REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

4 novembre 2026

982

MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE

POUR UN SYSTÈME DE SANTÉ ANTIFRAGILE

Dépendances aux opioïdes: prise en charge coordonnée

Guide pour l'imagerie mammaire

Infections cutanées fréquentes

Insomnie et troubles dépressifs: phytothérapie

Constipation chronique

Antibiotiques et état confusionnel aigu

Volume 22, 1781-1824
ISSN 1660-9379 (Imprimé)
ISSN 3042-6782 (En ligne)

MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

smsr
Société médicale de la Suisse Romande

Carmenthin®

Huile de menthe poivrée WS® 1340 / Huile de cumin WS® 1520[1]

Soulage les symptômes
et améliore la qualité de vie.[1,3,4]

Crampes?

Douleurs?

Ballonnements?

Sensation de réplétion?



Admis aux caisses (LS)[2]

Sur ordonnance (Cat. remise B)[2]

2× par jour[1]

Information professionnelle abrégée Carmenthin®
C: 1 capsule molle gastrorésistante 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'éructations, 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.

07/2026

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

SCHWABE

Schwabe Pharma
From Nature. For Health.

RMS_00000179

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH
4 novembre 2026
982

MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE

1783 **ÉDITORIAL** Pour un système de santé antifragile. *A. Gouveia et C. Clair*

1786 Dépendances aux opioïdes: prise en charge coordonnée en soins de premier recours. *C. Rochat, L. Tintoré, B. Jaber, S. Du Pasquier, J. Berger et A. Gouveia*

1792 Imagerie mammaire: guide pour les médecins généralistes et gynécologues. *R. Hajri, M. De Rham, C. Bettaieb, C. Clair et C. Surchat*

1800 Infections cutanées fréquentes en médecine de premier recours. *C. Lavenex, C. Matsing, M.-L. Flammer et A. Gouveia*

1805 Phytothérapie dans la prise en charge de l'insomnie et des troubles dépressifs. *O. Boilley, N. Bordry, B. Graz, A.-L. Cavin, C. Berna et C. Clair*

1810 Prise en charge de la constipation chronique en médecine de premier recours. *N. Schwalm, C. Mauron et N. Grasset*

1785 Résumés des articles

QUALITÉ EN MÉDECINE

1817 5 minutes pour apprendre. Antibiotiques et état confusionnel aigu: une série de complications. *S. Salem et B. Favre*

QUIZ DERMATO

1820 Nodule brun ombilical. *C. Hsu*

ACTUALITÉ

1821 **Actu.** Il faudra bien mourir de quelque chose. *N. Senn*

1822 **Lu pour vous.** Cirrhose alcoolique: la recompensation est possible chez un patient sur trois. *S. Canonica et G. Grandmaison*

1822 **Carte blanche.** Le médecin du 21e siècle. *J. Colombé*

1823 **Zoom.** Un dépistage polygénique cardiovasculaire prêt pour la clinique. *B. Delabays*

TRIBUNE

1824 Après les canicules, sortir de l'apathie. *J. Martin*

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
Prépresse: 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

Maquette: Jennifer Preuler | Couverture: gettyimages/Grafik Lab
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.982

Imprimé en Suisse

Rachat dans la caisse de pension.

Toutes voiles dehors pour votre capital de prévoyance.



Chez Medpension, cotiser à la caisse de pension présente plein d'avantages. Le capital supplémentaire que vous versez vous permet de bénéficier de prestations de retraite plus élevées et se valorise bien grâce à une rémunération attractive. Parallèlement, vous bénéficiez d'allègements fiscaux.

- Taux supérieur à la moyenne – votre capital se valorise de manière attractive.
- Prestations plus élevées – une rente ou un capital plus important à la retraite.
- Profitez d'avantages fiscaux – les versements volontaires sont déductibles.
- Anticiper suffisamment tôt – être parfaitement préparé à la retraite.

vsao asmac
medpension
La prévoyance en bonnes mains.

40 JAHRE ANS

RMS_00000171

Pour un système de santé antifragile

Dr ALEXANDRE GOUVEIA et Pre CAROLE CLAIR

Rev Med Suisse 2026; 22: 1783-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.982.49439





Articles publiés sous la direction de

ALEXANDRE GOUVEIA

Département des policliniques Direction médicale Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne

École de formation postgraduée médicale, Faculté de biologie et médecine Université de Lausanne

CAROLE CLAIR

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

École de médecine, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne

Les systèmes de santé sont soumis à un nombre croissant d'enjeux qui les déstabilisent: pandémies, vieillissement de la population, pénurie de professionnel-les, migrations, changement climatique, émergence de nouvelles technologies, conflits géopolitiques... Les chocs sont multiples et souvent cumulatifs. À cela s'ajoutent des coûts qui progressent de façon vertigineuse et se reportent sur la population. Ces éléments fragilisent la «santé» de ces systèmes, avec un risque de décompensation, voire de rupture. Un pronostic pessimiste qui, en un cercle vicieux, aggrave encore le mal.

Plutôt que de baisser les bras, nous pouvons penser cette impasse autrement, en nous inspirant de l'épistémologie du risque. Dans sa série d'essais *Incerto*, et particulièrement dans *Antifragile*, Nassim Nicholas Taleb distingue ce qui est fragile, robuste et antifragile.[1] Le fragile se détériore lorsqu'il est soumis au stress. Le robuste y résiste et demeure essentiellement inchangé. L'antifragile possède une propriété supplémentaire: confronté à la variabilité, aux erreurs et aux perturbations, il s'adapte et en sort renforcé. Taleb ajoute une condition: l'antifragilité naît de la décentralisation et de la multiplication de petites expérimentations locales, dont les erreurs restent limitées et dont les réussites peuvent être généralisées.

Cette distinction est particulièrement pertinente pour les systèmes de santé. Depuis la pandémie de Covid-19, nous avons beaucoup parlé de résilience. Dans sa définition la plus large, celle qu'adoptent l'OMS et l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, la résilience inclut déjà la capacité de se transformer.[2] Mais dans l'usage courant, le mot a fini par désigner surtout la capacité de tenir bon, puis de retrouver, après chaque crise, le fonctionnement qui prévalait avant elle. Or, les chocs que nous avons décrits sont simultanés et souvent imprévisibles. Parler d'antifragilité a le mérite de forcer l'ambition: un système de santé durable ne devrait pas seulement résister aux crises, mais se transformer grâce à elles.

PARLER D'ANTIFRAGILITÉ A LE MÉRITE DE FORCER L'AMBITION

C'est ici que les soins de premier recours prennent une importance particulière. Leur proximité avec la population permet d'identifier rapidement l'évolution des besoins. Leur polyvalence permet d'adapter les réponses à des contextes différents. Leur continuité permet de repérer précocement les maladies chroniques et de les accompagner dans la durée. Leur implantation territoriale permet de répondre à des besoins qui fluctuent selon les populations, les géographies et le temps. Leur caractère interprofessionnel permet de distribuer et partager les tâches et les compétences lorsque les ressources deviennent rares. Enfin, leur organisation décentralisée, avec des milliers de cabinets, de centres et de réseaux qui décident au plus près du terrain, est précisément la structure que Taleb décrit comme propice à l'antifragilité. L'Observatoire européen identifie d'ailleurs les soins de santé primaires comme une composante fondamentale de systèmes de santé capables de répondre aux futurs chocs sanitaires.[3]

Les soins de premier recours sont, en ce sens, les muscles du système de santé. Un muscle immobilisé finit par s'atrophier. Sollicité progressivement et régulièrement, il développe sa capacité et s'adapte. Mais surchargé sans récupération, il se blesse. Pour la première ligne, la récupération désigne le temps protégé pour se former, réfléchir et se réorganiser, les

Bibliographie

1 – Taleb NN. Antifragile: Things That Gain from Disorder. New York: Random House; 2012.

2 – Thomas S, Sagan A, Larkin J, et al. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020. (Policy Brief; 36) [cité le 8 sept 2026]. Disponible sur: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-health-systems-resilience-key-concepts-and-strategies

3 – Rajan D, Ventura I, Amrhein C, Eichwalder S, editors. Strengthening primary health care as a foundation for resilient health systems [Internet]. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2023 [cité le 6 sept 2026]. Disponible sur: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/strengthening-primary-health-care-as-a-foundation-for-resilient-health-systems

effectifs suffisants pour absorber l'imprévu sans rupture et la marge organisationnelle qui autorise l'essai et l'erreur. L'antifragilité de la première ligne ne signifie donc pas lui demander de faire toujours plus avec toujours moins. Elle suppose au contraire de lui donner suffisamment de ressources pour transformer les contraintes en adaptation. Une première ligne antifragile doit pouvoir expérimenter, apprendre de ses erreurs, redistribuer rapidement ses ressources et adapter ses réponses aux besoins changeants des populations qu'elle dessert.

C'est là que devrait se situer une part bien plus importante de nos investissements futurs. Continuer à financer l'innovation qui permet de mieux traiter et parfois de guérir est indispensable. Mais investir dans une première ligne capable de prévenir, promouvoir la santé, coordonner, apprendre et s'adapter l'est tout autant. Face à un avenir que nous ne pouvons pas entièrement prévoir, notre ambition ne devrait plus être seulement de construire un système de santé suffisamment solide pour résister au prochain choc. Elle devrait être de construire un système capable d'en sortir meilleur.

Devenez membre de l'Association des Amis de la Revue Médicale Suisse

Association des Amis de la REVUE MÉDICALE SUISSE

La Revue Médicale Suisse est un acteur clé de l'information médicale indépendante pour les professionnels de santé francophones.

Les missions de l'Association :
- Soutien les activités de la Revue Médicale Suisse depuis 2018
- Renforce le lien entre les lecteurs et la rédaction
- Décerne un prix annuel à de jeunes auteur.es
- Encourage des formations professionnelles innovantes

Faites-nous part de vos idées ou souhaits au sujet de ce qui pourrait venir compléter la RMS : amis-revmed@medhyg.ch
- Pr Jacques Cornuz - *Président*
- Dre Elsa Gaillard - *Vice-Présidente*
- Dr Philippe Hungerbuhler - *Vice-Président*



Votre soutien est important, rejoignez nous !

www.revmed.ch/amis

Cotisation annuelle : CHF 50.- ; Pour les moins de 40 ans : CHF 20.-

RMS_00000101

Résumés

Rev Med Suisse 2026; 22: 1786-90

Dépendances aux opioïdes: prise en charge coordonnée en soins de premier recours

C. Rochat, L. Tintoré, B. Jaber, S. Du Pasquier, J. Berger et A. Gouveia

Les opioïdes sont efficaces contre la douleur, mais exposent les patient-e-s à des risques de dépendance et d'usage inapproprié. Leur bon usage nécessite une collaboration étroite entre médecins de premier recours et pharmacien-ne-s d'officine. Les expériences internationales montrent que cette coordination peut améliorer l'information des patient-e-s, le suivi des traitements et la détection des usages inappropriés. Le projet pilote DépendAntalgie illustre cette approche en Suisse romande par une campagne de prévention en pharmacie et des cercles de collaboration autour de patient-e-s commun-e-s. Ses premiers résultats soulignent l'intérêt de cette coordination, mais aussi les difficultés de recrutement et de pérennisation des réseaux.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1792-8

Imagerie mammaire: guide pour les médecins généralistes et gynécologues

R. Hajri, M. De Rham, C. Bettaieb, C. Clair et C. Surchat

Les plaintes mammaires constituent un motif fréquent de consultation nécessitant une démarche diagnostique radiologique structurée afin d'identifier les rares cancers, d'éviter les examens inutiles et d'orienter rapidement les patientes. Le choix de l'imagerie, lorsqu'elle est indiquée, dépend principalement de l'âge, en lien avec la densité mammaire en mammographie. Chez les femmes de moins de 30 ans, l'échographie est privilégiée; entre 30 et 39 ans, elle reste l'examen de référence, complétée par une mammographie selon les résultats; dès 40 ans, la mammographie diagnostique avec tomosynthèse, associée à l'échographie, constitue le bilan standard. L'IRM et la mammographie avec contraste sont réservées à des indications spécifiques.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1800-4

Infections cutanées fréquentes en médecine de premier recours

C. Lavenex, C. Matsing, M.-L. Flammer et A. Gouveia

Les infections cutanées, fréquentes en médecine ambulatoire, présentent des manifestations variées, le plus souvent bénignes. La morphologie et la distribution des lésions, complétées par l'anamnèse, permettent en général d'orienter la prise en charge. Cet article propose une approche pratique de cinq affections: impétigo, folliculite, abcès, dermatophytose et gale. Les principaux éléments cliniques sont présentés, ainsi que les diagnostics différentiels, les indications d'un prélèvement microbiologique et les traitements adaptés. Une place particulière est accordée aux mesures d'hygiène, à la prise en charge de l'entourage et à l'usage des anti-infectieux. La reconnaissance des formes étendues, récidivantes ou associées à des signes de gravité, permet d'identifier les situations nécessitant un traitement systémique ou un avis spécialisé.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1810-6

Prise en charge de la constipation chronique en médecine de premier recours

N. Schwalm, C. Mauron et N. Grasset

La constipation chronique est un motif fréquent de consultation en médecine de premier recours. Après exclusion des drapeaux rouges et des causes secondaires, trois situations cliniques principales doivent être distinguées: la constipation fonctionnelle, le syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante (SII-C) et les troubles fonctionnels de la défécation. Ces situations diffèrent par leurs mécanismes physiopathologiques et nécessitent une prise en charge adaptée. Celle-ci repose sur une approche progressive associant des mesures hygiénodiététiques, des traitements pharmacologiques ciblés, une rééducation pelvipérinéale dans les troubles de la défécation et, plus rarement, une chirurgie.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1805-9

Phytothérapie dans la prise en charge de l'insomnie et des troubles dépressifs

O. Boilley, N. Bordry, B. Graz, A.-L. Cavin, C. Berna et C. Clair

L'insomnie et la dépression sont des maux régulièrement rencontrés en médecine générale et pour lesquels les traitements de première intention présentent des effets indésirables notables. Plusieurs plantes offrent des compléments thérapeutiques intéressants. L'administration orale d'extrait de racine de valériane peut contribuer à une amélioration subjective de la qualité du sommeil, tout comme l'inhalation d'huile essentielle de lavande. Le millepertuis constitue une option pertinente dans la prise en charge des troubles dépressifs, avec une efficacité, pour les troubles légers à modérés, comparable à celle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, et une meilleure tolérance. Son usage doit néanmoins être évité chez les personnes sous traitement métabolisé par voie hépatique ou chez les femmes sous contraception orale.

Dépendances aux opioïdes: prise en charge coordonnée en soins de premier recours

Dre CHRISTÈLE ROCHAT[a], Dre LAURA TINTORÉ[a], BILAL JABER[b], SOPHIE DU PASQUIER[b], Pr JÉRÔME BERGER[b,c] et Dr ALEXANDRE GOUVEIA[a,d,e,f]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1786-90 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.49444

Les opioïdes sont efficaces contre la douleur, mais exposent les patient-e-s à des risques de dépendance et d'usage inapproprié. Leur bon usage nécessite une collaboration étroite entre médecins de premier recours et pharmacien-ne-s d'officine. Les expériences internationales montrent que cette coordination peut améliorer l'information des patient-e-s, le suivi des traitements et la détection des usages inappropriés. Le projet pilote DépendAntalgie illustre cette approche en Suisse romande par une campagne de prévention en pharmacie et des cercles de collaboration autour de patient-e-s commun-e-s. Ses premiers résultats soulignent l'intérêt de cette coordination, mais aussi les difficultés de recrutement et de pérennisation des réseaux.

Opioid dependence: coordinated care between physicians and pharmacists

Opioid analgesics are effective for pain management but carry risks of dependence and misuse. Their appropriate use requires close collaboration between primary care physicians and community pharmacists. International experience suggests that such coordination can improve patient education, treatment monitoring and the detection of inappropriate use. The DépendAntalgie pilot project illustrates this approach in French-speaking Switzerland through a pharmacy-based prevention campaign and collaboration circles involving professionals caring for shared patients. Its initial findings highlight the value of coordinated care, as well as the challenges of recruiting professionals and sustaining local networks.

INTRODUCTION

Le traitement pharmacologique de la douleur est subdivisé en deux catégories: les traitements non opioïdes (paracétamol, anti-inflammatoires) et les traitements dérivés des opioïdes (tramadol, codéine, morphine, oxycodone). Ces derniers présentent un risque de dépendance et de mésusage en hausse en Suisse.[1-3] Médecins généralistes et pharmacien-e-s sont confrontés aux mêmes défis: la prise en charge de la douleur et la prévention du mésusage des antalgiques opioïdes.

[a]Policlinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, 1010 Lausanne, [b]Pharmacie, Département des policliniques, Unisanté, 1010 Lausanne, [c]Institut des sciences pharmaceutiques de Suisse occidentale, Université de Genève, 1211 Genève 4, et Université de Lausanne, 1010 Lausanne [d]Direction médicale, Unisanté, 1010 Lausanne, [e]École de formation postgraduée médicale, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, [f]Master of Medical Sciences in Medical Education, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, États-Unis
christele.rochat@unisante.ch | laura.tintore@unisante.ch | bilal.jaber@unisante.ch
sophie.du-pasquier@unisante.ch | jerome.berger@unisante.ch
alexandre.gouveia@unisante.ch

Une collaboration interprofessionnelle entre médecins de premier recours et pharmacien-ne-s d'officine permettrait d'améliorer la qualité et la sécurité des soins apportés au patient.[4] Le-la pharmacien-ne peut rappeler les précautions liées aux opioïdes, assurer le suivi, et transmettre au médecin des informations permettant d'optimiser la prise en charge du patient.[4] Des recommandations de bonne pratique actualisées, associées à une meilleure collaboration entre les professionnel-le-s de santé, peuvent améliorer la prise en charge des patient-e-s, ainsi que le fonctionnement du système de santé par la diminution des consultations pour la gestion inappropriée des douleurs ou du traitement d'opioïdes.[2,5-7]

RÔLES DES PHARMACIEN-E-S DANS LE TRAITEMENT AVEC OPIOÏDES

À l'échelle internationale, plusieurs modèles ont intégré les pharmacien-e-s dans la prise en charge des personnes recevant des opioïdes au long cours. Les interventions décrites comprennent notamment l'évaluation du risque de mésusage, la revue de la médication, l'éducation des patient-e-s, la surveillance de l'efficacité et de la tolérance, ainsi que l'accompagnement lors d'une réduction progressive du traitement (**tableau 1**). Les pharmacien-e-s peuvent intervenir de manière autonome dans le cadre de compétences élargies ou au sein d'équipes associant médecins, soignant-e-s et spécialistes de la douleur ou des addictions.[7,8]

Les données disponibles sont encourageantes, mais hétérogènes. Les revues de la littérature rapportent que certaines interventions pharmaceutiques sont associées à une diminution de l'exposition aux opioïdes, à de meilleures sécurité médicamenteuse et application des mesures de réduction des risques. Les modèles les plus structurés reposent sur une répartition explicite des responsabilités, des contacts réguliers avec les patient-e-s et une communication directe entre le pharmacien et le médecin prescripteur.[7-9]

La mise en œuvre de ces approches reste toutefois dépendante du contexte. Le manque de temps, l'absence de rémunération, la fragmentation des systèmes d'information et une définition insuffisante des rôles peuvent limiter la collaboration. À l'inverse, des protocoles partagés, une documentation accessible aux différents professionnels et la possibilité de solliciter une expertise spécialisée facilitent la coordination.[10,11]



Étofénamate.

