas de ponction échoguidée, il est conseillé d'utiliser du gel et une housse de protection stériles.⁶ L'utilisation d'aiguilles dédiées atraumatiques et échogènes est indiquée.⁶ Le patient doit être équipé d'une voie veineuse périphérique fonctionnelle. Un équipement complet de réanimation, y compris de gestion des voies aériennes, doit être disponible. Il en est autrement lors d'intervention en milieu extrême, que cela soit lors de missions terrestres en haute montagne¹⁵ ou en spéléologie⁹ où pour des raisons logistiques le matériel se réduit au strict nécessaire.

EXEMPLES D'INDICATIONS

Traumatogériatrie

La fracture de la hanche chez le patient gériatrique est fréquente. Les guidelines de prise en charge hospitalière font de l'épargne d'opiacés et de sédatifs peropératoires chez ces patients polymorbides et fragiles une priorité, en recommandant une ALR dès l'arrivée à l'hôpital.¹⁶ De par son impact sur la consommation d'opiacés, un BF ou un BIF en préhospitalier est une alternative intéressante à l'analgo-sédation IV.⁶ L'efficacité antalgique de l'ALR⁶ rend aussi le transport plus confortable. La forte prévalence d'anticoagulants et antiagrégants dans cette population est un marqueur de pathologie sous-jacente, en particulier cardiaque. Ces médicaments ne sont pas une contre-indication absolue aux BF ou BIF, ces deux blocs étant considérés comme superficiels.¹⁷ Dans cette situation, il serait souhaitable que le bloc soit réalisé par une personne formée et pratiquant régulièrement l'ALR, soulignant l'importance d'une formation de base et continue structurée.

Fracture de la diaphyse fémorale

Le BF est une approche antalgique complémentaire intéressante pour ces fractures, la vignette clinique présentée dans cet article illustrant ce cas de figure. Cette approche est aussi valable chez des patients plus jeunes, y compris pédiatriques.¹⁸ L'ALR est particulièrement utile dans les situations d'écrasement de la jambe par une masse non mobilisable comme lors d'accidents de bûcheronnage.

CONTRE-INDICATIONS

Les contre-indications absolues à l'ALR sont le refus du patient, l'instabilité hémodynamique, une infection cutanée au point de ponction et une (rarissime) allergie aux AL.¹⁹ Les troubles de la coagulation (maladie hématologique, prise

d'antiagrégants ou anticoagulants) sont une contre-indication relative.¹⁷ La présence d'un déficit neurologique préexistant dans le territoire nerveux ciblé n'est pas une contre-indication absolue¹⁹ sous réserve d'une plus-value marquée de l'ALR, par exemple lors de sédation à très haut risque. Il est donc indispensable d'effectuer un examen neurologique ciblé dans le territoire du nerf concerné et de documenter un éventuel déficit avant la réalisation du geste.

CONTEXTES PARTICULIERS: MILIEU PÉRILLEUX ET MÉDECINE DE CATASTROPHE

Milieu périlleux

L'ALR a un intérêt particulier dans la prise en charge des patients en milieu périlleux, sur les plans antalgique et logistique, en facilitant l'évacuation de ceux-ci. Cette approche est particulièrement intéressante lorsqu'un monitoring continu des signes vitaux ainsi qu'une sécurisation des voies respiratoires est difficile, voire impossible, comme en spéléologie⁸ ou lors d'opérations de treuillage⁷ et d'évacuation terrestre.⁷ L'ALR est aussi utile dans la prise en charge des gelures lors de missions terrestres en haute montagne avec, en plus de l'effet antalgique sur les douleurs liées au réchauffement, un effet vasodilatateur bénéfique sur le membre concerné.¹⁵

Médecine de catastrophe

L'ALR pourrait avoir un rôle à jouer en situation d'événement majeur, dans une phase plus tardive, lorsque les ressources deviennent plus abondantes, en particulier pour les patients nécessitant une amputation ou ayant un membre écrasé par une masse non mobilisable.²⁰

FORMATION NÉCESSAIRE

Médecins extrahospitaliers

La formation et le profil des médecins extrahospitaliers sont marqués par une grande hétérogénéité (médecin junior vs senior, anesthésistes, urgentistes, internistes ou intensivistes). Si certains pratiquent l'ALR, en particulier le BIF,⁷ cette pratique ne fait pas, à l'exception des anesthésistes, partie de leur formation de base.² Une formation complémentaire structurée, de base et continue, est dès lors nécessaire.¹² À noter que contrairement à la France, la Suisse ne dispose pas de directives encadrant la pratique de l'ALR par des médecins non anesthésistes.¹¹

Personnel non médical (ambulancier, infirmier)

Si certaines études ont montré la faisabilité du BIF par des ambulanciers ou des infirmiers,⁶ l'hétérogénéité de la formation de ceux-ci et de l'organisation des systèmes préhospitaliers explique l'absence de consensus sur cette question.²¹ La Suisse romande dispose d'une médicalisation ubiquitaire disponible en tout temps, rendant possible la réalisation de l'ALR par des médecins extrahospitaliers. Cette approche permet le maintien des compétences (exposition au geste, routine) de ceux-ci, mais aussi de clarifier la responsabilité médico-légale en cas de lésion invalidante (lésion nerveuse) ou potentiellement fatale (LAST).

SITUATION EN SUISSE ROMANDE

À notre connaissance, seuls 4 entités préhospitalières médicalisées romandes (SMUR de l'hôpital Riviera Chablais, Payerne, Morges, Air-Glaciers^{7,15}) et le spéléo-secours suisse⁹ sont équipés pour pratiquer l'ALR. Le nombre de gestes réalisés restant faible.⁷

CONCLUSION

Malgré un manque de données solides, il semblerait que l'ALR extrahospitalière pourrait être une alternative efficace comportant moins de risques cardiovasculaires et respiratoires que l'analgo-sédation IV. Utilisée judicieusement, l'ALR extrahospitalière permet une antalgie efficace ainsi qu'une épargne d'opiacés et de sédatifs, et de leurs effets indésirables. Même si de nombreux types de blocs ont déjà été décrits dans ce milieu, cette approche est limitée par les compétences médicales disponibles et l'hétérogénéité des intervenants. La principale indication est l'antalgie lors de suspicion de fracture du fémur et plus particulièrement lors de fracture de la hanche chez les patients gériatriques. Dans ces cas, la réalisation d'un BIF échoguidé constitue la technique de choix et se prête particulièrement bien à la mise en place d'un cursus de formation destiné aux médecins préhospitaliers.

Conflit d'intérêts: les auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article

Utilisation de l'IA: les auteur-es ont déclaré avoir utilisé l'IA (ChatGPT) pour une assistance linguistique (contrôle grammatical et orthographique, traduction du résumé en anglais) ainsi que pour reformuler et condenser certains paragraphes. L'ensemble du contenu a été revu et validé par les auteurs. Certaines références ont été trouvées grâce à OpenEvidence.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

ORCID ID:

P. Metrailler: <https://orcid.org/0000-0002-1773-0371>

O. A. Ben Saad: <https://orcid.org/0009-0008-9773-1243>

A. Moser: <https://orcid.org/0000-0002-0385-0479>

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'anesthésie locorégionale en milieu extrahospitalier est rarement utilisée même si des études montrent un taux de succès élevé et une efficacité antalgique permettant une épargne en opiacés et en sédatifs, réduisant ainsi leurs effets secondaires.
- Elle a sa place au quotidien, en particulier lors de fractures du fémur et de la hanche, ainsi qu'en milieu périlleux.
- Même si certaines techniques comme le bloc iliofascial échoguidé sont faciles d'apprentissage, une formation spécifique est nécessaire. Pour des raisons médico-légales, certaines guidelines nationales ne recommandent pas la délégation à des non-médecins.
- Bien que peu d'événements indésirables soient rapportés, des complications graves (Local Anesthetic Systemic Toxicity, LAST) ou handicapantes (lésion nerveuse) sont possibles, d'où la nécessité d'une pratique régulière, d'une assurance qualité et d'une formation continue.

1 Schmutz T, Guechi Y, Denereaz S, et al. Paramedics in Switzerland: A Mature Profession. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 10;19(14):8429. DOI: 10.3390/ijerph19148429.

2 Schmutz T, Ribordy V, Exadaktylos AK, Carron PN. Emergency medicine in Switzerland: a laboratory for professional experimentation. *Eur J Emerg Med*. 2021 Aug 4;17(746):1367-9. DOI: 10.1097/MEJ.0000000000000816.