Un avantage indéniable en cas d'arthrose.[1,2]

- **Plus efficace et mieux toléré** que d'autres AINS topiques (p. ex. le diclofénac)[1,3]
- **Forte concentration au niveau de la zone inflammatoire :** Jusqu'à 15× plus forte concentration de principe actif sur le site concerné[4]
- **Rheumalix® forte Spray (étofénamate 10 %) :** Idéal pour les zones difficiles d'accès comme le dos et pratique en déplacement



ADMIS PAR LES CAISSES-MALADIE[5]

Rheumalix® forte Gel [RFG] / Rheumalix® forte Spray [RFS] / Rheumalix® Gel [RG]. C : RFG : 1 g (RFS : 1 ml ; RG : 2 g) contient 100 mg d'étofénamate. **I :** Douleurs, inflammations et gonflements en cas d'entorses, de contusions et d'élongations. Traitement local d'appoint des affections rhumatismales. **P/M :** (RFG : 10 cm de gel correspondent à env. 300 mg d'étofénamate). (RFS : 1 nébulisation correspond à 0,1 ml et contient 10 mg d'étofénamate). (RG : 10 cm correspondent à 150 mg d'étofénamate). RFG/RG : Appliquer env. 5 à 10 cm plusieurs fois par jour et faire pénétrer en massant. RFS : 4 à 7x par jour, jusqu'à 9 nébulisations (selon la taille de la zone touchée). Maximum 1200 mg d'étofénamate par jour. **CI :** Hypersensibilité (même anamnestique) au principe actif, à un autre AINS, à l'acide flufénamique ou à l'un des excipients selon la composition, par ex. propylèneglycol pour RFS. Non lors du 3e trimestre et de l'allaitement, ni chez les nourrissons, les enfants en bas âge, les enfants et les adolescents. Ne pas appliquer sur les muqueuses/les yeux. Ne pas appliquer sur une peau lésée. **PR :** Ne pas appliquer sur de grandes surfaces sur une période prolongée. Interrompre le traitement en cas d'éruption cutanée. Risque d'asthme lié aux analgésiques et de réactions cutanées. Éviter le solarium. **IA :** Risque négligeable. **G/A :** Au premier et deuxième trimestre, uniquement si clairement nécessaire ; contre-indiqué au troisième trimestre et pendant l'allaitement. **EI :** Réactions cutanées locales, respiration sifflante, photosensibilisation, réactions d'hypersensibilité sévères (même après la première application). **P :** Tube de 40 g/100 g, flacon-spray de 50 ml. **(D).** Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch. **Mise à jour de l'info. :** Avril 2024 / Avril 2025 / Nov. 2025. **Drossapharm AG, 4002 Bâle.**

Références : 1 Marinho O. D. S., Pereira A. Clinical Efficacy and Safety Profile of Topical Etofenamate in the Treatment of Patients with Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. Pain Ther. 2020 Dec;9(2):393–410. **2** Information professionnelle de Rheumalix® forte Gel / Spray, www.swissmedicinfo-pro.ch, août 2021/juin 2021. **3** Predel H. G. *et al.* A Randomized Placebo-Controlled Trial of the Efficacy and Tolerability of Etofenamate 70 mg Medicated Plaster for the Treatment of Pain in Acute Sprains, Strains or Bruises of the Soft Tissues Following Blunt Trauma. Pain Ther. 2025 Oct;14(5):1461–1472. **4** Walde H. J. (1987). Konzentration von Etofenomat in intra- und periartikulären Geweben nach perkutaner Applikation beim Menschen. 4. Int. Etofenamat-Symposium vom 18.–21.06.1987 in Stresa, pmi-Verlag Frankfurt/M.: 91–94. **5** www.listedesspecialites.ch. **Toutes les références sont disponibles sur demande auprès de Drossapharm.**

RMS_00000197 DRO_100048_10/2026

DROSSA PHARM

TABLEAU 1 **Pharmacien-ne-s et opioïdes: pratiques collaboratives**

Ce tableau présente une sélection non exhaustive d'articles indexés dans PubMed sur le rôle des pharmacien-ne-s dans le suivi des traitements opioïdes en soins primaires.

Article	Type d'étude et contexte	Principaux enseignements
Goetschi et Meyer-Massetti, 2024[7]	Revue de la littérature avec 48 publications sur la douleur chronique non cancéreuse	Les interventions pharmaceutiques portent principalement sur la sécurisation des prescriptions, l'éducation des patient-e-s et le suivi thérapeutique
Jordan et coll., 2021[8]	Revue de 51 études quantitatives en soins primaires	Les pharmacien-ne-s contribuent à la réduction des risques, à la revue des traitements et au suivi; les approches coordonnées paraissent plus pertinentes que les interventions isolées
Iqbal et coll., 2022[9]	Revue systématique de 14 études incluant 1175 participant-e-s	Certaines interventions pharmaceutiques ont réduit les doses d'opioïdes ou amélioré la sécurité, mais les données restent limitées et hétérogènes
Curran et coll., 2019[10]	Étude qualitative auprès de 48 médecins et 60 pharmacien-ne-s	Les échanges concernent surtout la posologie, les prescriptions et les suspicions de mésusage; la proximité, la confiance et des rôles clairement définis facilitent la communication
Lagisetty et coll., 2020[11]	Étude de faisabilité menée dans deux cabinets de soins primaires auprès de 47 patient-e-s	La cogestion médecin-pharmacien, fondée sur une consultation pharmaceutique et une communication par dossier électronique, s'est révélée faisable et acceptable
Norman et coll., 2017[16]	Description d'une consultation de douleur gérée par un pharmacien en soins primaires	Dans le cadre d'un protocole collaboratif, le pharmacien assure l'évaluation, l'éducation, le repérage des comportements à risque et le suivi thérapeutique
Boren et coll., 2019[17]	Étude rétrospective portant sur 383 patient-e-s sous opioïdes au long cours	L'intégration d'un pharmacien a été associée à une réduction des doses, à un meilleur respect des bonnes pratiques et à une amélioration de l'accès aux soins

DÉPENDANTALGIE: UNE EXPÉRIENCE LOCALE DE COLLABORATION

Le projet pilote DépendAntalgie, lancé par Unisanté en 2025 dans les cantons de Vaud et de Fribourg, vise à promouvoir le bon usage des antalgiques opioïdes, en renforçant la collaboration entre médecins de premier recours et pharmacien-e-s d'officine. Il associe deux volets complémentaires: une intervention de prévention en pharmacie et un dispositif de coordination de la prise en charge entre pharmacies et cabinets médicaux.[12,13]

Le premier volet de DépendAntalgie est une intervention de prévention en pharmacie fondée sur des flyers, conçus avec des patient-e-s, des pharmacien-ne-s et des médecins, qui présentent les règles de bon usage des antalgiques opioïdes et les risques de mésusage. Ces supports sont disponibles en ligne sur le site d'Unisanté (www.unisante.ch/fr/media/1749/download). Plus de 12000 flyers ont été distribués et 284 pharmacien-ne-s ont terminé la formation associée, jugée majoritairement importante, utile et ludique.[14]

Le deuxième volet vise à prévenir, identifier et gérer les mésusages chez les patient-e-s recevant ces traitements au long cours des antalgiques opioïdes ou gabapentinoïdes. Il s'appuie sur des cercles de collaboration (CC) regroupant un réseau local de 1 à 2 pharmacien-ne-s et 4 à 5 médecins ayant des patient-e-s en commun, afin de coordonner la prise en charge d'un nombre limité de patient-e-s recevant des antalgiques à potentiel addictif pour des douleurs chroniques.

Les retours des professionnel-le-s ayant participé aux CC montrent que les médecins et pharmacien-ne-s ont déjà l'habitude de collaborer en Suisse romande.[15] DépendAntalgie s'inscrit dans une collaboration existante et propose la discussion autour d'un problème concret: prévenir les mésusages des antalgiques opioïdes pris au long cours. Médecins et pharmacien-ne-s disposent de compétences complémentaires, pouvoir échanger sur une situation, confronter les observations et s'accorder sur le suivi facilite le travail de chaque professionnel-le.

> *«Partager un objectif commun dans un projet thérapeutique [...] favorise la création d'une dynamique de collaboration interprofessionnelle.»*
>
> *Médecin participant au projet DépendAntalgie*

Cette collaboration se poursuit au-delà des réunions du CC par téléphone ou par courriel, lorsqu'un mésusage, un ajustement ou un changement dans la délivrance du traitement nécessite de se coordonner (**tableau 2**). L'équipe officinale joue un rôle important, notamment par l'évaluation de la remise des médicaments et des aspects réglementaires, sa disponibilité avec des horaires d'ouverture plus larges et l'accès sans rendez-vous, facilitant ainsi le suivi des patient-e-s avec des pathologies chroniques.

Plusieurs bénéfices sont relevés: une meilleure continuité du suivi, des messages plus cohérents entre professionnel-le-s et davantage de sécurité dans la prise en charge. Pour la personne concernée, cette communication peut renforcer l'impression d'être accompagnée par une équipe plutôt que par des professionnels travaillant séparément. Pour les professionnel-le-s de santé, le partage des situations complexes permet également de mieux répartir la responsabilité du suivi et partager les difficultés rencontrées.

La pérennisation des CC reposera sur les échanges réguliers entre médecins et pharmacien-ne-s, notamment lors des variations de consommation, des adaptations de posologies ou des différents événements de vie. L'un des apports de DépendAntalgie pourrait donc être le renforcement des réflexes de collaboration ou l'élargissement à d'autres types de prescription. Les médecins participant-e-s soulignent toutefois le besoin d'un accès facilité à un spécialiste en addictologie lorsque la situation devient trop complexe. Pour les professionnel-le-s, cette expertise compléterait le travail de proximité réalisé entre médecins et pharmacien-ne-s.

VIGNETTE CLINIQUE

Monsieur (M.) R., 52 ans, sort d'une hospitalisation à la suite d'une prothèse totale de hanche gauche, avec une ordonnance de tramadol retard 50 mg 2 x/jour et tramadol en gouttes en réserve. Lors de la délivrance des médicaments, le pharmacien l'informe des risques de dépendance et des effets indésirables. Une semaine plus tard, M. R. retourne à la pharmacie expliquant que sa médecin lui a proposé d'augmenter à 100 mg 2 x/jour, en raison d'une couverture antalgique insuffisante. La pharmacienne contacte la médecin traitante pour confirmer la prescription.

Deux semaines plus tard, M. R. ayant augmenté sa consommation au-delà des doses prescrites pour soulager ses coxalgies, remarque une sensation d'agitation et d'anxiété soulagée par la prise de tramadol en gouttes, associée à une constipation. Il contacte sa pharmacie qui réévalue l'historique des prises et constate un mésusage. La pharmacienne lui rappelle l'importance de suivre la posologie et contacte sa médecin traitante. Cette dernière, après discussion avec M. R., propose une réduction progressive par paliers de 10% du dosage par semaine et un suivi renforcé. Après un bref appel téléphonique avec la pharmacienne, un plan de traitement est établi, ainsi qu'une remise fractionnée hebdomadaire de son traitement opioïde, avec possibilité de lui préparer un semainier incluant la réduction progressive des doses. Un prochain contrôle médical est prévu dans 3 semaines.

La situation clinique décrite souligne le rôle de la pharmacienne dans l'identification du mésusage et l'alerte à la médecin traitante, ainsi que dans la création d'un plan et d'un semainier. Cependant, la communication interprofessionnelle initiale pourrait être améliorée. La modification de la posologie aurait pu être communiquée par écrit au patient et à la pharmacie, afin d'éviter des échanges entre professionnel-le-s pour clarifier le traitement. Une transmission systématique des changements de posologie renforcerait la coordination et la sécurité lors de la prise d'opioïdes.

PERSPECTIVES

Si le projet DépendAntalgie s'est révélé très prometteur en matière de prévention, les résultats du second volet consacré aux soins coordonnés sont plus mitigés. Malgré des retours encourageants, le recrutement de professionnel-le-s pour la constitution des CC, en particulier des médecins, s'est avéré difficile. Le développement et la pérennité de ces cercles dépendent en effet de l'implication active des participant-e-s, ce qui limite leur déploiement. Le contexte géographique pourrait également influencer leur création. Dans les zones moins desservies, le nombre restreint de cabinets médicaux et de pharmacies peut faciliter la création d'un réseau autour d'une patientèle commune. À l'inverse, dans les grands centres urbains, où les professionnel-le-s et les patient-e-s sont davantage dispersés, la constitution de tels CC peut s'avérer plus complexe.

D'autres approches peuvent néanmoins être explorées. Nos collègues américains, faisant face à une crise des opioïdes, ont étudié la collaboration entre médecins et pharmacien-ne-s en déléguant une partie du suivi antalgique dans des cliniques dédiées (PMCPC: Pharmacist-Managed Chronic Pain Clinic) à des pharmacien-ne-s clinicien-ne-s, permettant une réduction de la prise d'opioïdes chez de nombreux patient-e-s.[16,17] À l'instar des infirmier-ères «case managers» en Suisse, des pharmacien-ne-s «case managers» pourraient être envisagés pour les patient-e-s présentant des situations complexes.

L'amélioration de la communication entre professionnel-le-s est un autre aspect à explorer. Actuellement, la communication avec nos collègues pharmacien-ne-s est relativement occasionnelle (par exemple par téléphone ou par courriel) et l'échange d'information repose principalement sur des ordonnances électroniques ou manuscrites pour les opioïdes forts. Plusieurs pays (États-Unis, Canada et Espagne) utilisent des ordonnances électroniques sécurisées, permettant de réduire le mésusage et le détournement de ces traitements.[18] En Suisse, nous ne disposons pas d'un accès à une base de données commune, mais un logiciel informatisé et centralisé, partagé entre professionnel-le-s pour la prescription et le suivi des opioïdes, pourrait faciliter la coordination et offrir une vision globale des traitements prescrits et délivrés, notamment pour limiter le tourisme médical.[17] Des plateformes existantes, telles que celle du dossier électronique du patient (DEP) ou celle des traitements par agonistes des opioïdes (TAO), pourraient servir de modèle.

TABLEAU 2 **Déclencheurs de communication dans la prise d'opioïdes**

DOT: Directly Observed Therapy – traitement sous surveillance directe.

Communication de la pharmacie au cabinet médical	
Évaluation	Évaluation et détection du risque de mésusage (volontaire ou involontaire) des opioïdes: • Discordance entre ce qui est prescrit et ce que retire la personne concernée (problème d'adhésion, renouvellements fréquents, demande de forme à action rapide au lieu de formes retard, suspicion de prescripteurs multiples, entre autres) • Proposition d'un soutien à l'adhésion thérapeutique
Suivi	• Couverture antalgique insuffisante, proposition d'ajustement de la prescription • Détection d'effets indésirables (par exemple: constipation, confusion, somnolence)
Conciliation médicamenteuse	Triage des médicaments et demande d'évaluation médicale si nécessaire
Coordination	Proposition de la pharmacie d'initier une prise en charge coordonnée (voir ci-dessous)
Communication du cabinet médical à la pharmacie	
Évaluation	Doute par rapport au traitement actuel (plusieurs prescripteurs, sortie d'hôpital, groupe à risque de dépendance)
Délivrance	Plan thérapeutique spécifique, par exemple, définition d'un cadre de remise du traitement par la pharmacie (utilisation inadaptée, sevrage, etc.)
Suivi	• Soutien à l'adhésion thérapeutique avec retour au cabinet médical • Prescription d'un entretien à la pharmacie pour: – Soutien à l'adhésion thérapeutique – Établissement d'un plan de traitement – Analyse de médication – Remise spécifique du traitement (semainier, remise fractionnée ou DOT) – Monitoring des effets indésirables potentiels

(*Adapté de réf.*[4]).

Au-delà de la création d'outils informatiques, certaines bonnes pratiques de prescription restent toujours d'actualité. La vérification de l'indication et de la balance bénéfice-risque, l'évaluation des facteurs de risque de mésusage et des traitements concomitants par l'ensemble des intervenant-e-s, ainsi qu'un suivi régulier de l'efficacité et de la tolérance sont notamment essentiels. La transmission entre professionnel-le-s de tout changement de posologie permettrait également d'assurer une meilleure continuité du suivi.

CONCLUSION

Les antalgiques opioïdes, par leur risque de dépendance et de mésusage, nécessitent une vigilance accrue. La collaboration structurée entre pharmacien-ne-s et médecins permet d'offrir une meilleure prise en charge aux patient-e-s sous traitement opioïde, tant dans la prévention que dans la coordination des soins.

Conflit d'intérêts: les auteur-trice-s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article. Le projet DépendAntalgie bénéficie du soutien de Promotion Santé Suisse.

Utilisation de l'IA: les auteur-trice-s ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la correction grammaticale et la vérification des références bibliographiques, avant de vérifier et valider 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).

ORCID:
J. Berger: https://orcid.org/0000-0003-1177-5453
A. Gouveia: https://orcid.org/0000-0002-5798-0092

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La prescription et la délivrance d'antalgiques opioïdes nécessitent une communication régulière entre médecins de premier recours et pharmacien-ne-s afin de prévenir, repérer et prendre en charge les usages inappropriés.
- La remise de supports d'information en pharmacie facilite le dialogue avec les patient-e-s, renforce les messages de prévention et favorise un usage plus sûr des opioïdes.
- Le suivi coordonné de patient-e-s commun-e-s requiert des outils sécurisés de partage d'informations, une définition claire des rôles professionnels et un accès facilité à une expertise en antalgie ou en addictologie.

1 Swissmedic. HPC – Opioïdes (Alfentanil, Buprénorphine, Codéine, Diamorphine, Dihydrocodéine, Fentanyl, Hydrocodone, Hydromorphone, Lévométhadone, Méthadone, Morphine, Nalbuphine, Oxycodone, Péthidine, Rémifentanil, Sufentanil, Tapentadol, Tramadol) – Encadré d'avertissement [En ligne]. Bern: Swissmedic; 2024 (Consulté le 20 août 2026]. Disponible sur: www.swissmedic.ch/swissmedic/fr/home/medicaments-a-usage-humain/surveillance-du-marche/health-professional-communication--hpc-/hpc-opioide-boxed-warning.html

2 **Nicollier L, Du Pasquier S, Berger J, Gouveia A. Prescription des opioïdes en médecine générale pour les douleurs chroniques non cancéreuses. Rev Med Suisse. 2022 Sep 22;18(796):1761-6. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.796.1761.

3 *Hooijman MF, Martinez-De la Torre A, Weiler S, Burden AM. Opioid sales and opioid-related poisonings in Switzerland: A descriptive population-based time-series analysis. Lancet Reg Health Eur. 2022 Jun 27;20:100437. DOI: 10.1016/j.lanepe.2022.100437.

4 **Gouveia A, Berger J, Staeger P, Bugnon O. L'interprofessionnalité médecins-pharmaciens dans les soins ambulatoires: un potentiel à exploiter. Rev Med Suisse. 2019 Oct30;15(669):1962-6.

5 Busse JW, Craigie S, Juurlink DN, et al. Guideline for opioid therapy and chronic noncancer pain. CMAJ. 2017 May 8;189(18):E659-E666. DOI: 10.1503/cmaj.170363.

6 Jaber B, Du Pasquier S, Gouveia A, Berger J. Les pharmacien-ne-s peuvent prévenir et prendre en charge les usages inappropriés. PharmaJournal. 2023 Mar. https://pharmasuisse.org/fr/articles/pharmajournal/pharmajournal-032023

7 Goetschi AN, Meyer-Massetti C. Characterising pharmacists' interventions in chronic non-cancer pain care: a scoping review. Int J Clin Pharm. 2024 Oct;46(5):1010-23. DOI: 10.1007/s11096-024-01741-x.

8 Jordan M, Latif A, Mullan J, Chen TF. Opioid medicines management in primary care settings: A scoping review of quantitative studies of pharmacist activities. Br J Clin Pharmacol. 2021 Dec;87(12):4504-33. DOI:10.1111/bcp.14915.

9 *Iqbal A, Knaggs RD, Anderson C, Toh LS. Role of pharmacists in optimising opioid therapy for chronic non-malignant pain: A systematic review. Res Social Adm Pharm. 2022 Mar;18(3):2352-66. DOI: 10.1016/j.sapharm.2020.11.014.

10 Curran GM, Freeman PR, Martin BC, et al. Communication between pharmacists and primary care physicians in the midst of a U.S. opioid crisis. Res Social Adm Pharm. 2019 Aug;15(8):974-85. DOI: 10.1016/j.sapharm.2018.08.006.

11 Lagisetty P, Smith A, Antoku D, et al. A physician-pharmacist collaborative care model to prevent opioid misuse. Am J Health Syst Pharm. 2020 May 7;77(10):771-80. DOI: 10.1093/ajhp/zxaa060.

12 Unisanté. DépendAntalgie – Intervention de prévention en pharmacie pour la promotion du bon usage des antalgiques opioïdes [En ligne]. Lausanne: Unisanté; 2025 (Consulté le 10 septembre 2026]. Disponible sur: www.unisante.ch/fr/formation-recherche/recherche/projets-etudes/dependantalgie-intervention-prevention-pharmacie-pour

13 Jaber B, Du Pasquier S, Gouveia A, Berger J. Le projet DépendAntalgie démontre des résultats encourageants. PharmaJournal. Jul 2025;6-7. https://pharmasuisse.org/fr/articles/pharmajournal/pharmajournal-06072025

14 Jaber B, Du Pasquier S, Boujida M, et al. Design of Patient Education Leaflets for Preventing Opioid Analgesics Misuse in Swiss Community Pharmacies. PEC Global. Soumis en 2026, in review.

15 Bugnon O, Niquille A, Repond C, Curty C, Nyffeler . Les cercles de qualité médecins-pharmacien-nes: un réseau local reconnu pour maîtriser les coûts et la qualité de la prescription médicale. Rev Med Suisse. 2004 Oct 25;62(2501):2054-8.