3 Schmutz T, Guechi Y, Gendre G, Ariosa J, Ribordy V. [SMUR or not SMUR?]. *Rev Med Suisse*. 2021 Aug 4;17(746):1367-9.

4 **Albrecht E, Taffe P, Yersin B, et al. Undertreatment of acute pain (oligoanalgesia) and medical practice variation in prehospital analgesia of adult trauma patients: a 10 yr retrospective study. *Br J Anaesth*. 2013 Jan;110(1):96-106. DOI: 10.1093/bja/aes355.

5 Bertrand S, Meynet G, Taffé P, et al. Opiophobia in Emergency Department Healthcare Providers: A Survey in Western Switzerland. *J Clin Med*. 2021 Mar 25;10(7):1353. DOI: 10.3390/jcm10071353.

6 **Gaik C, Schmitt N, Schubert AK, Wulf H, Vojnar B. [Regional Anaesthesia in the Prehospital Setting]. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*.

2024 Jun;59(06):386-99. DOI: 10.1055/a-2265-8168.

7 *Vizzolo L, Luyet C, Metrailler P, Moser A. Prehospital locoregional anesthesia: a case series. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2025 Oct 2;33(1):153. DOI: 10.1186/s13049-025-01460-w.

8 Barriot P, Riou B, Ronchi L, et al. Femoral nerve block in prehospital management of fractured shaft of femur. *JEUR* 1990; 1:21-4.

9 Moser A, Wagner S, Habegger K, Cioccarl L, Tosetti S. From the Operating Room to the Cave: Ultrasound-Guided Locoregional Anesthesia in the Setting of Cave Rescue-A Description of 2 Cases. *Wilderness Environ Med*. 2023 Dec;34(4):553-7. DOI: 10.1016/j.wem.2023.07.009.

10 **Anderson ND, Shaner JL, Braunerker S, Potter LG. Regional Anesthesia in the Austere Environment: Lessons Learned from Current Out-of-Hospital Practice. *Wilderness Environ Med*. 2024 Jun;35(2):234-42. DOI: 10.1177/10806032241231257.

11 Société française d'anesthésie et de réanimation, Samu de France, Société francophone de médecine d'urgence. Pratique des anesthésies locales et locorégionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation, dans le cadre des urgences. *Ann Fr*

Anesth Reanim. 2004 Mar;23(2):167-76. DOI: 10.1016/j.annfar.2003.12.004.

12 *Celi J, Fehlmann CA, Rutschmann OT, et al. Learning process of ultrasound-guided ilio-fascial compartment block on a simulator: a feasibility study. *Int J Emerg Med*. 2020 Nov 30;13(1):57. DOI: 10.1186/s12245-020-00317-6.

13 Oliva MR, Ruiz JLS, Hernández MJL. Spinal anesthesia in the out-of-hospital setting: a case report. *Rev Esp Urg Emerg*. 2026;5:149-51.

14 Buckenmaier C, Mcknight G, Winkley J, et al. Continuous peripheral nerve block for battlefield anesthesia and evacuation. *Reg Anesth Pain Med*. 2005 Mar-Apr;30(2):202-5. DOI: 10.1016/j.rapm.2004.10.005.

15 Pasquier M, Ruffinen GZ, Brugger H, Brugger H, Paal P. Pre-hospital wrist block for digital frostbite injuries. *High Alt Med Biol*. 2012 Mar;13(1):65-6. DOI: 10.1089/ham.2011.1072.

16 De Simone B, Chouillard E, Podda M, et al. The 2023 WSES guidelines on the management of trauma in elderly and frail patients. *World J Emerg Surg*. 2024 May 31;19(1):18. DOI: 10.1186/s13017-024-00537-8.

17 Kietabli S, Ferrandis R, Godier A, et al. Regional anaesthesia in patients on antithrombotic drugs: Joint ESAIC/ESRA

guidelines. *Eur J Anaesthesiol*. 2022 Feb 1;39(2):100-32. DOI: 10.1097/EJA.0000000000001600.

18 Minville V, Gozlan C, Asehnoun K, et al. Fascia-iliaca compartment block for femoral bone fracture in prehospital medicine in a 6-yr-old child. *Eur J Anaesthesiol*. 2006 Aug;23(8):715-6. DOI: 10.1017/S0265021506271126.

19 *Marguerat D, Draenert C, Fournier Y. POCUS aux urgences: quelques applications en lien avec le système nerveux. *Rev Med Suisse*. 2024 Aug 21;20(883):1409-13. DOI: 10.53738/revmed.2024.20.883.1409.

20 De Valence T, Suppan L. In reply to Dr Mohanty et al. *Wilderness Environ Med*. 2024 Jun;35(2):245-6. DOI: 10.1177/10806032241230254.

21 Gaik C, Macfarlane A.J., Moka, E. et al. Expert perspectives on the requirements for implementing prehospital peripheral nerve blocks: a survey among members of the European Society of Regional Anaesthesia (ESRA). *BMC Anesthesiol* 26, 425 (2026). <https://doi.org/10.1186/s12871-026-04093-3>

* à lire

** à lire absolument

REVUE MÉDICALE SUISSE

ABONNEMENT ANNUEL
100% NUMÉRIQUE
À PARTIR DE
CHF 180.00

En tant qu'abonné à la Revue Médicale Suisse bénéficiez d'un accès privilégié à des contenus spécialement conçus pour les médecins de premier recours, mais aussi pour les spécialistes des diverses disciplines médicales :

- 43 numéros par année
- Un site internet de référence
- Des archives accessibles jusqu'en 2001
- Des infographies patients
- Une newsletter hebdomadaire
- Une chaîne YouTube dédiée à la formation continue
- Des événements accrédités par les sociétés de spécialité
- Une application mobile



PLUS D'INFORMATIONS SUR NOS FORMULES
D'ABONNEMENT SUR :
REVME.D.CH



LU POUR VOUS Fatigue décisionnelle clinique: comment la définir et mieux la comprendre

La fatigue décisionnelle (FD) désigne une altération temporaire des capacités cognitives et émotionnelles, potentiellement associée à des erreurs médicales. Une publication récente a investigué sa définition, les facteurs déterminants et les critères de jugement chez les médecins, à travers une revue systématique et exploratoire avec une méta-synthèse de 43 publications. Les disciplines de

médecine interne hospitalière et de médecine générale et de famille (29%) étaient les plus représentées. La revue montre l'absence d'une définition consensuelle et d'outil standardisé de mesure. Dans les principaux facteurs de risque se trouvent la surcharge de travail, la pression temporelle, le manque de sommeil, l'incertitude diagnostique, les conflits éthiques et les environnements organisa-

tionnels dysfonctionnels, ainsi que le fait d'être médecin-assistant et femme. Parmi les facteurs protecteurs se trouvent le soutien institutionnel, le travail en équipe, l'expérience clinique, les compétences communicationnelles, les stratégies de coping et la qualité du sommeil. Concernant les critères de jugement, la FD semble favoriser, parmi d'autres, les biais cognitifs, les décisions impulsives et une moindre adhésion aux recommandations cliniques. Il existe aussi un potentiel impact de la FD sur la qualité des soins, et elle serait une source de détresse émotionnelle chez les médecins.

Commentaire: les auteurs proposent une définition de «FD clinique» comme étant le «processus cognitif et motivationnel multifactoriel altérant la capacité décisionnelle du médecin et augmentant le risque d'erreurs

dans les soins». Partant de leur proposition de modèle théorique pour la FD, ils espèrent pouvoir contribuer à de futures recherches, ainsi qu'à l'implémentation de mesures préventives, tant dans la formation que dans la pratique clinique des médecins.

Dr David Velez

Unisanté, Lausanne

Coordination: Dr Alexandre Gouveia

Unisanté, Lausanne

(alexandre.gouveia@unisante.ch)

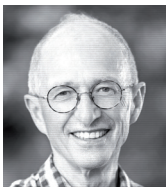
Grignoli N, Manoni G, Gianini J, et al. Clinical decision fatigue: a systematic and scoping review with meta-synthesis. *Fam Med Community Health*. 2025 Feb 8;13(1):e003033. DOI: 10.1136/fmch-2024-003033.



© gettyimages/skynesher

CARTE BLANCHE

THÉRÈSE-AUX-CHATS



Dr François Pilet

Chemin d'Outé 3
1896 Vouvry
francoispilet@vouvry-med.ch

Treize

Treize pour Thérèse. Treize chats! Dans le village, on l'appelait Thérèse-aux-chats. Elle habitait une vieille maison mitoyenne en haut d'un escalier étroit devenu dangereux pour elle et ne sortait plus guère. Cassée en deux par une colonne dans un misérable état, elle avait l'air d'une vieille sorcière. Elle marchait difficilement en s'appuyant sur un long bâton.

Je faisais partie des rares personnes qui entraient chez elle. On ne lui connaissait plus de famille et le service social, alerté par des voisins inquiets, prenait soin d'elle, discrètement, de manière la moins intrusive possible, juste pour s'assurer que ses besoins minimaux étaient couverts.

Thérèse n'avait pas le téléphone. Une voisine lui faisait les courses et le facteur lui apportait son AVS qui devait s'empiler sous un matelas. C'est l'infirmière du CMS qui m'avait sollicité en raison d'un ulcère de jambe. Les ulcères ont cet avantage de s'éterniser et de donner ainsi aux soignants une bonne raison de passer régulièrement. Je ne sais pas qui de nous deux était le renard ou le Petit Prince, mais nous nous étions apprivoisés prudemment. Quant aux chats, très sauvages, ils demeuraient hors d'atteinte...

Lorsque j'arrivais, je trouvais souvent Thérèse affairée autour de sa vieille cuisinière à bois sur laquelle ronronnait en permanence une cafetière contenant un breuvage qu'elle ne m'a heureusement jamais offert. Je la voyais s'en servir une tasse et entreprendre l'interminable déplacement jusqu'à sa table de cuisine, toujours son bâton indispensable dans l'autre main.

Lorsqu'enfin elle était arrivée et pouvait se renverser sur sa chaise dans un gros soupir, après avoir déposé sa tasse sur la table en bois, elle s'exclamait sur le ton de la résignation: «Quand j'arrive, il est froid!» Les vieux aiment le café brûlant.

I have a dream

De belles maisons de santé ont été créées depuis une décennie



© gettyimages/shaunl

à plusieurs endroits du Valais, dans un esprit interprofessionnel. Ces structures permettent de prendre soin de la population de grands territoires, parfois de plusieurs vallées. Leur rôle en santé primaire est essentiel. I have a dream. Je rêve que les jeunes collègues, motivés et compétents, étendent cette expérience de médecine communautaire vers le domicile des personnes âgées. Que ces collègues retrouvent le plaisir et le bienfait des visites, et pas seulement en urgence, en collaboration avec les équipes des

CMS qui sont en première ligne. Afin de ne pas continuer à déplacer des dizaines de personnes à mobilité réduite vers les maisons de santé, juste pour le suivi nécessaire de ces patient-es du grand âge. Alors qu'en une tournée, l'infirmière et le médecin, chacun au rythme guidé par son rôle, peuvent visiter une bonne partie de la vallée. Cette médecine gériatrique à domicile est efficace, bien meilleure en prévention primaire, secondaire et tertiaire et augmente clairement notre

qualité de vie professionnelle de médecin de famille par le rythme différent qu'elle offre aux demi-journées qui y sont consacrées. Je parle en connaissance de cause pour l'avoir pratiquée pendant bien des années. Les consultations gériatriques dans nos cabinets aseptisés manquent cruellement d'informations sensorielles, de photos accrochées aux murs ou trônant sur un vieux piano, des odeurs de café recuit et du ronronnement des chats qui ne sont pas tous sauvages.

On me dira que Tardoc ne va vraiment pas dans ce sens. Mais le système tarifaire évoluera et ne résistera pas à un projet pilote bien conduit. On finira bien par développer un modèle de santé fondé sur les besoins plutôt que sur la tarification de l'offre... ne croyez-vous pas! Et peut-être même que l'expérience tentera nos plaines et nos villes. Réenchanter notre métier, ça commence par retrouver notre capacité de rêver, non?

ZOOM

Le romiplostim efficace contre la thrombopénie induite par la chimiothérapie?

La thrombopénie induite par la chimiothérapie (CIT) (plaquettes < 100 G/l) est une complication fréquente des chimiothérapies myélosuppressives. Elle expose à un risque hémorragique qui nécessite une diminution de la dose impactant potentiellement l'efficacité du traitement. À ce jour, aucune stratégie standardisée n'est approuvée pour prévenir ou traiter la CIT et la prise en charge repose essentiellement sur l'adaptation ou la mise en suspens des schémas de chimiothérapie. Le romiplostim, agoniste du récepteur de la thrombopoïétine, pourrait permettre de maintenir des taux plaquettaires suffisants pour éviter les modifications de traitement.

Méthode: essai de phase 3, international (55 sites dans 14 pays), randomisé et en double aveugle, comparant le romiplostim au placebo. Population: 165 adultes avec CIT persistante (plaquettes $\leq$ 85 G/l) sous chimiothérapie à base d'oxaliplatine pour traiter des cancers gastro-intestinaux à n'importe quel stade ou ligne de traitement, malgré un temps suffisant ($\geq$ 14 jours) pour récupérer du nadir du cycle précédent. Exclusions: toute thrombopénie non liée à la chimiothérapie, hémoglobine < 80 g/l, neutrophiles < 1 G/l, historique de cancer hématologique ou de thrombose artérielle. Intervention: romiplostim vs placebo (randomisation 2:1) administré pendant les cycles 2 et 3 de la chimiothérapie. Issue primaire: absence de modification de la dose de chimiothérapie liée à la CIT (réduction, délai, omission ou arrêt) durant les cycles 2 et 3. Issues secondaires: paramètres plaquettaires (nadir, délai et durée

de réponse), transfusions plaquettaires et effets secondaires.

Résultats: parmi les 165 adultes (75% de cancer colorectal), la poursuite de la chimiothérapie comme prévu était significativement plus fréquente sous romiplostim que sous placebo (84 vs 36%; $p < 0,001$). Par ailleurs, les nadirs plaquettaires médians étaient moins marqués sous romiplostim (87 vs 58 G/l; $p = 0,005$). De plus, le délai médian de réponse plaquettaire (plaquettes > 100 G/l sans transfusion dans les 7 jours précédents) était plus court sous romiplostim que sous placebo (1,1 semaine vs 2,1 semaines; HR 2,67). À noter, l'absence de différence significative concernant la fréquence des transfusions plaquettaires et les effets indésirables de la chimiothérapie entre les 2 groupes (par exemple, nausées, céphalées, événements thromboemboliques).

Discussion et interprétation: cette étude montre que le romiplostim



© gettyimages/P. Wei

plolistim diminue de manière significative la survenue de CIT et permet de maintenir l'intensité de la chimiothérapie, un facteur clé du pronostic oncologique. L'effet observé est cohérent avec le mécanisme d'action du médicament et se traduit par des bénéfices cliniquement pertinents (moins de modifications de traitement, meilleure continuité des cycles). Points forts: design robuste (randomisé, double aveugle), cohorte internationale représentative des patients avec des cancers gastro-intestinaux sous traitement d'oxaliplatine, critère primaire cliniquement pertinent. Limitations: effectif modeste, durée de suivi limitée à la période d'intervention, absence de données sur les issues oncologiques (survie, progression tumorale). De plus, la population sélectionnée ne permet pas de généraliser aux autres cancers. **Conclusion:** chez des patients

présentant une thrombopénie induite par la chimiothérapie, le romiplostim permet de réduire significativement les modifications de traitement et d'améliorer les paramètres plaquettaires, sans signal de toxicité majeur. Ces résultats suggèrent qu'il s'agit d'une option thérapeutique prometteuse pour optimiser l'intensité des traitements oncologiques, nécessitant toutefois une confirmation sur les réels bénéfices à long terme.

Dr Frédéric Naef

Avec la collaboration du groupe

MIAjour, Service de médecine interne, Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne

Al-Samkari H. Romiplostim versus placebo for chemotherapy-induced thrombocytopenia. *New Engl J Med*, 2026 Mar 12;394(11):1061-73. DOI: 10.1056/NEJMoa2511882

POINT DE VUE

Urgences: et si le pilote écoutait la musique?

En avril 2026, la Haute autorité de santé a publié un référentiel de compétences en facteurs humains en santé. Il repose sur un principe simple: la qualité et la sécurité des soins ne dépendent pas seulement des compétences techniques, mais aussi de la façon dont les professionnels communiquent, interagissent et décident ensemble. L'enjeu est de renforcer ces compétences dites «non techniques» (CNT) et, avec elles, la culture de sécurité des organisations de santé.¹

Cette réflexion prolonge un mouvement engagé il y a plus de 20 ans. En 1999, le rapport *To Err is Human* de l'Institute of Medicine révélait l'ampleur de la mortalité hospitalière évitable en l'attribuant non pas à des fautes individuelles, mais à des défaillances organisationnelles.² Il estimait qu'elle dépassait celles liées aux accidents de la route, au cancer du sein ou au sida, trois causes qui retenaient, alors, bien davantage l'attention du public. Il plaçait pour la première fois la sécurité du patient au cœur des préoccupations institutionnelles.