16 Norman JL, Kroehl ME, Lam HM, et al. Implementation of a pharmacist-managed clinic for patients with chronic nonmalignant pain. Am J Health Syst Pharm. 2017 Aug 15;74(16):1229-35. DOI: 10.2146/ajhp160294.

17 *Boren LL, Locke AM, Friedman AS, Blackmore CC, Woolf R. Team-Based Medicine: Incorporating a Clinical Pharmacist into Pain and Opioid Practice Management. PM R. 2019 No 1;11(11):1170-7. DOI: 10.1002/pmrj.12127.

18 D'Souza RS, Lang M, Eldrige JS. Prescription Drug Monitoring Program. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2024.

* **à lire**
** **à lire absolument**

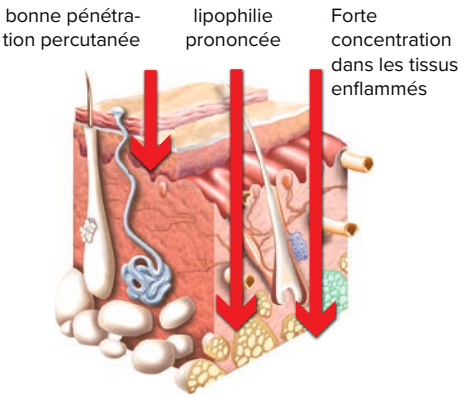
Étofénamate : une avancée dans le traitement topique de la douleur

EULAR 1re ligne[12]

En Suisse, environ 1,5 million de personnes souffrent de douleurs. 39 % d'entre elles ont mal tout le temps, 35 % tous les jours et 26 % plusieurs fois par semaine. Ce qui est surprenant, c'est que la douleur ne touche pas seulement les personnes âgées. **Un patient souffrant de douleurs sur cinq a moins de 30 ans !**[13]
La sécurité et l'efficacité des médicaments occupent donc de plus en plus importantes. Bien que l'utilisation des AINS topiques traditionnels tels que le diclofénac soit largement répandue, des effets indésirables peuvent survenir au niveau local en raison de la présence fréquente d'activateurs de pénétration irritants pour la peau.[1] L'étofénamate est une solution bien tolérée par la peau[2] et très efficace[3,7]. **96,7 % des médecins** ont estimé que le traitement par étofénamate était **très bon** pour les contusions, les luxations et les entorses (diclofénac 44,8 %, p<0,01).[3] **Cette évaluation a également été confirmée par les patients**.[3]

Le principe actif étofénamate s'est imposé pour de nombreux patients en tant que traitement analgésique topique efficace[3,7] et très bien toléré[2]. Après seulement deux jours, l'étofénamate a montré une supériorité par rapport au diclofénac.[3]

Une pénétration à travers la peau forte[4] ET bien tolérée[2]



L'étofénamate est un dérivé de l'acide anthranilique, dont la structure chimique favorise la pénétration à travers la peau. L'association de fractions lipophiles et hydrophiles assure une pénétration forte et idéale,[4,5] sans avoir recours à des activateurs de pénétration agressifs comme le DMSO, qui peuvent fortement irriter la peau[11]. Grâce à ces propriétés, l'étofénamate atteint sa concentration thérapeutique directement au niveau du site d'application, tandis que les taux sériques restent faibles.[2,6]

La revue 2020 de l'EULAR le confirme : l'étofénamate topique est supérieur au diclofénac topique[3]

Le congrès de rhumatologie 2020 de l'EULAR a souligné l'efficacité de l'étofénamate topique par rapport à d'autres AINS topiques[3]. L'excellente efficacité de l'étofénamate est principalement due à son impressionnante biodisponibilité[3] : celle de l'étofénamate atteint 21 %, ce qui permet une inhibition efficace de la douleur et de l'inflammation.[3] Le diclofénac et l'ibuprofène offrent biodisponibilités relatives de 6 % et 5 % respectivement.[3]

Effet décongestionnant[8], soulagement forte de la douleur[8] et réduction significative de l'inflammation[2,6]

Des études ont montré que le gel d'étofénamate présente une forte affinité pour les tissus enflammés, avec une concentration jusqu'à 15 fois plus élevée au niveau de la zone enflammée que dans le plasma.[6] Outre une faible charge systémique, cela entraîne également une réduction significative de la douleur et de l'inflammation. La mobilité des articulations et des muscles concernés est améliorée.[2,6]

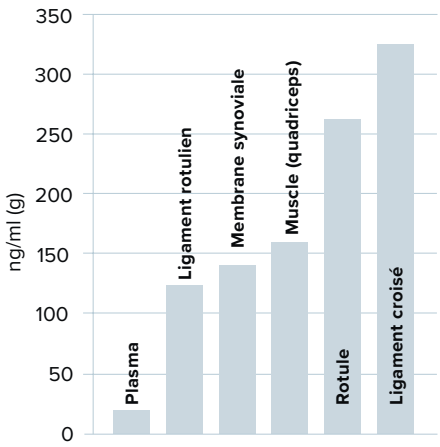


fig.: Concentrations en étofénamate après application topique après 3 jours de traitement, application de 3 g de gel à 10 % 3 fois par jour.[6]

QUELQUES FAITS CONCERNANT L'ÉTOFÉNAMATE :

- L'étofénamate est **plus efficace et mieux toléré que d'autres AINS topiques (par ex. le diclofénac)**[3] et constitue une innovation majeure dans le traitement topique de la douleur.
- Excellente efficacité en cas **d'affections rhumatismales comme l'arthrose et de douleurs dorsales ainsi que lors de blessures dues au sport**.[2]
- La revue 2020 de l'EULAR confirme les propriétés de l'étofénamate et son **potentiel à modifier durablement le traitement de la douleur et de l'inflammation**.[3]
- **Les avantages suivants pour vos patients :**
  - Forte concentration dans les tissus enflammés[6]
  - Réduction significative de la douleur, inhibition de l'inflammation, avec un effet décongestionnant[2,8]
  - Bonne tolérance cutanée due à l'absence d'agents chimiques supplémentaires favorisant la pénétration[2,9]
- **Rheumalix® forte Spray :** idéal pour les endroits difficilement accessibles (dos, épaules, pieds)
- **L'étofénamate est également présent dans Lixim® Patch**[11]

Références : 1 www.swissmedicinfo.ch. **2** Information professionnelle de Rheumalix®, www.swissmedicinfo.ch. **3** Marinho, O.D.S., Pereira, A. Clinical Efficacy and Safety Profile of Topical Etofenamate in the Treatment of Patients with Musculoskeletal Disorders: A Systematc Reveiw. Pain Ther (2020). **4** Dell et al. (1977). Zur Biochemie und Pharmakokinetik von Etofenamat/Untersuchungen am Menschen. Arzneim.-Forsch./Drug Res. 27:1322–1325. **5** Rechziegler H (1986). Perkutane Therapie mit nicht-steroidalen Antiphlogistika. Therapiewoche 36, 45. **6** Walde HJ (1987). Konzentration von Etofenomat in intra- und periartikularen Geweben nach perkutaner Applikation beim Menschen. 4. Int. Etofenamat-Symposium vom 18.–21.06.1987 in Stresa, pmi-Verlag Frankfurt/M.: 91–94. **7** Fruchtmann R, Krupka U, Pelster B.; Hemmung des Lipoxygenase- und Cyclooxygenaseweges im Arachidonsäurem etabolismus. Akt. Rheumatol 9 (1984) 165–168. **8** Hallmeier B. Wirksamkeit und Verträglichkeit von Etofenamat und Diclofenac bei Sportverletzungen. Rheuma 8 (1988) 183–186. **9** Fuchs J, Milbradt R. Kutane, Nebenwirkungen des nicht-steroidalen Antiphlogistikums Etofenamat bei topischer Anwendung. Dermatosen 1994; 42:20–23. **10** Kligman AM Dimethyl Sulfoxide. 2. JAMA, 193: 923-928, 1965 ISSN: 0098-7484 The Journal of the American Medical Association. **11** Information professionnelle de Lixim® Patch, www.swissmedicinfo.ch. **12** Rannou F. et al. Efficacy and safety of topical NSAIDs in the management of osteoarthritis: Evidence from real-life setting trials and surveys. Seminars in Arthritis and Rheumatism 45 (2016) S18–S21. **13** USZ Schmerzen (akuter und chronischer Schmerz). https://www.usz.ch/krankheit/schmerzen-akuter-und-chronischer-schmerz/ (consulté le 21.08.24). Toutes les références sont disponibles sur demande auprès de Drossapharm.

Lixim® Patch : C : 70 mg d'étofénamate par patch. **I :** Traitement symptomatique de courte durée des distorsions aiguës, bénignes de la cheville chez l'adulte. **D :** 1 patch est collé toutes les 24 heures, avec une pression légère sur la zone douloureuse. Seulement un patch par zone lésée. Durée du traitement 7 jours. **CI :** Peau lésée au niveau de la zone concernée (par ex. dermatite exsudative, eczéma, plaie infectée, brûlure ou plaie ouverte), nourrissons et jeunes enfants, 3e trimestre de grossesse, hypersensibilité au principe actif étofénamate, à d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens ou bien à l'un des excipients de la composition. MeG : À appliquer uniquement sur une peau saine, non lésée. Éviter tout contact avec les muqueuses ou les yeux. Si une éruption cutanée survient, arrêter immédiatement le traitement. Pour les patients avec de l'asthme, une rhinite allergique ou des polypes nasaux, un bronchospasme ou une rhinite peuvent apparaître dans de rares cas. Chez les patients avec de l'urticaire chronique, des réactions allergiques sont possibles. Les patchs usagés doivent dans tous les cas être tenus hors de portée des enfants en bas âge et des animaux domestiques. G/A : Pendant le 1er et le 2e trimestre, Lixim® Patch ne doit pas être utilisé, sauf en cas de nécessité absolue. Le dosage doit être le plus faible possible, et la durée du traitement doit être la plus courte possible. **EI :** Les effets indésirables connus sont ceux de l'étofénamate en application topique recensés dans la littérature, sur la base de l'expérience générale : Rare : Réactions d'hypersensibilité Occasionnellement : réactions cutanées locales, par ex. rougeurs, démangeaisons, sensation de brûlure, gonflement de la peau. Rare : Réactions allergiques locales (dermatite de contact). Occasionnellement : respiration haletante. Cons. : Ne pas conserver à plus de 30 °C. Conserver hors de portée des enfants. **Emb. :** 1 emballage de 7 patchs **Catégorie de remise :** D Titulaire de l'autorisation : Drossapharm AG, Bâle. Dernière mise à jour : Juillet 2022. Informations détaillées sur www.swissmedicinfo.ch.
Informations complémentaires : Drossapharm AG, Birsweg 1, 4144 Arlesheim, 061 705 10 00

Information professionnelle abrégée de Rheumalix®, voir annonce Rheumalix®.

10/2024 RMS_00000198

Imagerie mammaire: guide pour les médecins généralistes et gynécologues

Dr RAMI HAJRI[a], Dre MAUD DE RHAM[b], Dre CHAYMA BETTAIEB[a], Pre CAROLE CLAIR[c] et Dre CAROLINE SURCHAT[c]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1792-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.49431

Les plaintes mammaires constituent un motif fréquent de consultation nécessitant une démarche diagnostique radiologique structurée afin d'identifier les rares cancers, d'éviter les examens inutiles et d'orienter rapidement les patientes. Le choix de l'imagerie, lorsqu'elle est indiquée, dépend principalement de l'âge, en lien avec la densité mammaire en mammographie. Chez les femmes de moins de 30 ans, l'échographie est privilégiée; entre 30 et 39 ans, elle reste l'examen de référence, complétée par une mammographie selon les résultats; dès 40 ans, la mammographie diagnostique avec tomosynthèse, associée à l'échographie, constitue le bilan standard. L'IRM et la mammographie avec contraste sont réservées à des indications spécifiques.

Breast imaging: a guide for general practitioners and gynecologists

Breast complaints are a frequent reason for consultation and require a structured radiologic diagnostic approach to identify the rare cases of breast cancer, avoid unnecessary investigations, and ensure timely referral when needed. When imaging is indicated, the choice of imaging modality mainly depends on the patient's age, which is closely related to breast mammographic density. In women under 30 years of age, ultrasound is the preferred first-line examination; between 30 and 39 years, ultrasound remains the reference modality, with mammography added depending on the findings. From the age of 40 onwards, diagnostic mammography with tomosynthesis, combined with ultrasound, represents the standard evaluation. Breast MRI and contrast-enhanced mammography are reserved for specific indications.

INTRODUCTION

Les plaintes mammaires représentent un motif fréquent de consultation. Que ce soit pour une masse palpable, une douleur, un écoulement mamelonnaire ou une demande de dépistage, chaque situation nécessite un interrogatoire ciblé, un examen clinique rigoureux et, selon le contexte, une imagerie adaptée. Le choix entre l'échographie, la mammographie et l'IRM constitue toutefois une source d'incertitude pour les prescripteur-rice-s. Une prescription inadéquate peut entraîner des examens inutiles, générateurs d'anxiété et de coûts, ou, à l'inverse, un retard diagnostique.

[a]Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, [b]Unité de sénologie, Service de gynécologie et obstétrique, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, [c]Policlinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 1011 Lausanne
rami.hajri@chuv.ch | maud.de-rham@chuv.ch | chayma.bettaieb@chuv.ch
carole.clair@unisante.ch | caroline.surchat@unisante.ch

La majorité des symptômes mammaires sont bénins, mais leur évaluation doit rester rigoureuse. Les objectifs du clinicien sont triples: identifier les cancers du sein, éviter les investigations superflues et orienter rapidement les patientes vers une prise en charge spécialisée lorsque cela est nécessaire.

Les recommandations de l'European Society of Breast Imaging, publiées en 2025, proposent un cadre structuré pour l'évaluation du sein symptomatique, selon l'âge.[1] Cet article en présente une synthèse pratique, organisée autour des principales situations rencontrées en consultation et accompagnée d'algorithmes simples pour guider le choix de l'imagerie.

ANAMNÈSE ET EXAMEN CLINIQUE

L'évaluation clinique repose sur une anamnèse précisant notamment l'âge, une éventuelle grossesse ou période d'allaitement et les antécédents personnels et familiaux de pathologie mammaire ou de cancer, et sur l'évaluation des symptômes, notamment leur durée, leur caractère focal ou diffus et uni- ou bilatéral. L'examen est complété par l'inspection et la palpation des deux seins à la recherche d'une masse palpable, d'un écoulement mamelonnaire ou de signes inflammatoires, et des aires ganglionnaires axillaires, sus-claviculaires et cervicales basses.

MODALITÉS D'IMAGERIE

Plusieurs techniques sont disponibles:

- Échographie mammaire: elle occupe une place centrale dans l'évaluation des symptômes mammaires. Elle constitue l'examen de première intention chez les femmes jeunes et permet, à tout âge, de caractériser une anomalie clinique ou mammographique et de guider les prélèvements percutanés.
- Mammographie en deux dimensions (2D) de dépistage: son indication est limitée au dépistage organisé dans le cadre des programmes cantonaux.
- Mammographie diagnostique avec tomosynthèse (3D): elle repose sur l'acquisition de projections multiples permettant une reconstruction en coupes et limitant les effets de superposition des tissus. Lorsqu'une mammographie est indiquée pour explorer un symptôme ou une anomalie clinique, elle est réalisée d'emblée avec tomosynthèse.
- IRM mammaire: très sensible, elle intervient en complément de l'imagerie conventionnelle dans des situations ciblées, notamment pour le bilan d'extension de certains cancers, le dépistage des femmes à haut risque, l'évaluation de la réponse aux traitements néoadjuvants et la résolution de situations diagnostiques complexes.[2]

LE SEUL[1] PCSK9i MENSUEL♥ DANS UN STYLO PRÉREMPLI[2]

Praluent®
Alirocumab

NOUVEAU



POUR UNE RÉDUCTION DU LDL-C FORTE ET RAPIDE[Δ,3]

PRALUENT®, évidemment ![2]

NEXT GEN' PEN AUSSI EN 75 MG ET 150 MG[¥,2]

♥ Injection sous-cutanée de 300 mg toutes les 4 semaines (mensuellement)[2] ; ¥ Le « Next Gen' PRALUENT® Pen » ou le stylo PRALUENT® de dernière génération correspond au stylo pré-rempli sans bouton d'activation. Celui-ci a été optimisé par rapport au stylo précédent dans sa maniabilité et ses étapes d'utilisation ; Δ 66% de réduction du LDL-C à la semaine 4, maintenue pendant 16 semaines avec 300 mg toutes les 4 semaines (mensuellement).[3] **LDL-C** = low-density lipoprotein cholesterol (cholestérol à lipoprotéines de basse densité) ; **Next Gen'** = Next Generation ; **PCSK9i** = inhibiteur de la proprotéine convertase subtilisine/kexine de type 9. **1.** www.swissmedicinfo-pro.ch, dernière consultation : 01.05.2026 ; **2.** Information professionnelle Praluent®, mise à jour : 06/2025, www.swissmedicinfo-pro.ch ; **3.** Frias JP et al. The SYDNEY Device Study: A Multicenter, Randomized, Open-label Usability Study of a 2-mL Alirocumab Autoinjector Device. Clin Ther. 2020 Jan;42(1):94-107.e5. Les références peuvent être mises à disposition sur demande.

Praluent®. **PA:** alirocumab. **I:** en complément d'un régime alimentaire et d'une statine à la dose maximale tolérée +/- autre traitement hypolipémiant chez l'adulte présentant une hypercholestérolémie (incluant l'hypercholestérolémie familiale hétérozygote) et chez les enfants à partir de 8 ans présentant une hypercholestérolémie familiale hétérozygote nécessitant une réduction complémentaire du cholestérol LDL-C. Réduction du risque d'événements cardiovasculaires (IM, AVC ischémique, AI nécessitant une hospitalisation) chez les patients à risque cardiovasculaire élevé. **P:** chez les adultes, dose initiale recommandée (injection s.c.) 75 mg 1x toutes les 2 semaines. Autres dosages: 300 mg 1x toutes les 4 semaines ou dose maximale 150 mg 1x toutes les 2 semaines. Chez les enfants à partir de 8 ans, ajustement posologique nécessaire en fonction du poids. **CI:** hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **MP:** réactions allergiques générales, y compris le prurit, l'hypersensibilité, l'eczéma nummulaire, l'urticaire et la vascularite d'hypersensibilité ; en cas de réactions allergiques graves arrêter le traitement. Des angiocœdèmes ont été rapportés dans le cadre d'études observationnelles. **IA:** pas d'effet pharmacocinétique sur d'autres médicaments. Pas d'influence sur l'efficacité par des thérapies qui accroissent PCSK9 (comme les statines et autres hypolipémiants). **EI:** réactions au site d'injection, symptômes des voies aériennes supérieures, douleurs musculosquelettiques, prurit, diarrhée, infection des voies urinaires. **Pr:** 75 mg : solution injectable en stylo prérempli avec bouton d'activation : boîtes de 1, 2 ou 6 stylos ; sans bouton d'activation : boîtes de 1 ou 2 stylos. 150 mg : solution injectable en stylo prérempli avec bouton d'activation : boîtes de 2 ou 6 stylos ; sans bouton d'activation : boîte de 2 stylos. 300 mg : solution injectable en stylo prérempli sans bouton d'activation : boîte de 1 stylo. **Cat.rem.:** B*. **Tit.AMM:** sanofi-aventis (suisse) sa, 1214 Vernier/GE. **MàJ:** juin 2025. Pour de plus amples informations, voir l'information destinée aux professionnels sur www.swissmedicinfo-pro.ch.

sanofi-aventis (suisse) sa • C.P. 777 • 3, route de Montfleury • CH-1214 Vernier

sanofi

MAT-CH-2600002-2.0-05/2026 RMS_00000130

- Mammographie avec injection de produit de contraste (angiomammographie): elle est principalement proposée lorsque l'IRM est contre-indiquée.

PRINCIPAL DÉTERMINANT DU CHOIX DE L'IMAGERIE: L'ÂGE

Le choix de la première modalité d'imagerie dépend principalement de l'âge, en raison de la variation de la densité mammaire et de l'incidence du cancer selon les tranches d'âge. La densité est classée de A à D selon le système Breast Imaging-Reporting and Data System (BI-RADS) (**figure 1**). En mammographie, un sein dense apparaît blanc, comme les tumeurs, ce qui réduit le contraste et donc, la sensibilité de l'examen.

Chaque examen est, par ailleurs, conclu par une catégorie d'évaluation BI-RADS de 0 à 6, qui reflète le degré de suspicion de cancer et détermine la conduite à tenir (**tableau 1**).