Depuis, la santé cherche à renforcer la sécurité des soins en s'inspirant notamment de pratiques issues de l'aviation. Les CNT des pilotes, au cœur du concept de Crew Resource Management, se sont développées dès les années 1980 à la suite de plusieurs accidents attribués à des défaillances de communication, de coordination et de prise de décision.³ Elles visent à renforcer la conscience situationnelle, à prévenir ou récupérer des erreurs avant qu'elles n'aient des conséquences (accident ou événement indésirable grave). Cette approche a donné naissance à des outils aujourd'hui familiers en santé: briefings, débriefings, check-lists, communication structurée et simulation.

Adoptés dans les secteurs de soins critiques, ces concepts trouvent aux urgences un terrain exigeant: prise en charge de détresses vitales en quelques minutes, interruptions de tâches, bruit, pression temporelle, données incomplètes et flux de patients importants de jour comme de nuit. Le risque d'erreur est élevé.⁴ Les CNT y occupent une place centrale. Elles contribuent à améliorer la

communication et la coordination interprofessionnelles.

La transposition a toutefois ses limites. À la différence du cockpit (équipage stable, interchangeable, assis, environnement hautement standardisé), les urgences reposent sur des équipes en recombinaison permanente, confrontées à l'incertitude diagnostique et à de fortes contraintes organisationnelles (notamment sur le plan des ressources). Les émotions et les signaux non verbaux pèsent sur la coordination.⁵

De nouveaux modèles, inspirés de la musique, viennent compléter l'analogie aéronautique.⁶ L'improvisation d'un ensemble de jazz en offre l'image la plus parlante: la performance des musiciens se construit en temps réel. Chacun interprète simultanément une quantité d'informations, priorise, s'adapte à l'imprévu. Le résultat est chaque fois différent. Une compréhension

partagée émerge de signaux ambigus, sans plan préétabli.⁷ Là où l'aviation a importé une logique de standardisation et de barrières, ce qu'Erik Hollnagel nomme la *Safety-I*, la métaphore musicale déplace le regard vers la *Safety-II*: la capacité d'un collectif à rester performant dans la variabilité, c'est-à-dire par sa résilience.^{8,9}

Transposés à la médecine d'urgence, notamment par la simulation, ces principes mettent l'accent sur l'écoute, l'anticipation et la synchronisation, y compris dans le langage non-verbal et les silences des phases critiques.¹⁰ Comme des musiciens, les soignants ajustent en continu leur action à celle des autres. La qualité de cette «écoute collective» (qui parle, qui regarde, qui reprend le rythme) commence à se prêter à une mesure objective, ouvrant la voie à une détection précoce des ruptures de coordination.¹¹

Ces approches valorisent la présence, l'écoute et la gestion des émotions. Elles défendent un leadership plus participatif, où la qualité de l'écoute devient un levier de performance collective. Il ne s'agit plus seulement de piloter l'avion: il faut aussi écouter la musique.

**LA QUALITÉ
DE L'ÉCOUTE
DEVIENT UN
LEVIER DE
PERFORMANCE
COLLECTIVE**

1 Haute Autorité de Santé. Référentiel de compétences en facteurs humains au service de la qualité et la sécurité des soins (compétences non techniques). Avril 2026.

2 Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington (DC): National Academies Press; 2000.

3 Jaulin F, Fuzier R. Facteurs humains en santé: des clés pour améliorer la sécurité des patients... et la vôtre. Arnette; 2023.

4 Freund Y, Rousseau A, Berard L, et al. Cross-checking to reduce adverse events resulting from medical errors in the emergency department (CHARMED). *BMC Emerg Med*. 2015;15:21.

5 Lee H, Woodward-Kron R, Merry A, Weller J. Emotions and team communication in the operating room: a scoping review. *Med Educ Online*. 2023;28.

6 Rarani SA. Orchestra: a reflective model for harmonized surgical team communication. *Perioper Med (Lond)*. 2025;14(1):74.

7 Goupil L, Johansson P, Hall L, Aucouturier JJ. Vocal signals only impact speakers' own emotions when they are self-attributed. *Conscious Cogn*. 2021 Feb;88:103072.

8 Hollnagel E. *Safety-I and Safety-II: The Past and Future of Safety Management*. Farnham: Ashgate, 2014.

9 Glowinski D, Bracco F, Chiorri C, Grandjean D. Music ensemble as a resilient system: managing the unexpected through group interaction. *Front Psychol*. 2016;7:1548.

10 Larsen T, Beier-Holgersen R, Dieckmann P, Østergaard D. Conducting the emergency team: a novel way to train the team-leader for emergencies. *Heliyon*. 2018;4(9):e00791.

11 Glowinski D, Buchheit F, Badier E, et al. Innovative sensor-based technology and measurement solution for interprofessional simulation in crisis resource management. *Simul Healthc*. 2025;20(4):250-8.

DR THOMAS SCHMUTZ

Service des urgences
Ensemble hospitalier de la Côte – 1110 Morges
thomas.schmutz@ehc.vd.ch

DR SYLVAIN BENENATI

Service des urgences
Centre hospitalier universitaire de Nîmes – France
benenats@gmail.com

DR FRANÇOIS JAULIN DR SYLVAIN BENENATI

Facteurs Humains en Santé (FHS) – France
dr.francois.jaulin@gmail.com

PR DONALD GLOWINSKI

Institut et Haute école de la santé La Source
1004 Lausanne
d.glowinski@ecolelasource.ch

Vieillir en santé après 65 ans: le rôle de la médecine de premier recours?

Dre SABRINA STORNELLI^{a,*}, Dre DONATIENNE BOURCERET^{a,*}, Dre AURÉLIE TAHAR^b,
Dr CÉDRIC GILLABERT^c, Pr CHRISTOPHE GRAF^b et Dr THIBAUD MORLAN^a

Rev Med Suisse 2026; 22: 1-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.976.e49143

En Suisse comme ailleurs, l'espérance de vie augmente, mais ces années supplémentaires ne sont pas toujours vécues en bonne santé. L'écart entre espérance de vie à la naissance et celle sans incapacité reste important, avec des différences selon le sexe, le niveau d'éducation et le contexte socioéconomique. Pour le médecin de premier recours, l'enjeu est d'identifier précocement les patients à risque de perte de fonctionnalité et d'autonomie. Cet article propose des repères pratiques pour dépister les principaux syndromes gériatriques, reconnaître les facteurs de risque modifiables et mettre en place des mesures visant à préserver les capacités intrinsèques et la qualité de vie des patients. Il s'appuie notamment sur l'approche ICOPE (Integrated Care for Older People) de l'OMS et sur les recommandations suisses disponibles.

Promoting healthy ageing after 65: the role of primary care

In Switzerland, as elsewhere, life expectancy is increasing, but these additional years are not always lived in good health. The gap between life expectancy at birth and disability-free life expectancy remains substantial, with inequalities related to sex, education and socioeconomic context. For primary care physicians, the challenge is to identify patients at risk of functional decline and loss of autonomy at an early stage. This article offers practical guidance to screen for the main geriatric syndromes, recognize modifiable risk factors and implement measures aimed at preserving intrinsic capacity and quality of life. It is based in particular on the WHO ICOPE (Integrated Care for Older People) approach and on available Swiss recommendations.