Les modalités en fonction de l'âge sont les suivantes:

- Moins de 30 ans: l'échographie est l'examen de première intention. La mammographie n'est ajoutée qu'en cas d'anomalie échographique suspecte (BI-RADS 4 ou 5).[1]
- De 30 à 39 ans: l'échographie reste l'examen initial. Dans cette tranche d'âge, la décision de compléter l'exploration par une mammographie est laissée à l'appréciation du ou de la radiologue, en cas d'échographie non concluante ou suspecte. La prescription devrait idéalement comporter une échographie et une mammographie 3D.
- À partir de 40 ans: le bilan standard associe mammographie 3D et échographie.[1,2] La mammographie est réalisée en premier, puis l'échographie cible spécifiquement les anomalies identifiées.

TABLEAU 1 Classification BI-RADS 0 à 6

La classification BI-RADS standardise l'interprétation des examens d'imagerie mammaire en définissant le niveau de suspicion des anomalies détectées et en associant à chaque catégorie (0 à 6) une conduite à tenir spécifique.
BI-RADS: Breast Imaging-Reporting and Data System.

Catégorie	Signification	Probabilité de cancer
0	Examen incomplet et nécessité d'une imagerie complémentaire ou d'examens antérieurs	Non applicable
1	Normal	Pratiquement 0%, pas d'examen complémentaire, dépistage habituel selon l'âge et le risque.
2	Anomalie bénigne	Pratiquement 0%, pas d'examen complémentaire, dépistage habituel selon l'âge et le risque.
3	Probablement bénin	> 0% mais ≤ 2%, surveillance radiologique rapprochée.
4	Suspect	4A: faible suspicion de malignité (> 2% et ≤ 10%) 4B: suspicion modérée de malignité (> 10% et ≤ 50%) 4C: suspicion élevée de malignité (> 50% et < 95%). Conduite à tenir: prélèvement histologique recommandé.
5	Forte suspicion de malignité	≥ 95%, prélèvement histologique recommandé.
6	Cancer prouvé histologiquement	Non applicable.

FIG 1 Classification du BI-RADS (A à D) de la densité mammaire

Influence de la densité mammaire sur la performance de la mammographie. Illustration des quatre catégories de densité mammaire BI-RADS (**A** à **D**). Avec l'augmentation de la densité fibroglandulaire, l'effet de masquage du parenchyme augmente et la sensibilité de la mammographie diminue, certains cancers pouvant être partiellement ou totalement dissimulés dans les seins denses.
BI-RADS: Breast Imaging-Reporting and Data System.

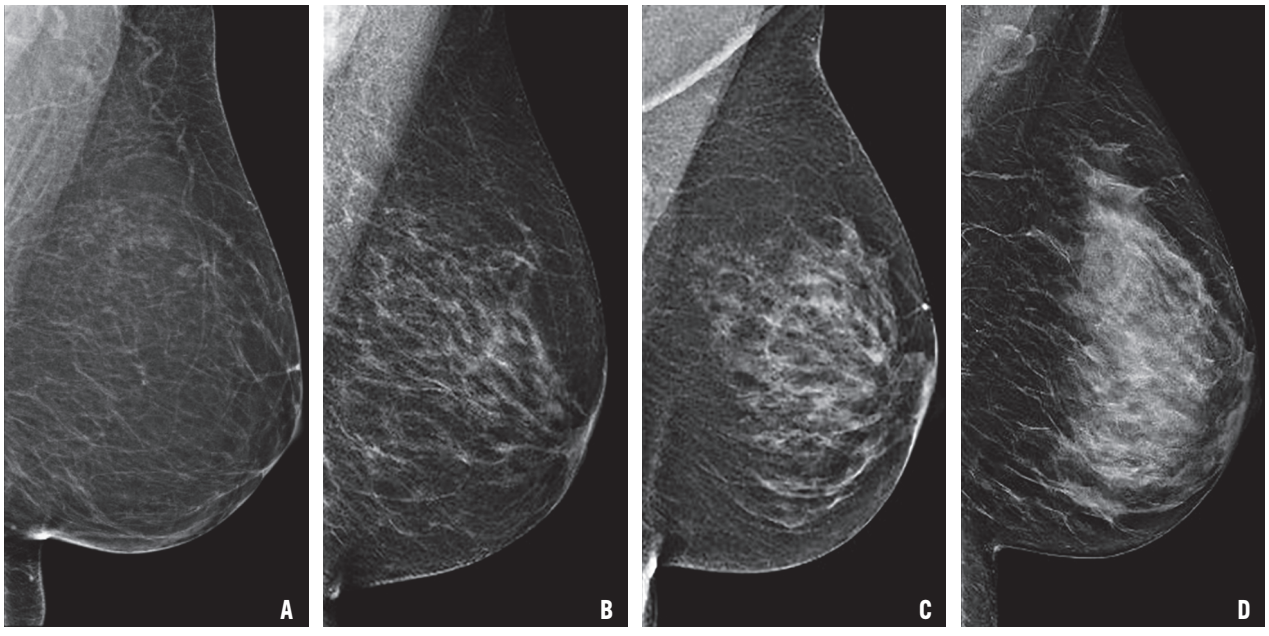


TABLEAU 2 Choix de l'imagerie selon la situation clinique

Ce tableau résume les recommandations pour les situations cliniques les plus fréquentes.
écho: échographie mammaire; IRM: IRM mammaire avec injection de gadolinium; mammo: mammographie 3D.

Situation clinique	< 30 ans	30-39 ans	≥ 40 ans
Masse palpable	Écho (± mammo selon suspicion)	Écho (± mammo selon suspicion)	Mammo + écho
Douleur focale persistante	Écho	Écho (± mammo selon suspicion)	Mammo + écho
Douleur diffuse/cyclique	Pas d'imagerie diagnostique	Pas d'imagerie diagnostique	Pas d'imagerie diagnostique
Écoulement pathologique	Écho ± mammo selon suspicion	Mammo + écho	Mammo + écho
Dépistage avec risque modéré	Pas d'imagerie	Pas d'imagerie	Mammo
Dépistage avec risque élevé (selon calcul)	IRM (dès 25 ans)	Mammo + IRM	Mammo + IRM
Grossesse (symptôme)	Écho = 1re intention; mammo selon suspicion; IRM contre-indiquée	Écho = 1re intention; mammo selon suspicion; IRM contre-indiquée	Écho = 1re intention; mammo selon suspicion; IRM contre-indiquée
Allaitement (symptôme)	Comme hors grossesse; IRM autorisée	Comme hors grossesse; IRM autorisée	Comme hors grossesse; IRM autorisée

L'IRM et l'angiomammographie ne sont pas indiquées en première intention dans le bilan diagnostique. Leur grande sensibilité peut, en effet, entraîner des faux positifs et des investigations complémentaires parfois invasives et anxiogènes.

CAS PARTICULIER DES SEINS DENSES

La densité mammaire diminue la sensibilité de la mammographie, qui passe de l'ordre de 90 à 93% dans les seins graisseux à moins de 62% dans les seins extrêmement denses.[3] Chez les femmes présentant une densité de catégorie D et une mammographie normale, une IRM complémentaire peut donc être envisagée.[3]

Le **tableau 2** présente le choix de la modalité d'imagerie en fonction de la situation clinique. Les situations suivantes illustrent, à travers quelques cas pratiques, la conduite à adopter face aux principaux motifs de consultation en sénologie. Les erreurs de prescription les plus fréquentes sont synthétisées dans le **tableau 3**.

CAS PRATIQUES

Masse palpable

Stratégie d'imagerie

Une masse palpable est une situation particulièrement anxiogène qui nécessite une évaluation rapide, idéalement dans les sept jours. La stratégie dépend de l'âge:[2]

- Moins de 30 ans: échographie en première intention si l'examen clinique est suspect. La mammographie est ajoutée uniquement en présence d'une anomalie échographique suspecte.[2]
- À partir de 30 ans: mammographie 3D associée à une échographie. Cette dernière permet notamment de caractériser les lésions et de guider une éventuelle biopsie.[2]

Il convient de souligner qu'une imagerie initiale normale ne doit pas conduire à ignorer un examen clinique fortement suspect. Une IRM ou une autre investigation complémentaire peut alors être nécessaire. La concordance clinicoradiologique est essentielle.[1,2]

Exemple pratique

Une femme de 45 ans consulte pour une masse à l'union des quadrants supérieurs du sein droit, apparue depuis trois semaines. La prescription appropriée est une mammographie 3D associée à une échographie mammaire. En cas de lésion BI-RADS 4 ou 5, une biopsie sous guidage échographique sera réalisée d'emblée par le ou la radiologue (**figure 2**).

Douleur mammaire (mastalgie)

Stratégie d'imagerie

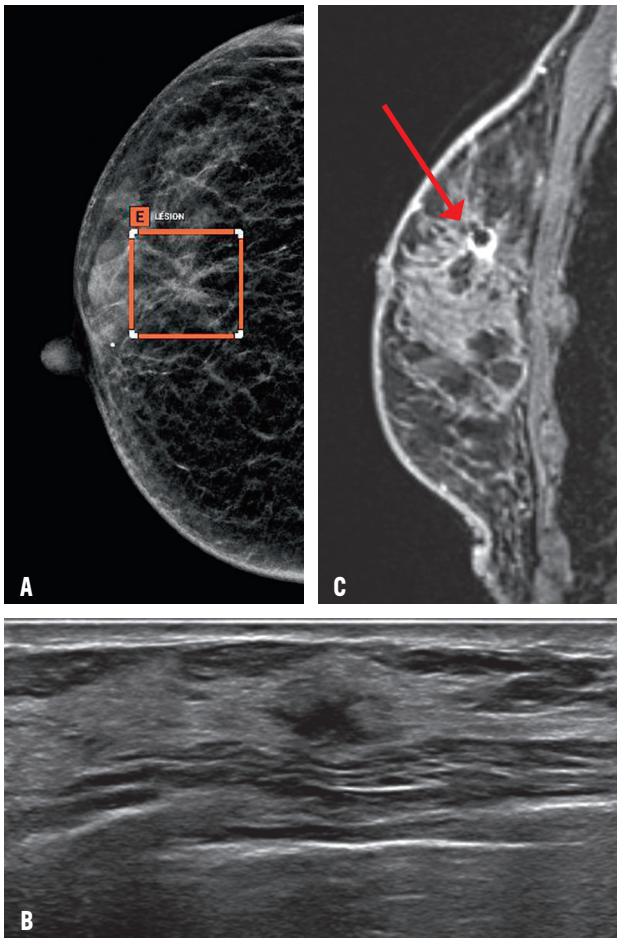
La mastalgie est le symptôme mammaire le plus fréquent, mais elle est rarement liée à un cancer. Lorsqu'elle constitue

TABLEAU 3 Erreurs fréquentes à éviter

Erreur	Bonne attitude
Prescrire une échographie seule chez une femme de plus de 40 ans avec un symptôme mammaire	La mammographie 3D doit toujours être associée à l'échographie au-delà de 40 ans[1,2]
Prescrire une mammographie chez une femme de moins de 30 ans en première intention	L'échographie est la modalité de choix dans cette tranche d'âge[1,2]. La mammographie peut-être rajoutée à l'appréciation du radiologue.
Demander une IRM en première intention pour une masse palpable	Le bilan initial repose sur l'échographie ± la mammographie selon l'âge[1] Un complément par IRM peut être envisagé en fonction des constatations et de la densité
Réaliser un bilan d'imagerie pour une douleur mammaire diffuse et cyclique chez des femmes non ménopausées	La réassurance suffit si le dépistage est à jour pour les personnes concernées[4]
Différer l'imagerie chez la femme enceinte par crainte de l'irradiation	La mammographie est sûre pendant la grossesse et l'échographie est toujours réalisable[9]
Contre-indiquer l'IRM pendant l'allaitement	L'IRM avec gadolinium est autorisée et l'allaitement peut être poursuivi[8]
Banaliser des signes inflammatoires mammaires	En dehors du contexte puerpéral, une mastite non puerpérale est souvent l'étiologie la plus probable mais un carcinome inflammatoire doit toujours être exclu Un bilan d'imagerie adapté à l'âge doit être réalisé rapidement, en particulier en cas de persistance des symptômes malgré un traitement bien conduit[10]

FIG 2 **Stratégie d'investigation d'une masse palpable**

Masse palpable de l'union des quadrants supérieurs du sein droit chez une patiente de 45 ans.
Bilan par mammographie et échographie, complété par une microbiopsie échoguidée avec pose de clip suivie d'une IRM mammaire.
A. Mammographie, incidence de face du sein droit. Distorsion architecturale (carré orange) correspondant à l'anomalie palpatoire. **B.** Échographie retrouvant une masse hypoéchogène à contours irréguliers. **C.** IRM avec injection de produit de contraste, retrouvant l'anomalie biopsiée et siège d'un clip (flèche rouge).
BI-RADS: Breast Imaging-Reporting and Data System.



l'unique symptôme, le risque de malignité est estimé entre 1,2 et 6,7%.[2,4]

La conduite à tenir dépend de ses caractéristiques:
- Douleur cyclique, diffuse et bilatérale chez une femme non ménopausée: aucune imagerie diagnostique supplémentaire n'est nécessaire en dehors du dépistage habituel. Une réassurance et un traitement symptomatique sont suffisants.[2,5] En cas de persistance, un avis spécialisé peut être envisagé.
- Douleur focale, persistante (≥ 4–6 semaines) et non cyclique:
  – Moins de 30 ans: échographie ciblée sur la zone douloureuse.
  – Entre 30 et 39 ans: échographie ciblée ± mammographie, selon l'appréciation du ou de la radiologue.
  – À partir de 40 ans: mammographie + échographie.[2,5]

L'IRM n'est pas indiquée en cas de mastalgie isolée.[1,2]

Exemple pratique

Une femme de 35 ans consulte pour une douleur focale du sein gauche, persistante depuis deux mois, sans masse palpable. L'examen clinique est normal. La prescription appropriée est une échographie mammaire ciblée associée à une mammographie, qui sera réalisée par le ou la radiologue si l'échographie n'est pas concluante. Une mammographie récente (moins de six mois) et normale dispense généralement de la répéter.[2]

Écoulement mamelonnaire

Stratégie d'imagerie

La distinction entre écoulement physiologique et pathologique est essentielle.[2,6] Un écoulement bilatéral et lactescent évoque une galactorrhée et justifie notamment un test de grossesse ainsi qu'un bilan endocrinien (prolactine, TSH (Thyroid Stimulating Hormone)).[2] Une analyse des traitements en cours est nécessaire pour rechercher une cause iatrogène. En cas d'hyperprolactinémie, une IRM cérébrale peut être indiquée pour rechercher un prolactinome. Chez une femme de moins de 40 ans, une simple surveillance accompagnée d'une éducation, notamment l'arrêt de la compression du mamelon, peut parfois suffire à arrêter de l'écoulement.

À l'inverse, un écoulement spontané, unipore, clair ou sanglant, est considéré comme pathologique, qu'il soit uni- ou bilatéral, et justifie un bilan d'imagerie mammaire:[6]
- Moins de 30 ans: échographie ± mammographie 3D selon suspicion.
- À partir de 30 ans: mammographie 3D + échographie.
- Si l'imagerie conventionnelle est négative ou révèle une anomalie probablement bénigne (BI-RADS 1-3), une IRM mammaire avec injection de gadolinium est recommandée en complément, et non en première intention. Dans ce contexte, sa sensibilité est de 83 à 100% et sa valeur prédictive négative de 87 à 100% pour la détection de malignité.[2,5,7]

Les principales causes sont les papillomes et ectasies galactophoriques, généralement bénins, mais aussi les carcinomes canalaires *in situ* et les carcinomes invasifs.

Exemple pratique

Une femme de 52 ans présente un écoulement spontané, sanglant, unipore du sein droit. La prescription initiale est une mammographie 3D associée à une échographie. Si le bilan est BI-RADS 1-3, une IRM mammaire complémentaire est indiquée et généralement proposée par le médecin radiologue spécialisé, suivie d'une consultation chirurgicale sénologique.

Dépistage du cancer du sein

Stratégie d'imagerie

Le dépistage doit être clairement distingué du bilan diagnostique d'un symptôme ou d'une anomalie clinique. La stratégie de dépistage dépend du risque individuel de développer un cancer du sein au cours de sa vie.

Des modèles évaluant ce risque, tels que le modèle Tyrer-Cuzick[8] et le modèle CanRisk,[9] permettent notamment de distinguer trois catégories:
- Risque faible: < 17%.

- Risque modéré: 17-29%.
- Risque élevé: ≥ 30%.

Chez les femmes à faible risque, le dépistage repose sur une mammographie 2D tous les deux ans entre 50 et 74 ans, sur invitation, dans le cadre des programmes cantonaux organisés, selon le canton de résidence.

Chez les femmes à risque modéré ou élevé, notamment porteuses d'une mutation *BRCA1* ou *BRCA2*, la modalité et la fréquence du dépistage sont adaptées au niveau de risque. Pour un risque modéré, la mammographie 3D est privilégiée. L'Office fédéral de la santé publique précise également le dépistage pour d'autres mutations et après radiothérapie thoracique ou corporelle.[10]

Exemple pratique

Une femme de 42 ans, présentant un risque modéré, consulte pour un dépistage. La prescription appropriée est une mammographie 3D. Si la mammographie révèle des seins extrêmement denses (catégorie D), une discussion sur le dépistage complémentaire (IRM ou échographie) est recommandée dans le cadre d'une décision partagée.

Grossesse et allaitement

Stratégie d'imagerie

La grossesse et l'allaitement nécessitent certaines adaptations, mais un symptôme suspect ne doit jamais être ignoré ou retardé, car un retard diagnostique peut en effet aggraver le pronostic.[11,12]

Pendant la grossesse:
- L'échographie est l'examen de première intention pour tout symptôme mammaire.[1,2,11]
- La mammographie n'est pas contre-indiquée. La dose fœtale est très faible, de l'ordre de 0,03 mGy (milligray), et l'examen est recommandé si l'échographie est suspecte ou insuffisante.[11,12]
- L'IRM avec injection de gadolinium est contre-indiquée en raison du passage transplacentaire du produit et des risques pour le fœtus.[11]
- Chez les femmes à risque modéré ou élevé, un report temporaire de la mammographie de dépistage peut être discuté selon le terme de la grossesse et les examens antérieurs; l'échographie de dépistage est, quant à elle, maintenue.[2]

Pendant l'allaitement:
- Le bilan diagnostique est similaire à celui d'une femme non enceinte, en fonction de l'âge.[2,13]
- L'IRM avec gadolinium est autorisée. L'excrétion du gadolinium dans le lait est très faible et ne justifie pas l'interruption de l'allaitement.[2]
- Il est recommandé d'allaiter ou de tirer le lait juste avant l'examen afin d'améliorer la sensibilité et le confort.[2]

Exemple pratique

Une femme de 34 ans, enceinte de 28 semaines, consulte pour un nodule palpable du sein gauche. La prescription de première intention est une échographie mammaire. Si l'échographie montre une lésion suspecte (BI-RADS 4-5), une mammographie 3D est ajoutée et une microbiopsie est réalisée sans délai. L'IRM est contre-indiquée dans ce contexte.

CONCLUSION

Le choix de l'imagerie mammaire repose principalement sur deux éléments: l'âge de la patiente et le contexte clinique, en distinguant clairement le dépistage de la démarche diagnostique. L'échographie constitue la modalité de référence chez la femme jeune, tandis que la mammographie 3D devient incontournable à partir de 40 ans. L'IRM, malgré ses performances élevées, doit être réservée à des indications ciblées afin de limiter les faux positifs et les investigations inutiles. En cas de doute sur la prescription appropriée, la communication directe avec le radiologue référent en imagerie mammaire reste la meilleure garantie d'un parcours diagnostique optimal pour la patiente.

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

Utilisation de l'IA: les auteur-e-s ont déclaré avoir utilisé l'IA pour une assistance rédactionnelle ponctuelle, notamment pour reformuler certains passages et améliorer la fluidité du texte. Aucun contenu généré n'a été utilisé sans relecture, validation et modification 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:
R. Hajri: https://orcid.org/0000-0002-0081-3162

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Face à une plainte mammaire, le choix de l'imagerie dépend de l'âge et du contexte: l'échographie est privilégiée chez la femme jeune et pour une anomalie focale, tandis que la mammographie est indiquée après 40 ans et pour l'analyse des microcalcifications.
- Dépistage et diagnostic doivent être distingués: tout symptôme mammaire nécessite une évaluation adaptée, même après un dépistage récent normal.
- Le score BI-RADS guide la prise en charge, de l'absence de suivi au prélèvement histologique.
- Le dépistage doit être adapté au risque individuel, avec recours possible à l'IRM chez les femmes à risque accru.
- Toute discordance clinico-radiologique ou anomalie clinique persistante doit conduire à poursuivre les investigations.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Une recherche de la littérature a été effectuée dans *Medline* via PubMed, en privilégiant les publications récentes et pertinentes pour la pratique clinique. Les principaux termes de recherche associaient «breast imaging», «mammography», «tomosynthesis», «breast ultrasound», «breast MRI», «breast symptoms», «breast cancer screening», «breast density» et «BI-RADS». La synthèse proposée dans cet article s'appuie principalement sur les recommandations et consensus de l'European Society of Breast Imaging, ainsi que sur la revue publiée en 2025 dans *European Radiology* par Athanasiou et coll., consacrée à la prise en charge diagnostique des symptômes mammaires. Les recommandations nationales suisses et d'autres sociétés savantes internationales ont également été consultées lorsqu'elles étaient pertinentes.

1 ** Athanasiou A, Appelman L, Pijnappel RM, et al. ESR Essentials: diagnostic work-up in patients with symptomatic breast disease-practice recommendations by the European Society of Breast Imaging. Eur Radiol. 2025 Feb;35(2):723-32. DOI: 10.1007/s00330-024-10980-5.
2 National Comprehensive Cancer Network. Breast Cancer Screening and Diagnosis [En ligne]. 5 mars 2026. Disponible sur: www.nccn.org/guidelines/guidelines-detail?category=2&id=1421
3 Holt DB. Breast Density Masking and the Need for Precision Screening. JAMA. 2026 Apr 28;335(16):1385-6. DOI: 10.1001/jama.2026.2443.
4 Chetlen AL, Kapoor MM, Watts MR. Mastalgia: Imaging Work-Up Appropriateness. Acad Radiol. 2017 Mar 1;24(3):345-9. DOI: 10.1016/j.acra.2016.10.004.
5 *Holbrook AI, Moy L, Akin EA, et al. ACR Appropriateness Criteria® Breast Pain. J Am Coll Radiol. 2018 Nov;15(11S):S276-82. DOI: 10.1016/j.jacr.2018.09.014.
6 Gupta D, Mendelson EB, Karst I. Nipple Discharge: Current Clinical and Imaging Evaluation. AJR Am J Roentgenol. 2021 Feb;216(2):330-9. DOI:10.2214/AJR.19.22025.
7 Boisserie-Lacroix M, Doutriaux-Dumoulin I, Chopier J, et al. Diagnostic accuracy of breast MRI for patients with suspicious nipple discharge and negative mammography and ultrasound: a prospective study. Eur Radiol. 2021 Oct;31(10):7783-91. DOI: 10.1007/s00330-021-07790-4.
8 MBCure. Tyrer-cuzick risk assessment calculator [En ligne]. Consulté le 1er septembre 2026. Disponible sur: https://mbcure.org/tyrer-cuzick-risk-assessment-calculator/
9 CanRisk. The CanRisk Tool [En ligne]. Consulté le 1er septembre 2026. Disponible sur: www.canrisk.org/canrisk_tool/
10 www.bag.admin.ch/dam/de/sd-web/tsAAOJplyMus/Art_12d_d_%C3%9Cberwachungsprotokoll_01_2021_D_fin.pdf
11 Peterson MS, Gegios AR, Elezaby MA, et al. Breast Imaging and Intervention During Pregnancy and Lactation. Radiographics. 2023 Oct;43(10):e230014. DOI: 10.1148/rg.230014.
12 Salkowski LR, Lewin AA, Weinstein SP, et al. ACR Appropriateness Criteria® Breast Imaging During Pregnancy. J Am Coll Radiol. 2025 Nov;22(11S):S492-507. DOI: 10.1016/j.jacr.2025.08.045.
13 Touboul C, Laas E, Rafii A. Exploration of breast inflammation excluding pregnancy and breastfeeding: Guidelines. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2015 Dec;44(10):913-20. DOI: 10.1016/j.jgyn.2015.09.041.

* **à lire**
** **à lire absolument**



planète santé

Teddy va chez le radiologue

Une histoire pour mieux comprendre et mieux expliquer la radiologie

Auteur : Tom Saliba
Illustrations : Sandy Klorek

POUR COMMANDER :

REVMED.CH/LIVRES

40 pages
Format : 19x19 cm
Prix : CHF 8.- / 8€
ISBN : 9782889411429
© 2026

RMS_00000146

Tilur®

L'AINS fort comme un lion[1,2] et bien toléré[2–6]



En cas d'arthrose[4]

En cas de lumbago[8]

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

seulement
40 %
d'élimination rénale[3,7]



Admis par les caisses-maladie

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

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

DROSSA PHARM

RMS_00000196 DRO_I00014_02/2025

Infections cutanées fréquentes en médecine de premier recours

Dre CATIA LAVENEX[a], Dre CHARLOTTE MATSING[b], Dre MARIE-LAURE FLAMMER[a] et Dr ALEXANDRE GOUVEIA[a,c,d,e]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1800-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.49477

Les infections cutanées, fréquentes en médecine ambulatoire, présentent des manifestations variées, le plus souvent bénignes. La morphologie et la distribution des lésions, complétées par l'anamnèse, permettent en général d'orienter la prise en charge. Cet article propose une approche pratique de cinq affections: impétigo, folliculite, abcès, dermatophytose et gale. Les principaux éléments cliniques sont présentés, ainsi que les diagnostics différentiels, les indications d'un prélèvement microbiologique et les traitements adaptés. Une place particulière est accordée aux mesures d'hygiène, à la prise en charge de l'entourage et à l'usage des anti-infectieux. La reconnaissance des formes étendues, récidivantes ou associées à des signes de gravité, permet d'identifier les situations nécessitant un traitement systémique ou un avis spécialisé.

Common skin infections in primary care

Skin infections are common in primary care and have varied manifestations, most often benign. Careful assessment of lesion morphology and distribution, combined with history-taking and evaluation of host factors, generally helps guide management. This article provides a practical approach to five common conditions: impetigo, folliculitis, skin abscesses, dermatophytosis, and scabies. For each, it reviews the main clinical features, differential diagnoses, indications for microbiological sampling, and appropriate treatment. Special emphasis is placed on hygiene measures, management of close contacts, and judicious use of anti-infectious treatments. Recognizing extensive or recurrent disease and warning signs helps identify situations requiring systemic treatment or specialist advice.

INTRODUCTION

Les infections cutanées sont fréquentes en médecine ambulatoire et principalement prises en charge par les professionnels-les de premier recours.[1,2] Leur évaluation peut s'avérer délicate en raison de présentations atypiques, de résistances microbiennes, et du risque de complications en cas retard de prise en charge.[2,3] Cet article propose une approche fondée sur l'anamnèse et la morphologie des lésions pour cinq infections: impétigo, folliculite, abcès, dermatophytose et gale.

[a]Département des policliniques, Policlinique de médecine générale, Unisanté, 1010 Lausanne, [b]Clinique de Crans-Montana, Hôpitaux universitaires de Genève, 3963 Crans-Montana, [c]Direction médicale, Unisanté, 1010 Lausanne, [d]École de formation postgraduée médicale, Faculté de biologie et médecine, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, [e]Master of Medical Sciences in Medical Education, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, États-Unis
catia.lavenex@unisante.ch | charlotte.matsing@hug.ch
marie-laure.flammer@unisante.ch | alexandre.gouveia@unisante.ch

LÉSION SUPERFICIELLE CROÛTEUSE: PENSER À L'IMPÉTIGO

L'impétigo est une infection bactérienne superficielle contagieuse, surtout pédiatrique, due principalement à *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), parfois associé à *Streptococcus pyogenes*. L'impétiginisation est favorisée par une dermatose préexistante, la promiscuité ou l'immunosuppression.[1,2,4] La forme non bulleuse associe des vésicules ou des pustules rompues à des croûtes mélicériques au niveau du visage ou des extrémités.[1,2,4] La forme bulleuse, liée à *S. aureus*, donne des bulles sur le tronc et des plis; l'ecthyma est plus profond et ulcéré.[1,2] Un prélèvement avec antibiogramme est indiqué en cas de doute, récidive, échec, forme étendue ou suspicion de *S. aureus* résistant à la méticilline (MRSA: Methicillin-Resistant *S. aureus*).[1,4] Les principaux diagnostics différentiels sont l'herpès, le zona, l'eczéma, la dermatite de contact et les piqûres d'insectes.

Les mesures d'hygiène associent le lavage des mains, des ongles courts, une douche quotidienne, un changement du linge et l'usage strictement individuel des objets personnels.[4,5] Pour les formes localisées (< 10 lésions et < 36 cm^2), un traitement local suffit: de l'acide fusidique en crème 3 x/jour pendant 5 à 7 jours et un antiseptique (Dakin, chlorhexidine ou Hibiscrub) plusieurs fois par jour.[1,2] En l'absence d'amélioration à 5 jours, ou en cas d'extension, d'ecthyma, d'immunosuppression ou de signes systémiques, il faudra prescrire la co-amoxicilline 1 g toutes les 12 heures ou la clarithromycine 250 mg 2 x/jour pendant 7 jours.[4] Si un MRSA est suspecté ou documenté, l'option sera le co-trimoxazole 800/160 mg 2 x/jour ou la clindamycine 450 mg 3 x/jour pendant 7 jours.[1,4]

L'évolution est habituellement favorable et les complications rares. Celles-ci comprennent surtout l'extension locorégionale, ou plus rarement, la glomérulonéphrite post-infectieuse, survenant typiquement dans les 2 à 3 semaines suivant l'infection cutanée.[2] La reprise de l'activité scolaire par les enfants est possible 24 à 48 heures après le début d'un traitement efficace si les lésions sont couvertes.[2]

PUSTULES PÉRIFOLLICULAIRES: PENSER À LA FOLLICULITE

La folliculite est une infection du follicule pilosébacé, le plus souvent due à *S. aureus*; d'autres agents peuvent être impliqués selon le contexte d'exposition (**tableau 1**).[6] Dans sa forme superficielle, elle se manifeste par de petites papules ou pustules érythémateuses centrées par un poil, parfois prurigineuses ou douloureuses. Une atteinte plus profonde forme

ACCU·CHEK®
SmartGuide

Roche



Prévision du risque de l'hypoglycémie nocturne sur 7 heures.[1]

Une longueur d'avance pour mes patient·e·s diabétiques.

Proactif plutôt que réactif avec Accu-Chek® SmartGuide CGM

- **Agir plus tôt grâce à l'évolution glycémique anticipée.[1-3]**
- **Associé à une probabilité plus faible d'hypoglycémie nocturne, pour plus de sécurité la nuit.[1,4,5]**
- **Des décisions thérapeutiques plus ciblées grâce à une évolution prévisible.[1,3,6,7]**

accu-chek.ch

Références : 1. L'application mySugr fournit une estimation prévisionnelle générale de l'évolution probable des valeurs de glucose dans les 2 heures à suivre (Prévision de la glycémie), du risque potentiel d'une hypoglycémie dans les 30 minutes à venir (Prévision du niveau de glucose bas) ainsi que du risque possible d'une hypoglycémie nocturne dans les 7 heures à suivre (Prévision valeur nocturne basse, active entre 21h00 et 02h00). **2.** Herrero P et al. J Diabetes Sci Technol. 2024; 18: 1014–26. **3.** Glatzer T et al. J Diabetes Sci Technol. 2024; 18: 1009–13. **4.** Ehrmann D et al. J Diabetes Sci Technol. 2024; 18: 1027–34. **5.** Bogaarts G et al. Diabetes Res Clin Pract. 2026; 234: 113188. **6.** Powers MA et al. Diabetes Spectr. 2013; 26: 91–7. **7.** Choudhary P et al. J Diabetes Sci Technol. 2013; 7: 1575–84.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK SMARTGUIDE et MYSUGR sont des marques de Roche.
© 2026 Roche | Roche Diagnostics (Suisse) SA | Service clientèle Accu-Chek® SmartGuide +41 800 134 134 | Lu-Ven 8:00–17:00, Sa 9:00–17:00 (appel gratuit) | E-mail : smartguide.ch@roche.com

RMS_00000178

un furoncle, nodule inflammatoire douloureux centré par une pustule; la confluence de plusieurs furoncles constitue un anthrax, tandis que des lésions récidivantes définissent une furonculose.[6,7] Le portage nasal, le rasage, l'occlusion, l'hypersudation, le diabète et l'immunosuppression favorisent les récidives.[6,7] Les principaux diagnostics différentiels sont l'acné, la pseudofolliculite, la kératose pilaire et l'hidradénite.

Un prélèvement microbiologique est indiqué en cas de récidive, de présentation atypique, d'échec thérapeutique ou de suspicion de MRSA.[7] La prise en charge associe les mesures d'hygiène, le port de vêtements amples, et éviter le rasage et la manipulation des lésions. Les formes superficielles localisées guérissent souvent spontanément; un savon antiseptique peut être proposé, puis, en cas d'échec, un traitement topique de courte durée par mupirocine ou clindamycine peut être envisagé.[5,7] Des compresses tièdes peuvent drainer un furoncle; une collection constituée nécessite une incision.[5,7] L'antibiothérapie orale est réservée aux lésions profondes ou multiples, aux signes systémiques et aux patients-es diabétiques ou immunodéprimés-es, selon la microbiologie et les recommandations de pratique clinique locales.[8] En cas de furonculose, il faut rechercher un portage staphylococcique et discuter d'une éventuelle décolonisation. Les complications comprennent les abcès, la cellulite et les récidives.[7]

TABLEAU 1 Classification de la folliculite selon l'agent pathogène

HSV: Herpes Simplex Virus; MRSA: Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline); MSSA: Methicillin-Sensitive *Staphylococcus aureus* (*Staphylococcus aureus* sensible à la méticilline).

Agent pathogène	Contexte/facteurs favorisants	Présentation clinique
Folliculites bactériennes		
Staphylococcus aureus (MSSA/MRSA)	• Cause la plus fréquente • Rasage, occlusion, diabète	• Pustules périfolliculaires • Zones pileuses
Streptococcus pyogenes (Groupe A)	• Rare, sur lésion préexistante	• Pustules douloureuses • Risque d'impétiginisation
Pseudomonas aeruginosa	• Baignade en eau contaminée (jacuzzi, piscine)	• Apparition 8-48 h postexposition • Prurit • Tronc, fesses
Klebsiella/ Enterobacter	• Après antibiothérapie prolongée (acné)	• Lésions faciales périnasales
Folliculites fongiques		
***Malassezia* spp.**	• Adolescents-es • Chaleur, humidité, corticostéroïdes, immunosuppression	• Pustules monomorphes • Prurit • Dos, tronc, épaules
Folliculites virales		
HSV-1/HSV-2 ***Molluscum contagiosum***	• Zones pileuses (barbe, pubis)	• Vésicules en cluster (bouquet) • Douleur/brûlure, prurit
Folliculites parasitaires et autres		
Demodex folliculorum	• Immunosuppression, rosacée, dermatite séborrhéique	• Pustules faciales diffuses
Folliculite éosinophilique	• VIH (CD4 < 300/µl), hémopathies, grossesse	• Papules/pustules prurigineuses • Visage, cuir chevelu, tronc supérieur

COLLECTION FLUCTUANTE DOULOUREUSE: PENSER À L'ABCÈS CUTANÉ

L'abcès cutané est une collection de pus qui se présente comme une tuméfaction érythémateuse, chaude et douloureuse, devenant fluctuante lorsqu'elle est constituée. *S. aureus* est retrouvé dans environ trois quarts des cas.[9] Une flore polymicrobienne est plus probable dans les localisations périnéales, vulvovaginales ou péri-orales, ainsi que chez les personnes utilisant des drogues injectables.[9,10] L'abcès peut apparaître spontanément sur peau saine ou compliquer une inoculation, une plaie ou une lésion préexistante.[9] L'examen recherche la fluctuation, l'étendue de l'érythème, une lymphangite et des signes généraux; un kyste épidermoïde surinfecté, une hidradénite suppurée ou un anthrax peuvent donner un tableau clinique similaire.[9,11] Une culture de la collection purulente est utile lors d'infections récidivantes modérées à sévères, d'une évolution inhabituelle ou lorsqu'une résistance est suspectée.[9]

La prise en charge dépend surtout de la taille, de la maturation et du contexte clinique. Une petite lésion non fluctuante peut être surveillée et traitée par des compresses chaudes, alors qu'un abcès fluctuant de plus de 2 cm nécessite une incision-drainage, idéalement accompagnée d'un prélèvement; une simple aspiration est insuffisante.[9,11] Une antibiothérapie est ajoutée en cas d'abcès volumineux (> 5 cm) ou multiples, d'échec du drainage, de signes systémiques, de localisation à risque ou chez les patients-es âgés-es ou immunodéprimés-es.[9,11] Son choix repose sur la gravité (**tableau 2**), la microbiologie et les recommandations de pratique clinique locales. L'antibiothérapie de choix per os sans contre-indication consiste en un traitement de co-amoxicilline 1 g 3 x/jour pendant 5 jours.[8] Certaines localisations, comme le sein, la vulve ou la région périanale, ainsi que la présence d'une prothèse orthopédique, d'une morsure ou d'une autre plaie imposent une prise en charge spécifique et éventuellement spécialisée.[9] En cas d'absence d'amélioration, il convient d'investiguer un drainage incomplet, une résistance bactérienne, une mauvaise observance, ou un diagnostic alternatif. Une récidive survient dans 7 à 14% des cas dans les deux mois.[9] Les complications invasives, telles qu'une bactériémie, une endocardite ou une

TABLEAU 2 Indications à l'antibiothérapie parentérale en cas d'abcès

PNN: polynucléaires neutrophiles; SIRS: Systemic Inflammatory Response Syndrome.

SIRS (≥ 2 critères présents): • Température > 38 °C ou < 36 °C • Tachypnée > 20 mouvements respiratoires/min • Tachycardie > 90 battements/min • Leucocytes > 12 000 ou < 4000 cellules/µl
Incapacité à tolérer/absorber le traitement per os
Abcès avec érythème rapidement progressif
Immunosuppression sévère: • Neutropénie (PNN < 500/µl) • Chimiothérapie en cours

infection ostéoarticulaire, restent rares, mais imposent une évaluation rapide devant tout signe de gravité.[9]

LÉSION ANNULAIRE SQUAMEUSE OU MACÉRATION INTERORTEILS: PENSER À LA DERMATOPHYTOSE

Les dermatophytoses sont des infections fréquentes des tissus kératinisés, plus souvent dues aux genres *Trichophyton*, *Microsporum* et *Epidermophyton*.[12] La contamination, directe ou indirecte, peut être interhumaine, animale ou plus rarement tellurique. La présentation varie selon le site: plaque annulaire squameuse à bordure active sur la peau glabre, macération et fissures des espaces interdigitaux dans le pied d'athlète, atteinte palmaire, onychomycose, ou alopécie squameuse du cuir chevelu (**tableau 3**). Plusieurs localisations peuvent coexister et les atteintes unguéales peuvent constituer un réservoir. Chaleur, humidité, occlusion, obésité, diabète et immunosuppression favorisent l'infection ou sa récidive. Les diagnostics différentiels comprennent notamment le psoriasis, l'eczéma nummulaire et la dermatite séborrhéique.[12]

Un prélèvement mycologique est requis avant tout traitement per os et est recommandé en cas de forme atypique, étendue, pilaire, récidivante ou persistante. L'examen direct à l'hydroxyde de potassium (KOH) est rapide et la culture permet d'identifier l'espèce.[12] Un antifongique topique suffit pour une atteinte localisée de la peau glabre, des plis ou des pieds. Une forme multifocale, réfractaire, du cuir chevelu ou de la barbe nécessite un traitement systémique. La teigne du cuir chevelu impose un antifongique oral adapté à la culture associé à un shampooing antifongique.[12,13] Il est nécessaire d'assécher les zones macérées, de réduire l'occlusion, de traiter l'hyperkératose et de rechercher une recontamination. Avant un traitement oral, une attention particulière doit être portée aux interactions médicamenteuses et au risque hépatique. Les dermocorticoïdes seuls sont à éviter, car ils peuvent masquer la lésion (tinea incognito) ou favoriser la survenue d'un granulome de Majocchi. En cas d'échec, une réévaluation de l'observance, du diagnostic, d'une éventuelle réinfection et d'une résistance à la terbinafine (notamment en cas d'infection à *Trichophyton indotineae*), est nécessaire.[12]

ÉRUPTION INTERDIGITALE, PRURIT NOCTURNE, ENTOURAGE ATTEINT: PENSER À LA GALE

La gale est une parasitose cutanée contagieuse due à *Sarcoptes scabiei variante hominis*, qui est un acarien strictement humain.[14] Elle se transmet surtout lors d'un contact cutané rapproché et prolongé, au sein du foyer ou lors de rapports sexuels. Le passage par le linge ou la literie est moins fréquent, sauf dans les formes croûteuses. Après une primo-infestation, l'incubation dure plusieurs semaines, mais se raccourcit lors d'une réinfestation. Le tableau clinique associe un prurit intense (volontiers nocturne et partagé par l'entourage) à des papules excoriées et parfois, à de fins sillons. Les espaces interdigitaux, les poignets, les aisselles, les aréoles, la région génitale et les fesses sont des sites évocateurs; chez l'adulte, le visage et le dos sont habituellement épargnés. La forme croûteuse ou «norvégienne», surtout observée chez les personnes âgées ou immunodéprimées, produit des lésions hyperkératosiques diffuses et une charge parasitaire élevée, responsable d'une forte contagiosité.[14]

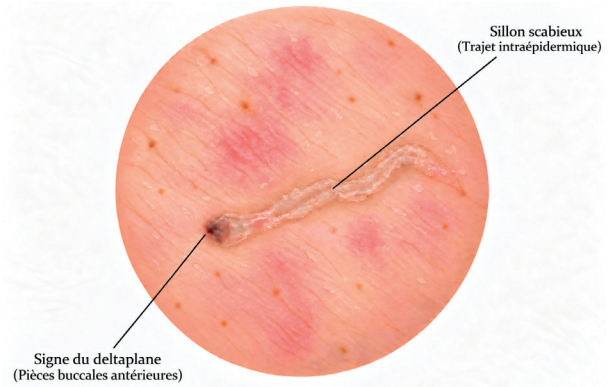
L'association du prurit nocturne, de cette topographie et de cas similaires dans l'entourage suffit souvent à orienter la prise en charge. La dermoscopie peut montrer l'acarien au bout d'un sillon, dont les pièces buccales antérieures forment le «signe du deltaplane» (**figure 1**); un prélèvement de

TABLEAU 3 Classification des dermatophytoses par localisation

A: *Arthroderma*; E: *Epidermophyton*; M: *Microsporum*; T: *Trichophyton*.