NOUVEAUTÉS

L'OMS, à travers son programme ICOPE (Integrated Care for Older People), propose une approche centrée sur la prévention du déclin fonctionnel et le maintien des capacités intrinsèques et de l'autonomie. Elle définit les capacités intrinsèques comme l'ensemble des ressources physiques et mentales mobilisables par une personne à un moment donné, incluant notamment la mobilité, la cognition, les fonctions sensorielles, la vitalité/nutrition et l'équilibre psychosocial. En se

limitant au dépistage des facteurs de risque de maladies chroniques ou à celui de certaines pathologies spécifiques, le médecin de premier recours s'expose au risque de négliger des déclin de capacités, pourtant fréquents, dont l'étiologie est le plus souvent multifactorielle. Le rôle du médecin de premier recours est de prévenir ou de ralentir le déclin fonctionnel menaçant l'autonomie.¹

L'édition ICOPE 2024 rend cette approche plus opérationnelle pour la médecine de premier recours: repérer simplement, cibler les domaines atteints, individualiser les mesures et réévaluer. Il ne s'agit pas d'une évaluation gériatrique standardisée complète à chaque consultation, mais d'initier et de coordonner une démarche adaptée. Chez le généraliste, un repérage bref peut déjà déclencher des mesures utiles sans attendre un avis spécialisé ou un bilan exhaustif.^{1,2} L'ICOPE propose alors une évaluation de base qui repose sur des questions et tests simples utilisables en routine clinique. Par exemple, il n'est pas recommandé d'effectuer un dépistage de masse pour les troubles cognitifs, mais un repérage ciblé chez les patients présentant des drapeaux rouges, de préférence à l'aide du MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ou du MMSE (Mini-Mental State Examination) combiné au test de l'horloge. Des recommandations concernant les différentes pathologies liées à la démence ont été publiées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et mises à jour en 2024 afin d'aider au diagnostic et à la prise en charge précoce de ces maladies. Les recommandations Swiss Memory Clinics, mises à jour en 2024, précisent les étapes du diagnostic des troubles cognitifs en Suisse.^{1,3}

Au niveau cantonal, le projet Vieillessement en santé (VieSA) a été développé à Genève par différents acteurs de santé, notamment l'Institution de maintien à domicile (IMAD), les HUG et la Haute école suisse.⁴ Ce projet est basé principalement sur l'outil ICOPE avec la même approche de dépistage des incapacités fonctionnelles et de mise en place de mesures adaptées et personnalisées. Il se caractérise par la mise en avant d'un engagement actif des personnes âgées dans le vieillissement en santé et les guides publiés dans ce cadre offrent des repères pratiques pour les accompagner, ainsi que les professionnels, dans le maintien de l'autonomie. D'autres cantons romands ont développé des programmes similaires. Le Canton de Vaud a inscrit le vieillissement en santé dans sa politique cantonale nommée «Vieillir2030» qui inclut un projet pilote d'interprofessionnalité en médecine de premier recours porté par l'Ensemble Hospitalier de la Côte. Fribourg, le Valais et Neuchâtel ont chacun un programme d'action cantonal dédié aux personnes âgées, soutenu par Promotion Santé Suisse.⁵⁻⁷

^aMédecine ambulatoire, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^bService de Gériatrie et de Réadaptation, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, ^cCentre Médical de Lancy, Route de Chancy 59C, 1213 Petit-Lancy
sabrina.stornelli@hug.ch | donatienne.bourceret@hug.ch | aurelie.tahar@hug.ch
cedric.gillabert@unige.ch | christophe.graf@hug.ch | thibaud.morlan@hug.ch

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

REVUE 2026

Mobilité et risque de chute

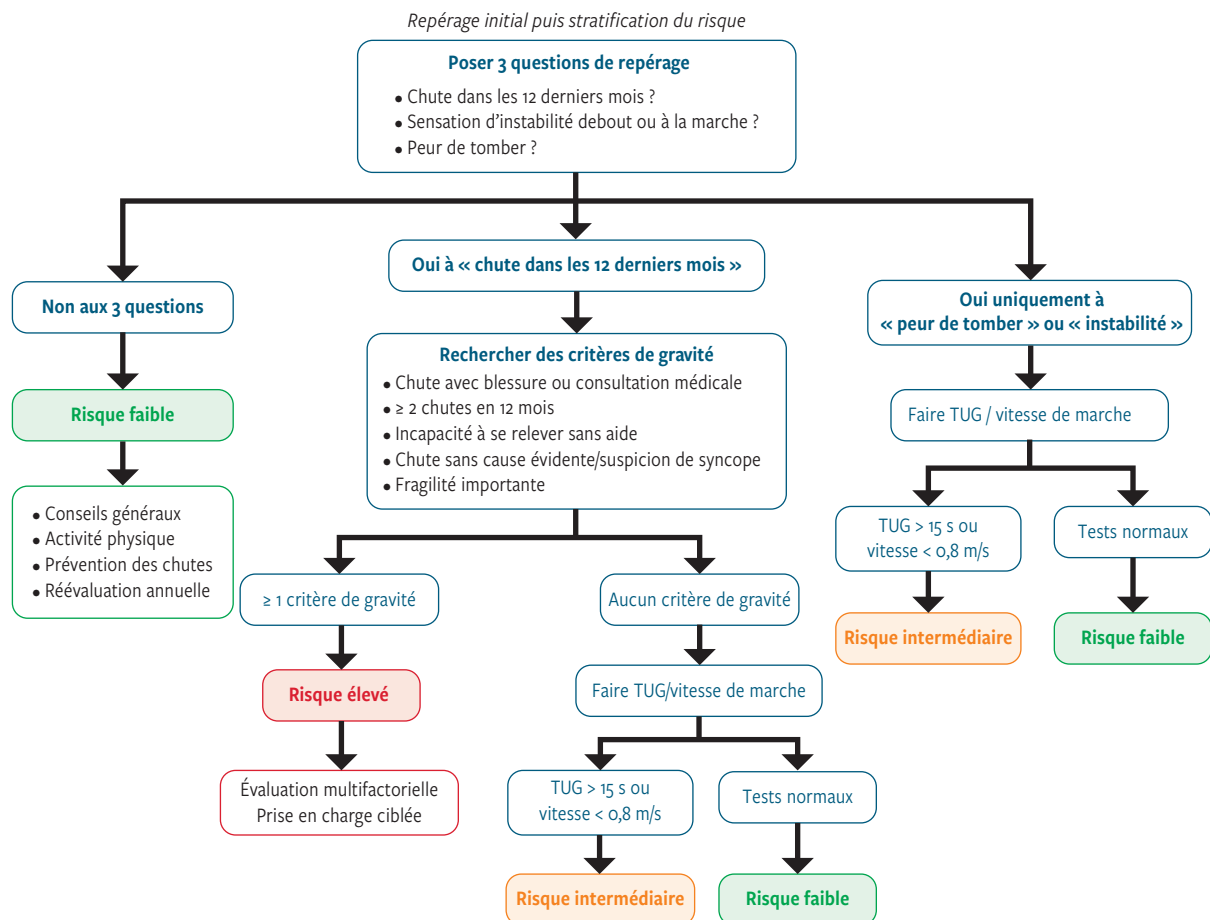
La prévention des chutes a longtemps reposé sur une évaluation réservée aux situations déjà compliquées. Aujourd'hui un repérage précoce en soins primaires est privilégié, avec des mesures ciblées sur la préservation des capacités intrinsèques. Les chutes sont un marqueur clinique de fragilité et peuvent signaler un déclin global, souvent multifactoriel. Elles augmentent le risque d'hospitalisation, de perte fonctionnelle, d'institutionnalisation et de mortalité.⁸ Trois questions simples permettent de repérer les patients à risque: une chute dans l'année écoulée, la peur de tomber et la sensation d'instabilité à la marche ou en position debout. La stratification repose ensuite sur la gravité de la chute, la répétition des chutes, la capacité à se relever, l'existence d'une cause évidente, la fragilité et, en cas de doute, sur des tests comme le Timed Up and Go test (TUG), la vitesse de marche ou le Short Physical Performance Battery (SPPB), comme résumé dans la **figure 1**.⁸ Un risque élevé doit faire rechercher des causes réversibles, notamment médicamenteuses, sensorielles, nutritionnelles, musculaires, orthostatiques ou environnementales, et guider des mesures ciblées.⁸

Cognition

La mise à jour récente des recommandations sur le repérage des troubles cognitifs confirme l'intérêt d'une identification précoce des situations à risque, plutôt qu'un dépistage généralisé. Les troubles cognitifs sont fréquents, sous-diagnostiqués et ont un impact majeur sur l'autonomie, la sécurité et la gestion du quotidien.^{1,3} Les recommandations suisses les plus récentes ne préconisent pas de dépistage systématique en population âgée, mais un repérage ciblé devant des drapeaux rouges: plaintes mnésiques, inquiétude de l'entourage, erreurs répétées dans la prise des traitements ou les rendez-vous, difficultés nouvelles dans la gestion administrative ou financière. Le MoCA,⁹ ou le MMSE¹⁰ associé au test de l'horloge, constituent des outils validés; leur réalisation requiert le plus souvent un temps de consultation dédié. L'hétéro-anamnèse et l'évaluation des activités de la vie quotidienne élémentaires (AVQ)¹¹ et instrumentales (AIVQ)¹²

FIG 1 Stratification du risque de chute au cabinet

TUG: Timed Up and Go test.