Localisation		Agents pathogènes les plus fréquents (transmission ou réservoir)	Manifestations cliniques
Peau glabre	**Tinea corporis**	• *T. rubrum* (interhumain) • *T. tonsurans* (interhumain) • *M. canis* (chiens, chats)	• Lésion annulaire érythématosquameuse avec bordure surélevée et centre clair • Extension centrifuge, prurit variable • Tronc, membres, visage
	Tinea cruris	• *T. rubrum* (interhumain) • *E. floccosum* (interhumain) • *T. interdigitale* (interhumain)	• Plaques érythématosquameuses des plis inguinaux • Bordure vésiculeuse nette, prurit intense • Chez l'homme, épargne scrotale • Souvent associée à tinea pedis
Mains et pieds	**Tinea pedis = pied d'athlète** **Tinea manuum**	• *T. rubrum* (interhumain) • *E. floccosum* (interhumain) • *T. interdigitale* (interhumain)	• Tinea pedis: macération interorteils; squames plantaires diffuses ou vésicules, prurit variable/sensation brûlure • Tinea manuum: hyperkératose palmaire ou lésion annulaire dorsale; typiquement unilatéral; syndrome deux pieds-une main (associé à tinea pedis)
Cuir chevelu	**Tinea capitis = teigne tondante**	• *M. canis* (chiens, chats) • *T. tonsurans* (interhumain)	• Teigne microsporique: plaques alopéciantes circulaires squameuses; lésions uniques ou multiples • Teigne trichophytique: plaques alopéciantes squameuses avec en son centre, les cheveux à ras dont la racine est englobée par des squames sous forme de points noirs • Fréquente chez l'enfant
	Teigne inflammatoire = kérion	• *T. verrucosum* (bétail) • *T. benhamiae* (cochons d'Inde)	• Placard inflammatoire suppuré, douloureux • Adénopathies locorégionales • Risque d'alopécie cicatricielle si traitement tardif
	Teigne favique	• *T. schoenleinii* (interhumain)	• Érythème périfolliculaire évoluant en croûtes jaunâtres appelé scutulum • Risque d'alopécie cicatricielle • Mauvaise odeur

FIG 1 Signe du deltaplane dans la gale



(*Source : ChatGPT version 5.6 Sol (OpenAI)*).

squames à examiner au microscope peut être réalisé si la présentation est atypique. Le-la patient-e et ses contacts étroits doivent être traités-es simultanément, même en l'absence de symptômes, afin d'éviter les réinfestations. La perméthrine topique à 5% et l'ivermectine orale sont les traitements de choix, avec une seconde administration après 7 à 10 jours.[14] Les recommandations internationales proposent une monothérapie pour la gale commune, la bithérapie restant réservée à la gale norvégienne ou aux échecs de traitement. Le traitement per os est privilégié vu sa facilité d'administration, sauf pour les femmes enceintes au premier trimestre ou allaitantes et les enfants pesant moins de 5 kg et âgés de moins de 2 mois, chez qui l'on choisira la perméthrine topique.[15] Les vêtements, serviettes et draps récemment utilisés doivent être lavés à 60 °C ou isolés dans un sac fermé durant au moins trois jours. Le prurit peut s'intensifier après le traitement et persister jusqu'à quatre semaines après l'éradication; cette persistance ne traduit pas, à lui seul, un échec. Au-delà, ou devant de nouvelles lésions, il est nécessaire de rechercher une mauvaise observance, un contact non pris en charge ou une réinfestation. Les principales complications sont les surinfections bactériennes liées au grattage et les troubles du sommeil. Une forme croûteuse, réfractaire ou sur un terrain immunodéprimé justifie un avis spécialisé.

CONCLUSION

L'examen de la morphologie d'une lésion cutanée infectieuse permet généralement d'orienter rapidement le diagnostic et de proposer un traitement adapté. Une approche raisonnée, limitant le recours inutile aux antibiotiques, intégrant les comorbidités des patients-es et prenant en compte l'entourage lorsque cela est nécessaire, représente la clé d'une prise en charge efficace et durable.

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

Utilisation de l'IA: les auteurs-rices ont utilisé l'IA pour la réécriture/amélioration de paragraphes ainsi que pour l'aide à la mise en forme des tableaux. La figure 1 a été créée avec ChatGPT version 5.6 Sol (OpenAI) et peut être publiée et reproduite avec mention de la source, conformément aux conditions d'utilisation d'OpenAI. Les auteurs-rices 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).

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Face à une lésion cutanée infectieuse, l'aspect clinique seul permet souvent d'orienter le diagnostic.
- Le dermatoscope, accessible en consultation de médecine générale, permet de confirmer les signes cliniques pathognomiques de gale, évitant ainsi un retard diagnostique souvent source d'épidémies familiales.
- L'éducation thérapeutique, notamment l'explication de la contagiosité, des mesures d'hygiène et des critères de réévaluation, est essentielle pour la prise en charge des infections cutanées.
- L'hygiène cutanée rigoureuse n'est pas un complément optionnel du traitement: il s'agit d'une mesure thérapeutique à part entière, aussi efficace qu'une thérapie médicamenteuse pour prévenir la dissémination et les récidives des infections cutanées.

1 *Baddour LM. Impetigo. In Post TW, éditeur. UpToDate [En ligne]. Waltham (MA): UpToDate, 2025. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.uptodate.cn/contents/impetigo
2 Nardi NM, Schaefer TJ. Impetigo. In StatPearls [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026.
3 *Raff AB, Kroshinsky D. Cellulitis: A Review. JAMA. 2016 Jul 19;316(3):325-37. DOI: 10.1001/jama.2016.8825.
4 Hartman-Adams H, Banvard C, Juckett G. Impetigo: diagnosis and treatment. Am Fam Physician. 2014 Aug 15;90(4):229-35.
5 Haute Autorité de santé. Prise en charge des infections cutanées bactériennes courantes [En ligne]. Saint-Denis La Plaine: Haute Autorité de santé, 2019. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.has-sante.fr/jcms/c_2911550/fr/prise-en-charge-des-infections-cutanees-bacteriennes-courantes
6 Winters RD, Mitchell M. Folliculitis. StatPearls [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026.
7 Jackson JD. Infectious folliculitis. In Post TW, éditeur. UpToDate [En ligne]. Waltham (MA): UpToDate, 2025. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.uptodate.cn/contents/infectious-folliculitis
8 **Centre hospitalier universitaire vaudois. Guide d'antibiothérapie [En ligne]. Lausanne: CHUV, 2025. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.chuv.ch/fr/min/min-home/personnel-de-la-sante/guide-dantibiotherapie
9 *Baddour LM. Cellulitis and skin abscess: Epidemiology, microbiology, clinical manifestations, and diagnosis. In Post TW, éditeur. UpToDate [En ligne]. Waltham (MA): UpToDate, 2025. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.uptodate.cn/contents/cellulitis-and-skin-abscess-epidemiology-microbiology-clinical-manifestations-and-diagnosis
10 Summanen PH, Talan DA, Strong C, et al. Bacteriology of skin and soft-tissue infections: comparison of infections in intravenous drug users and individuals with no history of intravenous drug use. Clin Infect Dis. 1995 Jun;20(Suppl.2):S279-82.
11 Baddour LM. Skin abscesses in adults: Treatment. In Post TW, éditeur. UpToDate [En ligne]. Waltham (MA): UpToDate, 2025. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.uptodate.cn/contents/skin-abscesses-in-adults-treatment
12 *Goldstein AO, Goldstein BG. Dermatophyte (tinea) infections. In Post TW, éditeur. UpToDate [En ligne]. Waltham (MA): UpToDate, 2026. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.uptodate.cn/contents/dermatophyte-tinea-infections
13 Treat JR. Tinea capitis: Management. In Post TW, éditeur. UpToDate [En ligne]. Waltham (MA): UpToDate, 2025. (Consulté le 24 août 2026). Disponible sur: www.uptodate.cn/contents/tinea-capitis-management
14 Ziebold C, Crane JS. Scabies. StatPearls [En ligne]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2026.
15 *Laffitte E, Cloppet J, Michaud M. La gale: traitement topique [En ligne]. Genève: Hôpitaux universitaires de Genève, 2020. (Consulté le 15 septembre 2026). www.hug.ch/dermatologie-venereologie/traitement-gale

* **à lire;**
** **à lire absolument**

Phytothérapie dans la prise en charge de l'insomnie et des troubles dépressifs

Dre OCÉANE BOILLEY[a], Dre NATACHA BORDRY[b], Dr BERTRAND GRAZ[c,d], Dre ANNE-LAURE CAVIN[c,d], Pre CHANTAL BERNA[b] et Pre CAROLE CLAIR[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1805-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.49215

L'insomnie et la dépression sont des maux régulièrement rencontrés en médecine générale et pour lesquels les traitements de première intention présentent des effets indésirables notables. Plusieurs plantes offrent des compléments thérapeutiques intéressants. L'administration orale d'extrait de racine de valériane peut contribuer à une amélioration subjective de la qualité du sommeil, tout comme l'inhalation d'huile essentielle de lavande. Le millepertuis constitue une option pertinente dans la prise en charge des troubles dépressifs, avec une efficacité, pour les troubles légers à modérés, comparable à celle des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, et une meilleure tolérance. Son usage doit néanmoins être évité chez les personnes sous traitement métabolisé par voie hépatique ou chez les femmes sous contraception orale.

Phytotherapy in the management of insomnia and depressive disorders

Insomnia and depression are common conditions encountered in general practice, for which first-line treatments may be associated with notable adverse effects. Several medicinal plants may offer complementary therapeutic options. The oral administration of valerian root extract may contribute to a subjective improvement in sleep quality, as may the inhalation of lavender essential oil. St. John's wort represents a relevant therapeutic option for the management of depressive symptoms, with efficacy comparable to that of selective serotonin reuptake inhibitors, and better tolerability. However, its use should be avoided in individuals receiving medications metabolized by hepatic enzymes or in women using oral contraceptives.

INTRODUCTION

Bien qu'utilisée depuis des siècles, la phytothérapie est peu enseignée dans la formation de médecine conventionnelle en Occident. Or, nombreux sont les patient-e-s demandeur-euse-s de traitements dits naturels, en alternative ou en complément des traitements pharmacologiques de première ligne. Cet article, inspiré du livre Les 33 plantes validées scientifiquement des Drs Bertrand Graz et Jacques Falquet,[1] et complété par une revue narrative de la littérature, fait le point sur des traitements phytothérapeutiques courants de l'insomnie et des troubles dépressifs. Plus spécifiquement, il porte sur l'efficacité de la valériane, de la lavande et du millepertuis.

[a]Département des policliniques, Unisanté, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, et Université de Lausanne, 1010 Lausanne, [b]Service d'anesthésiologie, Centre de médecine intégrative et complémentaire, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, [c]Association Santé communautaire – Genève, 1443 Champvent, [d]Section des sciences pharmaceutiques, Université de Genève, 1211 Genève 4,
oceane.boilley@unisante.ch | natacha.bordry@chuv.ch | bertrand.graz@unige.ch
al.cavin@asc-geneve.org | chantal.berna-renella@chuv.ch | carole.clair@unisante.ch

En préambule, il convient de rappeler que les plantes peuvent être utilisées sous diverses formes à des fins phytothérapeutiques: séchées pour des décoctions ou des infusions.[2] La décoction consiste à immerger les plantes dans de l'eau froide avant de porter le mélange à ébullition, tandis que l'infusion repose sur le fait de laisser infuser les plantes dans de l'eau bouillante. Les gélules, sirops et comprimés sont des formes galéniques plus complexes. Enfin, certaines plantes contiennent des composés volatils susceptibles d'être extraits sous forme d'huiles essentielles (HE).[2]

Les conditions environnementales et agronomiques, la génétique ainsi que les procédés de préparation influencent la concentration en molécules actives de la préparation finale et constituent un défi pour leur évaluation scientifique. En effet, l'hétérogénéité des matières premières, des procédés de préparation et des formes galéniques peut expliquer une variabilité des résultats et complique la comparaison des études. De plus, il convient de souligner que, d'une manière générale, la plupart des préparations à base de plantes (infusion, décoction ou huiles essentielles) présentent des propriétés organoleptiques (odeur et/ou goût) spécifiques et facilement reconnaissables, rendant les études en double aveugle pratiquement impossibles. Ces éléments limitent la solidité des conclusions quant à l'efficacité des préparations qui peuvent être tirées de la recherche.

PHYTOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'INSOMNIE

Prévalence et traitements usuels

Les insomnies sont un motif de consultation très fréquent en médecine générale. En Suisse, en 2022, un tiers de la population souffrait d'insomnie et cette problématique augmente avec l'âge.[3]

Le traitement médicamenteux repose encore fréquemment sur les benzodiazépines, bien que leur utilisation soit limitée par des effets indésirables bien établis particulièrement chez les personnes âgées.[4] Dans ce contexte, des alternatives thérapeutiques avec un meilleur profil de tolérance apparaissent importantes. Ces options pourraient compléter les approches non médicamenteuses, notamment la thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie (traitement de première ligne recommandé), ainsi que les mesures d'hygiène du sommeil et les techniques de relaxation, éléments centraux de la prise en charge globale de l'insomnie.[5,6]

Le **tableau 1** présente des informations sur l'usage de la valériane et de la lavande, ainsi que sur leurs contre-indications, leurs posologies et leurs effets secondaires.

TABLEAU 1 Valériane et lavande dans l'insomnie et l'anxiété

HE: huile essentielle; LAMaL: loi fédérale sur l'assurance maladie.

Plantes/médicaments phytothérapeutiques commercialisés	Indications	Posologies/recommandations	Effets indésirables	Contre-indications	Remarques
Valériane *Valeriana officinalis* (sous forme de racine)	Insomnie	**Infusion**: une cuillère à café (2 à 3 g) de racine coupée en petits morceaux dans une tasse, y ajouter de l'eau bouillante et laisser infuser 4 à 5 minutes; à boire 1 heure avant le coucher[1] Le goût peut être amélioré avec de la menthe, de la verveine ou de la fleur d'oranger[1]	Gastro-intestinaux (dyspepsie, nausées, constipation, diarrhées) et neurologiques (somnolence, rêves vifs)	• Prudence particulière lors de la prise concomitante de benzodiazépines ou d'alcool • Prudence chez les personnes âgées • À éviter en cas de polymédication et d'insuffisance rénale chronique • Grossesse et allaitement	La plante séchée peut s'acheter dans toutes les herboristeries et dans certaines pharmacies[1]
Formulations de valériane commercialisées par des firmes pharmaceutiques, mais non remboursées par la LAMaL: Arkocaps Valériane capsule Baldriparan dragée Sedonium dragée	Insomnie	**Arkocaps Valériane capsule 350 mg:** 2 capsules 30 minutes avant le coucher, éventuellement 2 capsules supplémentaires le soir au repas (maximum 5 capsules/jour[13]) **Baldriparan dragée 441,35 mg:** 1 à 2 dragées 1 heure avant le coucher[13] **Sedonium dragée 300 mg:** 2 dragées le soir 1 heure avant le coucher[13]	Gastro-intestinaux (dyspepsie, nausées, constipation, diarrhées) et neurologiques (somnolence)	• Grossesse et allaitement[13]	Prix indicatifs de vente en pharmacie: Arkocaps (45 pièces) environ 25 CHF Baldriparan (30 pièces) environ 30 CHF Sedonium (25 pièces) environ 10 CHF
Lavande (HE inhalée) *Lavandula angustifolia*	Insomnies et/ou anxiété	**Inhalation**: 2 à 5 gouttes, HE entre 2 à 10% à déposer sur un mouchoir à côté de l'oreiller[15,16,18]	Effets sédatifs diurnes	• Personnes prédisposées aux bronchospasmes ou aux convulsions • Grossesse et allaitement	Prix indicatif de vente en pharmacie: environ 15 CHF les 10 ml
Lavande (HE per os) *Lavandula angustifolia* Laitea 80 mg capsule (remboursée par la LAMaL) Lasea 80 mg capsule (non remboursée par la LAMaL)	Insomnies et/ou anxiété	**Per os:** 1 capsule/jour après le repas (à prendre en position assise)[13]	Troubles digestifs (éructations, nausées)[13] Réactions cutanées allergiques[13]	• Insuffisance hépatique[13] • Grossesse et allaitement[13]	Prix indicatifs de vente en pharmacie: Laitea (14 pièces) environ 13 CHF Lasea (28 pièces) environ 30 CHF
Lavande (HE pour massage) *Lavandula angustifolia*	Insomnies et/ou anxiété	**Massage**: doit être diluée: 1% d'HE dans de l'huile végétale (par exemple, huile de pépins de raisin) Massage doux et lent (cou, épaule, plante des pieds ou, si automédication: intérieur des poignets, avant-bras, intérieur des coudes, tempes, derrière les oreilles), 1 à 3 applications/jour[30]	Dermatites de contact allergiques, eczéma, prurit	• Allergies à la lavande	Prix indicatif de vente en pharmacie: environ 15 CHF les 10 ml

Potentiel thérapeutique de la valériane

La valériane (*Valeriana officinalis*), ou herbe aux chats, est connue et utilisée depuis l'Antiquité pour ses propriétés anxiolytiques et sédatives,[7] et se trouve facilement en Europe. Le Compendium propose trois formulations de valériane en monothérapie, mais aucune ne figure dans la liste des spécialités; elles ne sont donc pas remboursées par la LAMaL. De nombreuses formulations associant la valériane à d'autres plantes comme le houblon, la passiflore ou la mélisse, existent également, mais ne seront pas abordées dans cet article.