Message clé : une réponse positive aux 3 questions de repérage ne classe pas d'emblée le patient à haut risque ; elle déclenche la stratification

(Adaptée de réf.⁸).

TABEAU 1 Outils de repérage gériatrique en médecine de premier recours

Les six premiers domaines correspondent aux capacités intrinsèques de l'approche ICOPE et les domaines suivants complètent le repérage des vulnérabilités gériatriques associées à la perte d'autonomie.

AVQ: activités de la vie quotidienne élémentaires; AIVQ: activités instrumentales de la vie quotidienne; CRP: protéine C réactive; IEPA: immeuble avec encadrement pour personnes âgées; IMAD: institution des soins à domicile; FSS: formule sanguine simple; STOPP: Screening Tool of Older Persons' Prescriptions; START: Screening Tool to Alert to Right Treatment; TSH: Thyroïdostimuline hormone.

Domaine	Repérage en consultation	Outils de dépistage	Si anomalie: conduite à tenir
Mobilité, risque de chute	Trois questions de repérage du risque de chute: • Chute(s) récente(s) • Peur de tomber ou sensation d'instabilité • Difficulté à se lever, ralentissement de la marche	• Timed Up and Go test (TUG) ²³ • Short Physical Performance Battery (SPPB) ²⁴	• Rechercher et corriger les facteurs de risque réversibles: revoir traitements, troubles sensoriels, chaussage, incontinence urinaire, limiter consommation d'alcool, visite à domicile par ergothérapeute, aménagement et sécurisation du domicile, adapter le moyen auxiliaire • Exercice physique: multicomposants avec renforcement proprioceptif et musculaire sous supervision d'un professionnel (physiothérapeute, professeur d'activité adaptée) • Réadaptation ambulatoire (IMAD/Hôpital de Jour)
Cognition	Plaintes mnésiques- oublis, difficultés dans les AVQ/IAVQ (erreurs dans la prise des traitements, rendez-vous manqués, mauvaise gestion administrative avec accumulation de dettes), inquiétudes de l'entourage, changements comportementaux ou de l'humeur.	• Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ⁹ ou • Mini-Mental State Examination (MMSE) ¹⁰ + test de l'horloge	• ± Bilan neuropsychologique si doute sur atteinte cognitive • Bilan étiologique: – FSS, TSH, électrolytes, vitamines, CRP et bilan métabolique – Imagerie cérébrale structurale (IRM de préférence) • Et/ou orientation à un médecin spécialiste ou centre de la mémoire • Anticipation du projet de soin et vie (Directives anticipées/ Plan de soin anticipé)
Thymie	Repli sur soi, tristesse, anxiété, perte d'élan vital, plaintes somatiques ou cognitives inexpliquées	Entretien clinique, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), ²⁵ Mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS) ²⁶	Évaluation clinique approfondie, prise en charge psychologique/psychiatrique, lutter contre l'isolement social et comorbidités associées, traitement médicamenteux si indiqué
Nutrition	Perte de poids involontaire, baisse d'appétit, fatigue, difficulté à se lever d'une chaise ou à monter des escaliers, difficultés à faire les courses ou à cuisiner, repas irréguliers, isolement	• Poids/évolution pondérale, indice de masse corporelle, • Mini Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) ¹⁴	• Confirmation du diagnostic selon critères de GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition) si dépistage positif • Rechercher étiologie (bucco-dentaire, dysphagie, pathologies intercurrentes), ± enrichissement alimentaire, suivi diététique, aide à domicile.
Vision	• Votre vision a-t-elle diminué et cela affecte-t-il votre vie quotidienne? • Difficulté à lire, vision floue ou déformée, éblouissement à la lumière, à reconnaître les visages, à se déplacer dans la pénombre	• Examen clinique avec recherche d'altération du champ visuel • L'acuité visuelle de loin et de près se mesure par les échelles optométriques usuelles, décrites dans les ouvrages de référence en ophtalmologie; la grille d'Amsler permet un dépistage rapide de la dégénérescence maculaire liée à l'âge ²⁷	Vérification lunettes, orientation optométriste/ophtalmologue, adaptation environnementale
Audition	• «Avez-vous des problèmes d'audition (même avec appareil)?» • Difficultés à suivre les conversations, hausse du volume TV, isolement, malentendus	• Otoscopie • Test de la voix chuchotée ²⁸ • Épreuve au diapason (tests de Rinne et Weber) ²⁹	Orientation ORL/audioprothésiste, appareillage si indiqué
Fragilité	Fatigabilité, ralentissement, perte de poids, baisse d'activité, récupération difficile après stress aigu, hospitalisations répétées	Clinical Frailty Scale (CFS) ³⁰	• Interventions multidomaines (exercice physique, nutrition adaptée, correction des troubles sensoriels, stimulation sociale et lutte contre l'isolement) • Avis gériatre si situation complexe
Polymédication	≥ 5 médicaments, vertiges, chutes, confusion, hypotension, iatrogénie	Revue complète des médicaments, critères STOPP/START ²² , recherche des interactions	Déprescription raisonnée, simplification du traitement, surveillance rapprochée, coordination pharmacien/soignants
AIVQ	Difficultés dans les AVQ/AIVQ (courses, repas, ménage, transport, finances, prise de traitements)	Échelle de Lawton (AIVQ) et de Katz (AVQ) ^{11,12}	Instaurer aides à domicile, + prise en charge des syndromes gériatriques identifiés (ergothérapie, adaptation environnement, soutien proche aidant, évaluation sociale)
Incontinence urinaire	Fuites, urgenterie, nycturie, protections, gêne sociale, chutes en allant aux toilettes	• Calendrier mictionnel, ³¹ • Questionnaire ICIQ (International Consultation Incontinence Questionnaire) ³²	• Rechercher infection, constipation, médicaments, diabète, obstacles fonctionnels. • Orientation uro/gynéco selon sévérité • Mesures comportementales, rééducation périnéale, adaptation traitements
Environnement social	Isolement, deuil, précarité, épuisement des proches, difficultés au domicile, manque de stimulation	Entretien ciblé, entretien avec les proches, fardeau de l'aidant avec la grille de Zarit ³³	• Evaluation sociale • Pro Senectute, foyer de jour, IEPA, soutien aux proches aidants

(Adapté des réf. 1,3,8,13,22).

complètent le bilan. En cas de suspicion confirmée, une revue médicamenteuse, un bilan biologique de première ligne et, en cas de dépistage d'une pathologie, une imagerie cérébrale ou un avis spécialisé, par exemple dans un centre de la mémoire, sont indiqués.³

Nutrition/vitalité

Longtemps cantonné au cadre hospitalier, le repérage de la dénutrition s'est étendu à la médecine ambulatoire, où il constitue désormais un enjeu à part entière. Le repérage précoce de la dénutrition est important en raison de son association avec une augmentation de la morbidité et du déclin fonctionnel.¹³ En consultation, le repérage repose d'abord sur des éléments simples de l'anamnèse et de l'examen clinique: perte pondérale involontaire, baisse de l'appétit, diminution des apports, fatigue, vêtements devenus trop larges ou indice de masse corporelle (IMC) bas. En présence de ces signaux d'alerte, un dépistage nutritionnel par MNA-SF (Mini Nutritional Assessment – Short Form)¹⁴ peut être réalisé; en cas de dépistage positif, les critères GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition)¹⁵ permettent de poser le diagnostic de dénutrition en associant au moins un critère phénotypique et un critère étiologique.^{13,15} Le rôle du repérage nutritionnel ne se limite pas à l'amélioration de la qualité de vie mais contribue également à améliorer le pronostic vital et fonctionnel.

Ces trois domaines ne doivent pas faire oublier les autres dimensions du vieillissement en santé: troubles sensoriels, humeur, isolement social, polymédication et environnement de vie. Leur intrication justifie une approche multidomaine. Par exemple, une chute peut révéler une dénutrition ou un trouble cognitif, tandis qu'une plainte mnésique peut être majorée par une dépression ou l'isolement social ou sensoriel (hypoacousie, trouble visuel).^{1,3,8}

Le contrôle des facteurs de risque cardiovasculaires (diabète, hypertension artérielle, dyslipidémie) reste associé à une meilleure survie et qualité de vie après 65 ans.^{1,16}

Le statut vaccinal doit être réévalué régulièrement afin de limiter les complications infectieuses, les hospitalisations et les décompensations de maladies chroniques. Chez la personne âgée, cela concerne notamment la grippe, le Covid-19, le pneumocoque, le zona et le virus respiratoire syncytial (VRS). Depuis le 1^{er} janvier 2026, les vaccinations recommandées chez la personne âgée selon le plan de vaccination suisse sont exemptées de franchise et prises en charge par l'assurance de base, à l'exception du vaccin contre le VRS chez l'adulte, qui n'est pas remboursé par l'assurance de base et n'est, pour cette raison, pas intégré au plan de vaccination actuel.¹⁷⁻¹⁹

Les dépistages oncologiques doivent être individualisés après 65 ans. La décision d'effectuer un dépistage dépend de l'espérance de vie, du temps nécessaire pour obtenir un bénéfice sur la mortalité, des comorbidités, des effets indésirables possibles, des préférences du patient et de l'impact attendu sur la qualité de vie.²⁰ Les recommandations suisses EviPrev rappellent ainsi que le dépistage du cancer colorectal est recommandé entre 50 et 75 ans, et qu'il n'est pas recommandé

de façon systématique entre 76 et 85 ans, où il peut néanmoins être proposé selon l'état de santé et l'espérance de vie.²¹

APPLICATION EN CABINET

La prévention en gériatrie privilégie désormais un repérage précoce des situations à risque et des mesures ciblées pour préserver les capacités intrinsèques. En cabinet, cette prévention repose sur des mesures simples et répétées: activité physique, alimentation suffisante, prévention des chutes, revue médicamenteuse, vaccinations, lien social et facteurs de risque cardiovasculaire.^{1,8,13,16} Un repérage bref, à l'aide d'outils simples résumés dans le **tableau 1**, permet d'explorer les principaux domaines des capacités intrinsèques et d'identifier les situations nécessitant une intervention coordonnée avec le patient et ses proches.^{1,3,22} Lorsque la situation est complexe, le recours à une équipe pluridisciplinaire, notamment en maison de santé, facilite la mise en œuvre et le suivi.¹⁰

LIMITATIONS ET PERSPECTIVES

En pratique, l'intégration de ce repérage en médecine de premier recours reste limitée par le temps disponible, la multiplicité des outils, l'évolution régulière des recommandations et les délais d'accès aux examens ou avis spécialisés. Les préférences du patient, ses capacités fonctionnelles, son contexte social et ses ressources influencent également la faisabilité des mesures proposées.¹

Le défi est donc d'intégrer ce repérage dans une consultation déjà dense, sans multiplier les évaluations inutiles. L'enjeu est de reconnaître rapidement les signaux d'alarme, de choisir les tests adaptés au contexte clinique et de s'appuyer, lorsque nécessaire, sur une approche multidisciplinaire incluant spécialistes, thérapeutes, réseau de soins, proches et aidants.^{1,3}

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 l'amélioration du texte et de la traduction en anglais. Ils ont validé la version finale de l'article.

Sous licence: CC BY-NC-ND, avec respect de l'embargo tel qu'indiqué sur revmed.ch (bit.ly/49yKwM5).

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Chez la personne âgée, il est utile de ne pas se limiter aux maladies, mais de rechercher aussi un début de déclin fonctionnel.
- En consultation de premier recours, ce repérage repose souvent sur des questions simples et quelques tests brefs.
- Une identification précoce permet de mettre en place des mesures adaptées pour maintenir l'autonomie le plus longtemps possible.

- 1 **World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care, 2nd ed [En ligne]. 22 septembre 2025. Disponible sur: www.who.int/publications/item/9789240103726
- 2 *Tavassoli N, de Souto Barreto P, Berbon C, et al. Implementation of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study. *Lancet Healthy Longev.* 2022 Jun;3(6):e394-e404. DOI: 10.1016/S2666-7568(22)00097-6.
- 3 **Office fédéral de la santé publique, Swiss Memory Clinics. Recommandations de diagnostic relatives à la démence: recommandations de Swiss Memory Clinics pour le diagnostic des troubles cognitifs, mise à jour 2024 [En ligne]. 10 septembre 2024. Disponible sur: www.swissmemoryclinics.ch/fr/developpement-de-qualite/normes-de-qualite/diagnostic/
- 4 *Perone N, Gillibert C, Van Leemput MC, et al. Projet pilote de maison de santé à Genève. *Rev Med Suisse.* 2023 May 10;19(826):906-10. DOI: 10.53738/REVMED.2023.19.826.906.
- 5 *Département de la santé et de l'action sociale du Canton de Vaud. Vieillir2030: la politique cantonale de la vieillesse [En ligne]. Lausanne: État de Vaud, 2024. Disponible sur: www.vd.ch/population/seniors/politique-cantonale-de-la-vieillesse
- 6 Ensemble hospitalier de la Côte. «Vieillir2030» – Le projet de l'EHC retenu par le canton de Vaud [En ligne]. 10 février 2024. Disponible sur: www.ehc-vd.ch/actualites/detail/vieillir-2030-le-projet-de-lehc-retenue-par-le-canton-de-vaud
- 7 Promotion Santé Suisse. Programmes d'action cantonaux: cantons participants [En ligne]. 2026. Disponible sur: <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/cantons-participants>
- 8 Haute Autorité de santé. Personnes âgées à risque de chute. Prescription d'activité physique. Synthèse [En ligne]. 28 mars 2024. Disponible sur: www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-04/synthese_aps_personnes_agees_a_risque_de_chute.pdf
- 9 Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc.* 2005 Apr;53(4):695-9. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.
- 10 Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975 Nov;12(3):189-98.
- 11 McCabe D. Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) [En ligne]. Disponible sur: https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_2.pdf
- 12 Coyne R. The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale [En ligne]. Disponible sur: https://hign.org/sites/default/files/2020-06/Try_This_General_Assessment_23.pdf
- 13 **Département fédéral de l'intérieur, Commission fédérale de l'alimentation. Nutrition et vieillissement. Management summary, recommandations et propositions de mesures issues du rapport de la Commission fédérale de l'alimentation COFA destinées à l'OSAV [En ligne]. 2018. Disponible sur: www.edi.admin.ch/dam/fr/sd-web/B7x4r8HCbpbl/ernaehrung-im-alter-summary-fr.pdf
- 14 Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutritional Assessment MNA® [En ligne]. Disponible sur: www.mna-elderly.com/forms/MNA_french.pdf
- 15 *Cederholm T, Jensen GL, Correia MITD, Gonzalez MC, Fukushima R, Higashiguchi T, et al. GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition – A consensus report from the global clinical nutrition community. *Clin Nutr.* févr 2019;38(1):1-9. doi:10.1016/j.clnu.2018.08.002.
- 16 World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of death [En ligne]. (consulté le 14 mars 2026). Disponible sur: www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghs-leading-causes-of-death
- 17 *Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2026 [En ligne]. Février 2026. Disponible sur: www.infovac.ch/fr/faq/documents-liens-utiles/plan-de-vaccination-suisse-2026-2/download
- 18 *Commission fédérale pour les vaccinations, Office fédéral de la santé publique. Recommandations pour la vaccination et l'immunisation contre le virus respiratoire syncytial (VRS) [En ligne]. 28 juillet 2025. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/ROJGfpeXE5Pp/fr_BAG_Bulletin_36-25_RSV_bf.pdf
- 19 Office fédéral de la santé publique. Nouvelles recommandations concernant la vaccination contre le zona (Herpes zoster): vaccin Shingrix® [En ligne]. 22 novembre 2021. Disponible sur: www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/cRwM5kqsEnif/impfempfehlung-herpes-zoster.pdf
- 20 *Brown MM, Adams CA, Halpert KD. Cancer Screening in Older Adults. *Am Fam Physician.* 2025 Dec;112(6):629-37.
- 21 **Unisanté. Recommandations EviPrev 2024 [En ligne]. 2024. Disponible sur: <https://eviprev.ch/wp-content/uploads/2024/03/Unisante-EviPrev-2024-FR-1.pdf>
- 22 *O'Mahony D, Cherubini A, Guite-ras AR, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 3. *Eur Geriatr Med.* 2023 Aug;14(4):625-32. DOI: 10.1007/s41999-023-00777-y.
- 23 Shirley Ryan AbilityLab. Timed Up and Go [En ligne]. Disponible sur: www.sralab.org/rehabilitation-measures/timed-and-go
- 24 Short Physical Performance Battery (SPPB). Assessing Physical Performance in the Older Patient [En ligne]. Disponible sur: www.nia.nih.gov/research/labs/leps/short-physical-performance-battery-sppb
- 25 Échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) [En ligne]. Disponible sur: https://palliativegeneve.ch/wp-content/uploads/2024/12/echelle_HADS.pdf
- 26 Clément, et al. Mini-GDS [En ligne]. Disponible sur: www.geriatrie-albi.com/mini-GDS.html
- 27 Hôpitaux universitaires de Genève. Le diagnostic de la dégénérescence maculaire liée à l'âge [En ligne]. Disponible sur: www.hug.ch/ophtalmologie/diagnostic-degenerescence-maculaire
- 28 Fondation Médéric Alzheimer. Repérer une surdité: comment avoir la puce à l'oreille? [En ligne]. 4 août 2020. Disponible sur: www.fondation-mederic-alzheimer.org/documentary_base/reperer-une-surdite-comment-avoir-la-puce-a-loreille/
- 29 Mudry A. L'acoumétrie [En ligne]. Otologie – L'oreille. Disponible sur: www.oreillemudry.ch/%E2%80%9999acoumetrie/
- 30 Abraham P, Courvoisier DS, Annweiler C, et al. Validation of the clinical frailty score (CFS) in French language [En ligne]. 2019. Disponible sur: https://geriatrie.be/media/2020/03/CFS_FR.pdf
- 31 Hôpitaux universitaires de Genève. Calendrier mictionnel. Pour étudier le fonctionnement de votre vessie [En ligne]. Mai 2018. Disponible sur: www.hug.ch/sites/interhug/files/documents/calendrier_mictionnel.pdf
- 32 Centre hospitalier universitaire de Nice. Service de chirurgie urologique, andrologie et de transplantation rénale. Questionnaire international sur l'incontinence = ICIQ [En ligne]. Disponible sur: imsru.fr/wp-content/uploads/2018/04/questionnaire-ICIQ.pdf
- 33 Work + Care. Inventaire du fardeau du proche aidant (ou Échelle de Zarit) [En ligne]. 2015. Disponible sur: info-workcare.ch/wp-content/uploads/2023/10/inventaire-du-fardeau-du-proche-aidant.pdf