Trois méta-analyses dont une synthèse des revues systématiques[7-9] ont évalué l'efficacité de la valériane, en utilisant différentes préparations (extraits, solutions hydroalcooliques ou racines), administrées à des posologies variables pendant des durées allant d'un jour à plusieurs semaines, comparativement au placebo. Les critères de jugement objectifs (temps de latence d'endormissement, durée totale du sommeil, paramètres électroencéphalographiques ou polysomnographiques) n'ont généralement pas montré d'amélioration significative.[8,9] En revanche, les critères de jugement subjectifs, évalués à l'aide de questionnaires validés tels que le PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index) ou l'ISI (Insomnia Severity Index), ont démontré une amélioration modeste, mais significative de la qualité perçue du sommeil.[8,10] Cette discordance entre les différentes mesures pourrait en partie s'expliquer par l'importante hétérogénéité méthodologique des études et par la discrépance connue entre la qualité du sommeil subjective et les mesures objectives.[7,8] Toutefois, l'amélioration de la qua-

lité perçue du sommeil représente un critère déterminant pour les patient-es, même en l'absence de modification des paramètres objectifs.[9]

Lors de l'analyse en sous-groupe, une méta-analyse a mis en évidence que la racine de la valériane semblait plus efficace que les autres parties de la plante.[7] De plus, certaines populations paraissaient bénéficier davantage de la valériane, comme les femmes postménopausées souffrant d'insomnie en lien avec des bouffées de chaleur, ou encore les personnes anxieuses.[7]

Aucun effet secondaire majeur n'a été identifié.[9] Des effets indésirables légers à modérés ont toutefois été rapportés d'ordre gastro-intestinal (dyspepsie, nausées, constipation, diarrhées) et neurologique (somnolence, rêves vifs). L'utilisation de la valériane chez les personnes âgées nécessite certaines précautions: en raison de données limitées dans cette population, son emploi est à éviter en cas de polymédication et chez les personnes ayant une insuffisance rénale de stade 3. En revanche, le risque de sédation semble comparable à celui des adultes plus jeunes.[9,11,12] Selon le Compendium, en l'absence de données suffisantes chez l'humain, l'utilisation de la valériane chez les femmes enceintes est contre-indiquée.[13]

Potentiel thérapeutique de la lavande

L'utilisation médicinale de la lavande (*Lavandula angustifolia*) remonte à l'Antiquité gréco-romaine. Les Grecs et les Romains l'employaient principalement pour ses propriétés aromatiques, antiseptiques et relaxantes.[14]

Plusieurs préparations sont disponibles, notamment sous forme d'HE, administrées par inhalation, per os en capsule (Lasea et Laitea), ou par application cutanée en massage après dilution dans une huile végétale.[15-17] L'inhalation et l'ingestion d'HE constituent les modalités les plus étudiées.

La littérature suggère une efficacité de l'HE de lavande inhalée sur la qualité du sommeil. Plusieurs méta-analyses récentes[16-18] ont comparé l'efficacité de l'inhalation d'HE de lavande à différents placebos (avec le caveat mentionné dans l'introduction quant à l'odeur rendant le double aveugle difficile) et ont mis en évidence une amélioration significative de la qualité du sommeil dans le groupe traité,[18] correspondant à un effet modéré à important. Cette amélioration a été observée à la fois sur des critères d'évaluation qualitatifs et quantitatifs du sommeil.[18] Les bénéfices semblaient plus marqués lorsque l'inhalation était réalisée avant le coucher et répétée durant plusieurs jours consécutifs.[16-18] Les populations qui semblaient bénéficier le plus de ce traitement étaient les personnes anxieuses, dépressives, présentant une maladie oncologique, âgées, diabétiques, hospitalisées et les femmes en post partum.[15-18]

L'HE de lavande présente un profil de sécurité favorable.[16] En Suisse, l'huile essentielle de lavande pure n'est pas enregistrée comme médicament auprès de Swissmedic. Elle peut donc être commercialisée, mais sans indication thérapeutique. Les effets indésirables relevés sont rares et concernent principalement l'application cutanée avec des dermatites de contact allergiques, de l'eczéma ou du prurit.[19] Sous forme d'inhalation, la prudence est de mise, sa tolérance pulmonaire n'étant que peu connue, et son utilisation est contre-indiquée en cas de prédisposition aux bronchospasmes ou aux convulsions.[19] En l'absence de données suffisantes, l'inhalation de l'HE de lavande est contre-indiquée durant la grossesse et l'allaitement.

PHYTOTHÉRAPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DÉPRESSIFS

Prévalence et recommandations actuelles

En Suisse, 9,8% des personnes de 15 ans et plus présentaient des symptômes dépressifs modérés à graves en 2022, et jusqu'à 40% de la population pourrait souffrir de dépression au cours de sa vie.[20]

Les recommandations actuelles de prise en charge des troubles dépressifs reposent sur une approche psychothérapeutique et comportementale associée à un traitement médicamenteux de première ligne, le plus souvent des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).[21] Leurs effets indésirables limitent toutefois leur utilisation ou l'observance chez certains patients.

Potentiel thérapeutique du millepertuis

Le millepertuis (*Hypericum perforatum*), ou herbe de la Saint-Jean, doit son nom à sa floraison fin juin, proche de la fête de la Saint-Jean. Cette plante est connue depuis l'Antiquité pour ses vertus médicinales, dont le traitement local des plaies et des brûlures.[22] Au Moyen Âge, le millepertuis était utilisé dans le traitement des démences et était réputé pour ses vertus protectrices contre les mauvais esprits: on le nommait alors *fuga deamonum*.[22] Cette herbe est aujourd'hui indiquée pour traiter les troubles dépressifs légers à modérés. En Allemagne, le millepertuis fait partie des antidépresseurs les plus prescrits.[22] En Suisse, on le retrouve dans le Compendium sous forme d'extraits en monothérapie, indiqué dans le cadre des troubles dépressifs. Le **tableau 2** présente des informations sur son usage, sur les contre-indications, la posologie et les effets indésirables.

La partie aérienne fleurie est la partie de la plante la plus utilisée sous forme d'extraits standardisés.[23]

Plusieurs méta-analyses[23,24] ont montré que le millepertuis était plus efficace que le placebo dans le traitement des épisodes dépressifs légers à modérés.[23,24] De plus, plusieurs méta-analyses concluent à une efficacité à court terme (essais cliniques disponibles de courte durée, n'excédant pas 12 semaines) comparable à celle des ISRS, avec des taux de réponse et de rémission similaires chez les patient-e-s présentant une dépression légère à modérée.[23-25]

Le millepertuis entraîne moins d'arrêts prématurés que les ISRS[25] et des effets indésirables comparables au groupe placebo,[24] ce qui suggère une meilleure tolérance. En revanche, les données restent insuffisantes pour recommander son utilisation dans les dépressions sévères avec un risque suicidaire.

Les effets indésirables sont rares (1 à 3%),[22] les plus fréquents étant des troubles gastro-intestinaux, une éruption cutanée,

TABLEAU 2 **Millepertuis dans les troubles dépressifs légers à modérés**

Tableau non exhaustif proposant différentes formes de millepertuis.
IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; ISRS: inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine; LAMaL: loi fédérale sur l'assurance maladie.

Plante	Indications	Posologies/ Recommandations	Effets secondaires	Contre-indications	Remarques
Millepertuis *Hypericum perforatum*	Troubles dépressifs légers à modérés	**Infusions** de 2 à 4 g de plante sèche (parties aériennes) par tasse, c'est-à-dire 1 à 2 cuillères à café, à prendre 1 à 2 x/jour[1] Extrait hydroalcoolique à 0,2% d'hypéricine: 600 à 900 mg/ jour (à prendre 1 à 2 x/jour)[22]	Gastro-intestinaux, rash, fatigue, effets sédatifs	• Traitements concomitants par antidépresseurs (en particulier les ISRS et IRSN) • Traitements ayant un métabolisme hépatique impliquant le cytochrome P450 3A4 ± la glycoprotéine P, triptans et médicaments à marge thérapeutique étroite • Grossesse et allaitement	Le dosage est à ajuster en fonction de l'efficacité du traitement[22] L'efficacité du traitement se manifeste 2 à 3 semaines après le début du traitement[1]
Formulations de millepertuis commercialisées par des firmes pharmaceutiques remboursées par la LAMaL:	Troubles dépressifs légers à modérés		Gastro-intestinaux, rash, fatigue, effets sédatifs[13]	• Traitements concomitants par antidépresseurs (en particulier les ISRS et IRSN) • Traitements ayant un métabolisme hépatique le cytochrome P450 3A4 ± la glycoprotéine P, triptans et médicaments à marge thérapeutique étroite • Femmes enceintes et allaitantes	Prix indicatifs de vente en pharmacie:
Deprivita comprimé pelliculé		**Deprivita** comprimé pelliculé 900 mg: 1 comprimé/jour après le petit déjeuner[13]			Deprivita (30 pièces) environ 30 CHF
Hyperiplant Rx comprimé pelliculé		**Hyperiplant Rx** comprimé pelliculé 600 mg: 1 comprimé/ jour avant le petit déjeuner[13]			Hyperiplant Rx (40 pièces) environ 33 CHF
Rebalance Rx comprimé pelliculé		**Rebalance Rx** comprimé pelliculé 500 mg: 1 comprimé/ jour[13]			Rebalance Rx (30 pièces) environ 32 CHF
Solevita neo comprimé pelliculé		**Solevita neo** comprimé pelliculé 900 mg: 1 comprimé/ jour après le petit- déjeuner[13]			Solevita neo (30 pièces) environ 30 CHF

de la fatigue et des effets sédatifs.[25] Quelques cas de photosensibilisation ont été rapportés, principalement à des doses supérieures aux posologies recommandées. Il est néanmoins conseillé aux patient-e-s à phototype clair de limiter l'exposition solaire pendant le traitement.[22]

Les contre-indications du millepertuis découlent principalement de son métabolisme hépatique. En effet, l'hyperforine contenue dans le millepertuis semble être un inducteur du cytochrome P450 3A4 et de la glycoprotéine P.[26] Le métabolisme de nombreux médicaments, dont les contraceptifs œstroprogestatifs, la digoxine, la ciclosporine, la théophylline, la warfarine, la nifédipine, les antirétroviraux, certains anticancéreux, le midazolam et les statines est ainsi augmenté, diminuant leur concentration plasmatique et leur efficacité.[22]

L'association du millepertuis avec d'autres antidépresseurs, en particulier les ISRS et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, est déconseillée en raison du risque de syndrome sérotoninergique. L'utilisation concomitante avec les triptans et les médicaments à marge thérapeutique étroite est également à éviter.[22]

Enfin, les recommandations actuelles ne préconisent pas l'utilisation du millepertuis pendant la grossesse et l'allaitement au vu de données limitées dans ces situations.[27]

CONCLUSION

La valériane et la lavande semblent plus efficaces qu'un placebo contre l'insomnie, surtout selon des critères subjectifs et chez les personnes anxieuses. Aucune amélioration objective du sommeil n'a toutefois été démontrée. En raison de ces résultats et de la faible qualité des études, les recommandations européennes et américaines sur la prise en charge de l'insomnie ne les préconisent pas.[28,29]

Le millepertuis est aussi efficace que les ISRS dans la dépression légère à modérée et mieux toléré. Les effets indésirables des trois plantes sont généralement légers, mais l'hétérogénéité des études empêche de formuler des recommandations posologiques précises. Le millepertuis présente des interactions majeures. Ces trois plantes sont à éviter pendant la grossesse et l'allaitement.

Des essais comparant la phytothérapie aux traitements de première intention restent nécessaires. En attendant, des préparations standardisées peuvent être proposées avec prudence aux patient-e-s qui souhaitent recourir aux médecines complémentaires.

Conflit d'intérêts: B. Graz est coauteur du livre «Les 33 plantes validées scientifiquement», dont le bénéfice des ventes est reversé à des projets de recherches sur les plantes médicinales indépendants des auteurs. N. Bordry est en formation de phytothérapie. Les autres auteur-e-s n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-e-s ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la synthèse de publications scientifiques, pour améliorer, reformuler ou raccourcir des paragraphes ainsi que pour le contrôle grammatical et orthographique. Les auteur-e-s 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).

ORCID ID:
N. Bordry: https://orcid.org/0000-0002-3523-438X
B. Graz: https://orcid.org/0000-0003-2839-725X
A. L. Cavin: https://orcid.org/0000-0002-6723-2274
C. Berna: https://orcid.org/0000-0001-8258-7412
C. Clair: https://orcid.org/0000-0001-5281-0943

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La valériane peut améliorer des aspects subjectifs de l'insomnie, la racine semblant être la partie de la plante la plus efficace dans ce contexte.
- L'huile essentielle de lavande peut s'employer dans la prise en charge de l'insomnie, les modes d'administration les plus étudiés étant l'inhalation et l'ingestion.
- Le millepertuis constitue un traitement à proposer en première ligne dans les troubles dépressifs légers à modérés.
- Des contre-indications doivent être respectées pour les trois plantes, au vu des molécules bioactives pouvant entraîner des interactions ou des réactions allergiques.

1 **Graz B, Falquet J. Les 33 plantes validées scientifiquement. Ebook. Lausanne: Éditions Favre, 2024.
2 Alamgir ANM. Herbal Drugs: Their Collection, Preservation, and Preparation; Evaluation, Quality Control, and Standardization of Herbal Drugs. In Therapeutic Use of Medicinal Plants and Their Extracts: Volume 1 [En ligne]. Cham: Springer International Publishing, 2017; p. 453-95. (Consulté le 28 juillet 2026). Disponible sur: http://link.springer.com/10.1007/978-3-319-63862-1_10 doi:10.1007/978-3-319-63862-1_10
3 Kaeser M. Troubles du sommeil dans la population. Enquête suisse sur la santé de 1997 à 2022 [En ligne]. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique, 2024. (Consulté le 26 septembre 2026). Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.32306001.html
4 Reid MJ, Huhn AS, Finan PH. Pharmacological interventions for insomnia disorder in adults. Lancet. 2022 Nov 26;400(10366):1845-6. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)02031-1.
5 Morin CM, Buysse DJ. Management of Insomnia. N Engl J Med. 2024 Jul 18;391(3):247-58. DOI: 10.1056/NEJMcp2305655.
6 Grandjean C, Crettol Wavre S, Ansermot N, et al. Traitement de l'insomnie, par quoi commencer? Rev Med Suisse. 2021 Mai 5;17(737):890-7. DOI: 10.53738/REVMED.2021.17.737.0890.
7 *Shinjyo N, Waddell G, Green J. Valerian Root in Treating Sleep Problems and Associated Disorders—A Systematic Review and Meta-Analysis. J Evid Based Integr Med. 2020 Jan-Dec;25:2515690X20967323. DOI: 10.1177/2515690X20967323.
8 Fernández-San-Martín MI, Masa-Font R, Palacios-Soler L, et al. Effectiveness of Valerian on insomnia: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. Sleep Med. 2010 Jun;11(6):505-11. DOI: 10.1016/j.sleep.2009.12.009.
9 *Valente V, Machado D, Jorge S, Drake CL, Marques DR. Does valerian work for insomnia? An umbrella review of the evidence. Eur Neuropsychopharmacol. 2024 May;82:6-28. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2024.01.008.
10 Bent S, Padula A, Moore D, Patterson M, Mehling W. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis. Am J Med. 2006 Dec;119(12):1005-12. DOI: 10.1016/j.amjmed.2006.02.026.
11 Taibi DM, Vitiello MV, Barsness S, et al. A randomized clinical trial of valerian fails to improve self-reported, polysomnographic, and actigraphic sleep in older women with insomnia. Sleep Med. 2009 Mar;10(3):319-28. DOI: 10.1016/j.sleep.2008.02.001.
12 Glass JR, Sproule BA, Herrmann N, Streiner D, Busto UE. Acute pharmacological effects of temazepam, diphenhydramine, and valerian in healthy elderly subjects. J Clin Psychopharmacol. 2003 Jun;23(3):260-8. DOI: 10.1097/01.jcp.0000084033.22282.b6.
13 Compendium [En ligne]. (Consulté le 10 juillet 2026). Disponible sur: https://compendium.ch
14 Civilyte A, Karanikola K, Kramer A. From antiquity to modern hygiene: the archaeological and medicinal legacy of lavender as a promising antimicrobial agent. GMS Hyg Infect Control. 2025 May 20;20:Doc21. DOI: 10.3205/dgkh000550.
15 Luo J, Jiang W. A critical review on clinical evidence of the efficacy of lavender in sleep disorders. Phytother Res. 2022 Jun;36(6):2342-51. DOI: 10.1002/ptr.7448.
16 Ostovar M, Khademizadeh MH, Namjoyan F, et al. A systematic review and meta-analysis of clinical trials on lavender for sleep disorders in older adults. Exp Gerontol. 2025 Nov;211:112919. DOI: 10.1016/j.exger.2025.112919.
17 *Shen H, Zhang LJ, Zhu WY. The Sleep-Enhancing Effect of Lavender Essential Oil in Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. Holist Nurs Pract. 2026 Mar-Apr;40(2):105-18. DOI: 10.1097/HNP.0000000000000734.
18 Cheong MJ, Kim S, Kim JS, et al. A systematic literature review and meta-analysis of the clinical effects of aroma inhalation therapy on sleep problems. Medicine (Baltimore). 2021 Mar 5;100(9):e24652. DOI: 10.1097/MD.0000000000024652.
19 Antonelli M, Donelli D. Efficacy, Safety and Tolerability of Aroma Massage with Lavender Essential Oil: an Overview. Int J Ther Massage Bodywork. 2020 Feb 26;13(1):32-6. DOI: 10.3822/ijtmb.v13i1.529.
20 Storni M, Lieberherr R, Kaeser M, Schneider S. Enquête suisse sur la santé 2022. Vue d'ensemble [En ligne]. Neuchatel: Office fédéral de la statistique, 2023. (Consulté le 26 septembre 2026). Rapport OFS 213-2202. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/asset/fr/28625353
21 Kamdem GB, Silva Teixeira A, Senchyna A, et al. Nouveautés dans les traitements non pharmacologiques de la dépression. Place à une approche plus intégrative. Rev Med Suisse. 2022 Sep 28;18(797):1809-11. DOI: 10.53738/REVMED.2022.18.797.1809.
22 *François D. Le millepertuis: De la plante au médicament. Usages traditionnels et interactions médicamenteuses [En ligne]. Thèse. Nancy: Université de Lorraine, 2010. Disponible sur: https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01738934v1
23 Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. Cochrane Database Syst Rev. 2008 Oct 8;2008(4):CD000448. DOI: 10.1002/14651858.CD000448.pub3.
24 **Apaydin EA, Maher AR, Shanman R, et al. A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder. Syst Rev. 2016 Sep 2;5(1):148. DOI: 10.1186/s13643-016-0325-2.
25 Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CYX. Clinical use of Hypericum perforatum (St John's wort) in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2017 Mar 1;210:211-21. DOI: 10.1016/j.jad.2016.12.048.
26 Nicolussi S, Drewe J, Butterweck V, Meyer Zu Schwabedissen HE. Clinical relevance of St. John's wort drug interactions revisited. Br J Pharmacol. 2020 Mar;177(6):1212-26. DOI: 10.1111/bph.14936.
27 Centre de référence sur les agents tératogènes (CRAT). Millepertuis [En ligne]. Mars 2023 .
28 *Riemann D, Espie CA, Altena E, et al. The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. J Sleep Res. 2023 Dec;32(6):e14035. DOI: 10.1111/jsr.14035.
29 Buysse DJ, Arnedt JT, Buenaver L, et al. Combination treatment for chronic insomnia disorder in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2026 Apr 13;22(1):56. DOI: 10.1007/s44470-025-00038-8.
30 *Natural Self-Care [En ligne]. (Consulté le 12 juin 2026). 31 mars 2026. Disponible sur: https://natural-self-care.ch

* **à lire**
** **à lire absolument**

Prise en charge de la constipation chronique en médecine de premier recours

Dre NATHALIE SCHWALM[a], Dre CHARLÈNE MAURON[b] et Dr NICOLAS GRASSET[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1810-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.49443

La constipation chronique est un motif fréquent de consultation en médecine de premier recours. Après exclusion des drapeaux rouges et des causes secondaires, trois situations cliniques principales doivent être distinguées: la constipation fonctionnelle, le syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante (SII-C) et les troubles fonctionnels de la défécation. Ces situations diffèrent par leurs mécanismes physiopathologiques et nécessitent une prise en charge adaptée. Celle-ci repose sur une approche progressive associant des mesures hygiénodiététiques, des traitements pharmacologiques ciblés, une rééducation pelvi-périnéale dans les troubles de la défécation et, plus rarement, une chirurgie.

Management of chronic constipation in primary care

Chronic constipation is a common reason for consultation in primary care. After excluding red flags and secondary causes, three main clinical situations should be distinguished: functional constipation, irritable bowel syndrome with constipation, and defecatory disorders. These conditions differ in their pathophysiological mechanisms and require appropriate management. Management is based on a stepwise approach combining lifestyle and dietary measures, targeted pharmacological therapy, pelvic floor rehabilitation for defecatory disorders and, more rarely, surgery.

INTRODUCTION

La constipation chronique est une affection fréquente en médecine de premier recours, touchant environ 10 à 20% de la population,[1-5] avec une fréquence plus élevée chez les femmes et les personnes âgées.[2,3,6-8] En Suisse, sa prévalence est estimée entre 7 et 16%.[6] Bien que rarement grave, elle altère la qualité de vie et augmente le recours aux soins.[1,8-10]

La constipation peut être organique, secondaire à une affection ou à un traitement, ou relever d'un trouble fonctionnel digestif.[8,11] L'enjeu est d'identifier les patients nécessitant des investigations, puis de reconnaître le phénotype clinique afin de proposer une prise en charge adaptée.

[a]Département urgences et santé communautaires, Centre de santé Blécherette, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne, [b]Médecine pénitentiaire, Département vulnérabilités et médecine sociale, Centre universitaire de médecine générale et santé publique, Unisanté, 1010 Lausanne
nathalie.schwalm@unisante.ch | charlene.mauron@unisante.ch | nicolas.grasset@unisante.ch

DÉFINITION ET PHYSIOPATHOLOGIE

La constipation chronique se définit par des selles peu fréquentes, dures ou difficiles à évacuer, associées notamment à des efforts de poussée, une sensation d'évacuation incomplète ou d'obstruction anorectale, et parfois au recours à des manœuvres manuelles, comme l'extraction digitale des selles.[5,6,9,10] Selon la temporalité retenue par les critères de Rome IV, les symptômes doivent être présents depuis au moins trois mois et avoir débuté depuis au moins six mois.[4-7,10]

Des facteurs hygiénodiététiques peuvent contribuer aux symptômes, sans expliquer à eux seuls la constipation chronique.[7] Un apport insuffisant en fibres peut réduire le volume et modifier la consistance des selles, tandis que la sédentarité est susceptible de favoriser un ralentissement du transit ou une perturbation du réflexe de défécation.

La constipation à transit normal est la forme la plus fréquente.[8] Malgré un temps de transit conservé, les patients rapportent une difficulté à évacuer leurs selles. Celle-ci résulte d'interactions complexes entre l'axe intestin-cerveau, d'une altération du besoin de déféquer, de comportements de rétention et de facteurs psychosociaux.[5,11]

La constipation à transit ralenti est caractérisée par une diminution de la motricité colique, notamment des contractions propagées de haute amplitude responsables de la progression des selles.[8] Ce ralentissement favorise une réabsorption accrue de l'eau dans le côlon, entraînant des selles plus dures et moins fréquentes.[5]

Les troubles de la défécation correspondent à une difficulté d'évacuation des selles au niveau anorectal, le plus souvent liée à une dyssynergie du plancher pelvien caractérisée par une contraction paradoxale ou une relaxation insuffisante des muscles pelviens lors de la poussée.[5] Plus rarement, une anomalie anatomique, telle qu'une rectocèle ou un prolapsus rectal, est en cause.[8] Ces mécanismes peuvent coexister chez un même patient.[5,7,11]

STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS

L'évaluation initiale repose sur l'anamnèse et l'examen clinique.[6,7] L'anamnèse précise l'ancienneté des symptômes, leur mode d'installation, la fréquence et la consistance des selles selon l'échelle de Bristol, les efforts de poussée, la sensation

DG

neo-angin® Spray

Soulage rapidement la douleur et est antiseptique[1]

La seule combinaison de lidocaïne et de chlorhexidine admise par les caisses[1,2]





DG.C.2.102026.191

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

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

[2] Liste des spécialités de l'Office fédéral de la santé publique sur https://sl.bag.admin.ch/sl
Nous mettons à disposition toutes les références sur demande

Informations détaillées sur le produit

neo-angin®

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

Mise à jour de l'information: septembre 2008. Informations détaillées sur swissmedicinfo-pro.ch

PAED-00000111

d'évacuation incomplète, le recours à des manœuvres digitales ainsi que la présence de douleurs abdominales. Les traitements, les habitudes alimentaires, l'activité physique et les comorbidités doivent être documentés.[3,9,10] Un calendrier des selles peut être utile chez les patients présentant des symptômes fluctuants.[5] Le toucher rectal, souvent sous-utilisé, permet notamment d'identifier un fécalome et de suspecter un trouble de la défécation.

Drapeaux rouges

La première étape consiste à rechercher des signes d'alarme évocateurs d'une pathologie organique, aussi appelés drapeaux rouges, dont les principaux sont une constipation d'apparition récente, notamment après 50 ans, une rectorragie, une perte pondérale involontaire, une anémie ferriprive, des douleurs abdominales importantes, un syndrome inflammatoire ou des antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de maladie inflammatoire chronique de l'intestin (**tableau 1**).[4,6] Leur présence justifie des investigations complémentaires afin d'exclure une pathologie organique.[5] En leur absence, une coloscopie n'est pas indiquée de manière systématique chez les patients répondant aux critères d'une constipation fonctionnelle.[4,8]

Causes secondaires

Après exclusion des drapeaux rouges, une cause secondaire doit être recherchée, en particulier médicamenteuse.[8,9] De nombreux médicaments peuvent favoriser une constipation, notamment les opioïdes, les anticholinergiques, les antidépresseurs, les inhibiteurs calciques et les suppléments à base de fer.[12] La constipation induite par les opioïdes est particulièrement fréquente.[13] Elle résulte principalement de l'activation des récepteurs opioïdes périphériques du tractus gastro-intestinal, entraînant un ralentissement du transit et une diminution des sécrétions intestinales.[13]

Les principales causes endocrinométaboliques, neurologiques, digestives et comportementales sont résumées dans le **tableau 2**. Un bilan biologique ciblé (TSH, glycémie, calcémie, ionogramme) est réalisé uniquement lorsqu'une cause secondaire est suspectée.[1,6]

TABLEAU 1 Drapeaux rouges devant une constipation chronique

MICI: maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Drapeaux rouges	Pourquoi est-ce inquiétant?
Rectorragie ou méléna	Suspicion de pathologie colorectale (cancer, MICI, autre lésion digestive)
Perte pondérale involontaire, anorexie, sueurs nocturnes	Maladie néoplasique ou inflammatoire sous-jacente
Anémie ferriprive inexpliquée	Saignement digestif occulte (cancer colorectal)
Douleurs abdominales importantes ou syndrome occlusif	Obstruction intestinale ou autre urgence abdominale
Antécédents personnels ou familiaux de cancer colorectal ou de MICI	Risque accru de pathologie organique nécessitant des investigations
Fièvre ou syndrome inflammatoire biologique	Pathologie infectieuse ou inflammatoire
Constipation d'apparition récente ou aggravation progressive, surtout après 50 ans	Recherche d'une cause organique, en particulier néoplasique
Masse abdominale ou rectale à l'examen clinique	Suspicion de tumeur ou de fécalome compliqué

(*Adapté de réf.*[6]).

Examens complémentaires

En l'absence de drapeau rouge et de cause secondaire évidente, les examens complémentaires sont rarement indiqués en première intention.[6,7] Les explorations fonctionnelles (temps de transit colique, manométrie anorectale, test d'expulsion du ballonnet et défécographie) sont réservées aux constipations réfractaires ou aux situations évocatrices d'un trouble de la défécation.[3,5] L'absence d'étiologie organique ou secondaire conduit alors à préciser la situation clinique prédominante, avec l'aide des critères de Rome IV (**figure 1**).

Particularités chez le patient âgé ou institutionnalisé

Chez les patients âgés, notamment en établissement médico-social, la constipation est souvent multifactorielle: polymédication, immobilité, troubles cognitifs, dépendance pour l'accès aux toilettes, apports hydriques ou alimentaires

TABLEAU 2 Principales causes secondaires de la constipation chronique

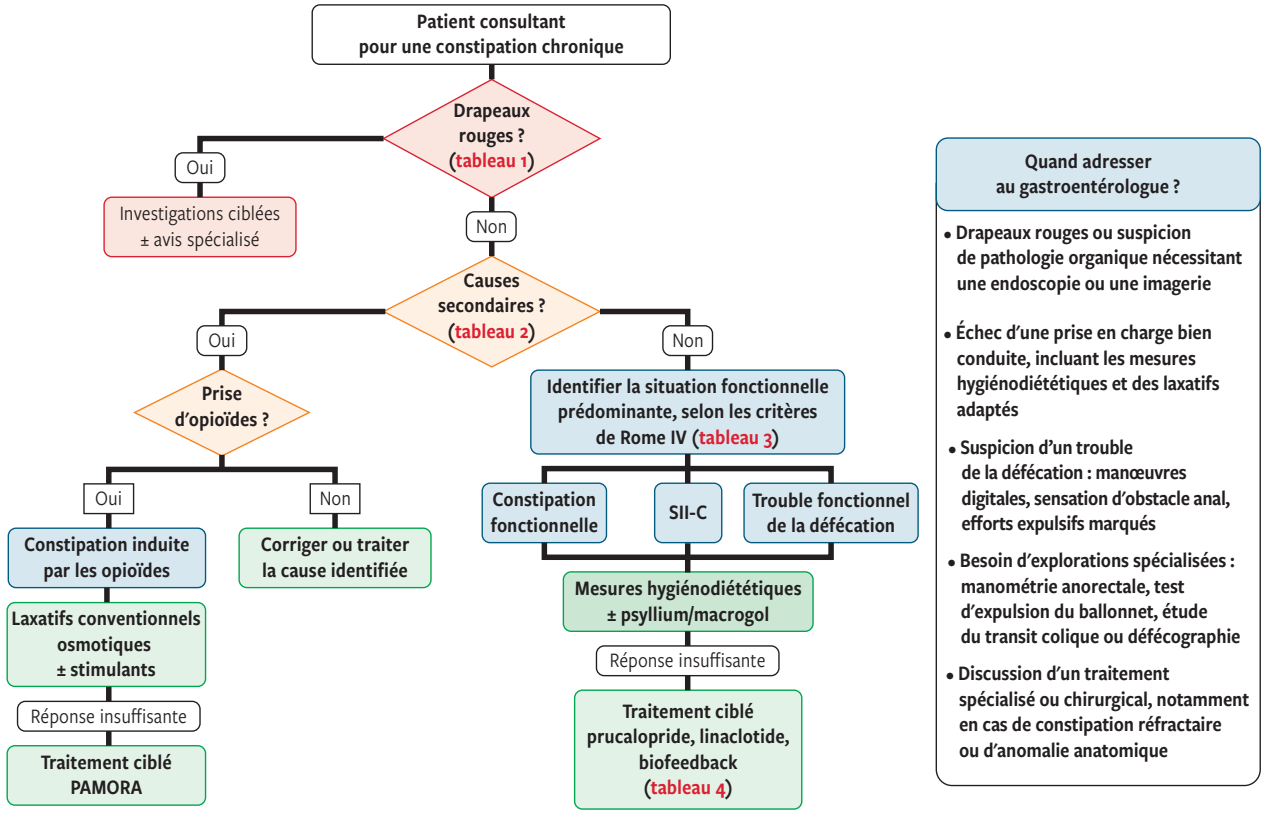
AVC: accident vasculaire cérébral; MICI: maladie inflammatoire chronique de l'intestin.

Causes secondaires	À rechercher en priorité	Autres causes	Éléments évocateurs
Médicamenteuses	Opioïdes, anticholinergiques, inhibiteurs calciques, suppléments de fer	Antidépresseurs tricycliques, diurétiques, antagonistes des récepteurs 5-HT3 (ondansétron)	Relation temporelle avec l'introduction ou l'augmentation d'un traitement
Digestives et anorectales	Cancer colorectal, prolapsus rectal, rectocèle	Sténose colique, MICI, fissure anale douloureuse	Symptômes d'alarme, troubles de l'évacuation, anomalies à l'examen clinique
Neurologiques	Maladie de Parkinson	Sclérose en plaques, neuropathies périphériques, lésions médullaires, AVC	Troubles neurologiques associés, diminution de la mobilité
Endocriniennes, métaboliques	Hypothyroïdie, diabète	Hypercalcémie, hypokaliémie, hyperparathyroïdie, insuffisance rénale chronique	Symptômes ou anomalies biologiques associés
Gériatriques, psychiatriques et comportementales	Dépression, démence, perte d'autonomie	Trouble du comportement alimentaire	Immobilité, dépendance pour l'accès aux toilettes, polymédication, diminution des apports hydriques et alimentaires, parcoprésie (ou poop shaming en anglais)

(*Adapté des réf.*[6,9]).

FIG 1 **Démarche diagnostique et thérapeutique devant une constipation chronique**

PAMORA: Peripherally Acting mu-Opioid Receptor Antagonist (antagoniste périphérique des récepteurs mu-opioïdes); SII-C: syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante.



(*Adaptée des réf.*[1,4,6,7]).

insuffisants et diminution de la perception du besoin défécatoire. L'évaluation doit intégrer l'autonomie fonctionnelle, l'organisation des soins, les traitements constipants et la recherche d'un fécalome.[2]

IDENTIFICATION DE LA SITUATION CLINIQUE FONCTIONNELLE PRÉDOMINANTE

Une fois les causes secondaires écartées, il convient de distinguer trois principales entités cliniques: la constipation fonctionnelle, le syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante (SII-C) et les troubles fonctionnels de la défécation.[4] Les critères de Rome IV contribuent à définir ces entités, mais des chevauchements sont possibles. Cette distinction guide la prise en charge. Le **tableau 3** compare ces trois entités à la constipation induite par les opioïdes, qui est la cause principale parmi les causes secondaires.

Constipation fonctionnelle

La constipation fonctionnelle est le phénotype le plus fréquent en médecine de premier recours. Les patients présentent des selles peu fréquentes ou dures, des efforts de poussée et une sensation d'évacuation incomplète, en l'absence de douleur abdominale prédominante.[4] Le diagnostic repose sur les critères de Rome IV, après exclusion d'une cause organique ou secondaire. Selon le mécanisme prédominant, le transit colique peut être normal ou ralenti, orientant secondairement la stratégie thérapeutique.

Syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante

Le SII-C partage plusieurs caractéristiques avec la constipation fonctionnelle, mais s'en distingue par une douleur abdominale récurrente, liée à la défécation et associée à une modification de la fréquence ou de la consistance des selles. Cette distinction est essentielle car elle influence le choix des traitements, notamment la place des sécrétagogues et des approches ciblant l'axe intestin-cerveau.[14,15]

Troubles fonctionnels de la défécation

Les troubles fonctionnels de la défécation correspondent à une difficulté d'évacuation des selles liée à une mauvaise coordination des muscles du plancher pelvien. Les patients décrivent des efforts de poussée prolongés, une sensation d'obstacle anal, une évacuation incomplète ou le recours à des manœuvres digitales. Le diagnostic repose sur une combinaison d'arguments cliniques et d'explorations fonctionnelles, notamment la manométrie anorectale et le test d'expulsion du ballonnet.[3,7,14] Le traitement de référence repose sur la rééducation périnéale par biofeedback.[1,9,11,16]

TABLEAU 3 Principales situations cliniques associées à une constipation chronique

PAMORA: Peripherally Acting mu-Opioid Receptor Antagonist (antagoniste périphérique des récepteurs mu-opioïdes); SII: syndrome de l'intestin irritable; SII-C: syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante.

–	Opioïdes	Constipation fonctionnelle	SII-C	Trouble de la défécation
Symptôme dominant	Début après opioïdes	Difficulté à évacuer	Douleur abdominale	Difficulté d'exonération
Mécanisme dominant	Activation des récepteurs mu	Transit normal ou ralenti	Hypersensibilité viscérale	Dyssynergie
Douleur abdominale	Variable	Absente ou peu marquée	Très présente	Peu marquée
Examens utiles	Aucun	Aucun le plus souvent	Aucun le plus souvent	Manométrie ± ballonnet
Traitement spécifique	PAMORA	Laxatifs	Linaclotide ± autres traitements du SII	Biofeedback

TABLEAU 4 Principaux traitements pharmacologiques de la constipation chronique

PAMORA: Peripherally Acting mu-Opioid Receptor Antagonist (antagoniste périphérique des récepteurs mu-opioïdes); SII-C: syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante.

Classe	Effet principal	Quand les utiliser?	Précautions/limites
Laxatifs de lest (psyllium, méthylcellulose)	Augmentent le volume et l'hydratation des selles	Première intention si apport en fibres insuffisant	À éviter en cas de suspicion d'occlusion ou de constipation induite par les opioïdes; hydratation suffisante indispensable
Laxatifs osmotiques (macrogols, lactulose, lactitol)	Augmentent la teneur en eau des selles	Première intention; les macrogols disposent des données d'efficacité les plus solides; le lactulose ou le lactitol constituent des alternatives selon la tolérance, l'acceptabilité, les modalités d'administration, les préférences et le coût local	Ballonnements plus fréquents avec les osmotiques sucrés; adapter au terrain, à l'observance et au coût
Laxatifs stimulants (bisacodyl, picosulfate de sodium, séné)	Stimulent le péristaltisme colique	Deuxième intention ou traitement de secours	Utilisation ponctuelle ou régulière possible chez certains patients, avec réévaluation clinique
Laxatifs lubrifiants (paraffine liquide)	Lubrifient le bol fécal	Situations particulières (fissure anale, hémorroïdes douloureuses)	Éviter chez les patients à risque de fausse route; risque de malabsorption des vitamines liposolubles
Agonistes des récepteurs 5-HT4 (prucalopride)	Stimule la motricité colique	Constipation chronique réfractaire après l'échec des laxatifs conventionnels	Prescription spécialisée selon les recommandations nationales
Sécrétagogues (linaclotide)	Augmentent la sécrétion intestinale et accélèrent le transit	SII-C, après l'échec des traitements conventionnels	Diarrhée, contre-indiqués en cas d'occlusion
PAMORA	Restaurent la motricité intestinale sans diminuer l'analgésie	Constipation induite par les opioïdes réfractaire aux laxatifs	Réservés aux patients sous opioïdes

(*Adapté des réf.*[6,13]).

PRISE EN CHARGE: UNE APPROCHE THÉRAPEUTIQUE PROGRESSIVE

Le traitement de la constipation chronique est progressif et doit être adapté à la situation clinique prédominante. Les objectifs sont d'améliorer la fréquence et la consistance des selles, de réduire les efforts de poussée et d'améliorer la qualité de vie.[1,4,6,7,9,11] Une réévaluation après quatre à six semaines permet d'adapter la prise en charge.

Les mesures hygiénodiététiques constituent la première étape du traitement. Elles associent une augmentation progressive des fibres alimentaires (objectif de 20 à 30 g/jour), une activité physique régulière et l'adoption de bonnes habitudes défécatoires, en utilisant le réflexe gastrocolique après les repas et un marchepied.[4–6,10] Une augmentation des apports hydriques n'est recommandée qu'en cas d'apports insuffisants ou de déshydratation.[6,7]

Concernant la population gériatrique, la prise en charge doit être individualisée et intégrer l'accès régulier aux toilettes, le respect de l'intimité, la mobilisation, des apports hydriques et alimentaires adaptés ainsi qu'un traitement laxatif lorsque les mesures non pharmacologiques sont insuffisantes.[2,8]

En cas de réponse insuffisante, un traitement laxatif est indiqué. Les suppléments de fibres (psyllium) peuvent être proposés lorsque les apports alimentaires sont insuffisants.[7,10,17]

Les laxatifs osmotiques constituent le traitement pharmacologique de première intention.[1,7,11,17] Le polyéthylène glycol (PEG, ou macrogol) dispose des données d'efficacité les plus solides.[8,13,17,18] Les osmotiques sucrés, notamment le lactitol ou le lactulose, constituent une alternative efficace.[19] Le choix doit être individualisé selon la tolérance digestive, la palatabilité, les modalités d'administration, les préférences du patient et le coût local.[2,7,17,19]

Les laxatifs stimulants (bisacodyl, picosulfate de sodium, séné) peuvent être utilisés en seconde intention ou comme traitement de secours.[3,5,17] Une utilisation intermittente répétée

peut être envisagée chez certains patients, avec réévaluation de l'efficacité, de la tolérance et de la posologie.

En cas d'échec des laxatifs conventionnels, le traitement est orienté selon la situation clinique prédominante. Le prucalopride est indiqué dans la constipation chronique réfractaire.[13,17] Le linaclotide est indiqué chez les patients présentant un SII-C en raison de son effet sur le transit et les douleurs abdominales.[5,7,15,17] En cas de constipation induite par les opioïdes, un antagoniste périphérique des récepteurs µ-opioïdes (PAMORA: Peripherally Acting µ -Opioid Receptor Antagonist) peut être proposé après échec des laxatifs.[12,13] Les troubles fonctionnels de la défécation relèvent avant tout d'une rééducation pelvipérinéale par biofeedback, dont l'efficacité est supérieure à celle des laxatifs.[3,7,9,16] Les principales options thérapeutiques sont résumées dans le **tableau 4**.

Certains patients recourent à des approches complémentaires: produits naturels, probiotiques, acupuncture ou massage abdominal. Les preuves d'efficacité restent hétérogènes et ces approches ne doivent pas retarder l'identification de drapeaux rouges ni remplacer une prise