* à lire

** à lire absolument

*Carlotta L. Schneider, Elisabeth
Hertenstein, Christoph Nissen*

144 pages

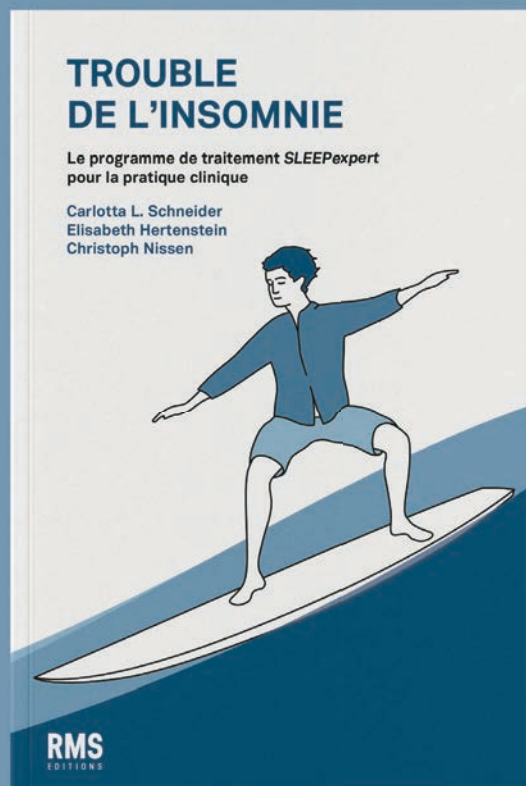
Format : 11,5 x 18 cm

Prix : CHF 20.- / 20€

ISBN : 9782880495862

© 2026

RMS
EDITIONS



TROUBLE DE L'INSOMNIE

LE PROGRAMME DE TRAITEMENT SLEEPExpert POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

La prévalence de l'insomnie est d'environ 5 à 10 % dans la population générale, et peut atteindre 30 % chez les patient-es suivi-es dans des contextes médicaux complexes.

Cet ouvrage propose une adaptation de la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (TCC-I), développée en collaboration avec des patient-es et des équipes soignantes, et permettant son application dans la pratique clinique quotidienne. Si selon les recommandations internationales la TCC-I constitue le traitement de première intention, elle n'est pas systématiquement mise en œuvre dans la pratique clinique courante, et la (sur)médication est fréquente, avec des risques d'effets secondaires et de dépendance. Cela s'explique notamment par la complexité de la TCC-I, qui la rend difficile à intégrer dans les soins de routine.

Le programme SLEEPexpert devrait contribuer à améliorer la prise en charge clinique des patient-es atteint-es de trouble de l'insomnie, ainsi qu'à renforcer la santé publique.

COMMANDE



BOUTIQUE.REVMED.CH

Je commande:

___ex. de TROUBLE DE L'INSOMNIE LE PROGRAMME DE TRAITEMENT
SLEEPExpert POUR LA PRATIQUE CLINIQUE

CHF 20.-/20 €

Frais de port: 3.- pour la Suisse (offerts dès 30.- d'achat);
autres pays: 5 €

En ligne: www.revmed.ch/livres

e-mail: commande@medhyg.ch

ou retourner ce coupon à:

RMS Editions | Médecine & Hygiène

CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

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

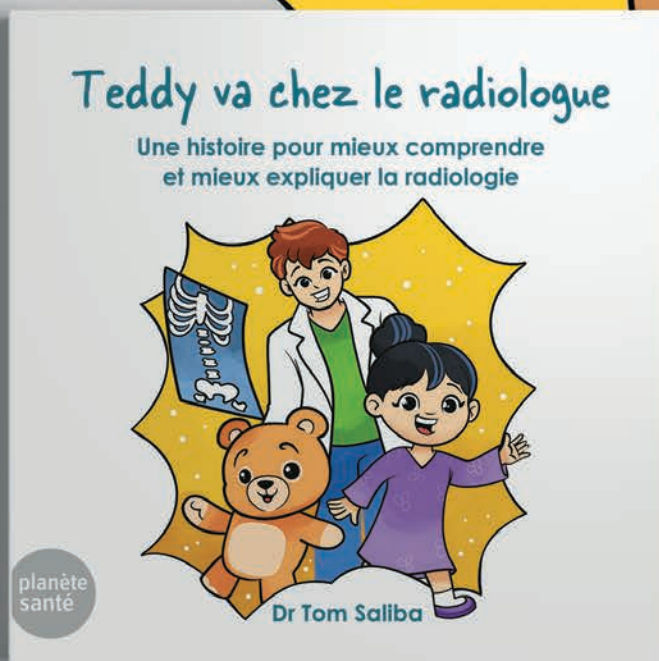
Date et signature

.....

Je désire une facture ☐

planète santé

Information santé
grand public



Pour commander :



REVMED.CH/LIVRES

Auteurs
Tom Saliba

Illustrations
Sandy Klorek

Prix
CHF 8.- / 8 €
40 pages
19 x 19 cm

ISBN 9782889411429
© 2026

Teddy va chez le radiologue

Une histoire pour mieux comprendre et mieux expliquer la radiologie

La visite chez le radiologue peut être impressionnante pour un enfant : de grosses machines, des bruits inhabituels et un examen dont il ne connaît pas toujours les tenants et le aboutissants.

Fort de son expérience en radiologie pédiatrique, le Dr Tom Saliba propose un livre simple, ludique et rassurant pour préparer les enfants – et leurs parents ! – à leur examen. Au fil des dialogues entre la petite Sofie, son ours en peluche Teddy qui a très mal au ventre, et le médecin, on découvre les quatre techniques d'imagerie médicale les plus courantes : l'échographie, les rayons X, le scanner et l'IRM.

Conseils et astuces accompagnent chaque étape pour répondre aux questions, apaiser les inquiétudes et aider petits et grands à vivre plus sereinement leur visite chez le radiologue.

En retournant ce coupon à Planète Santé
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

☐ Je m'abonne à la collection et reçois automatiquement
chaque ouvrage dès sa parution au prix préférentiel
de CHF 10.- / 8 € par ouvrage.

☐ Je commande :
___ **ex. Teddy va chez le radiologue**

Frais de port pour la Suisse : 3.-, offerts des 30.- d'achat Autres pays : 5 €

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par e-mail : commande@medhyg.ch / Internet : boutique.planetesante.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène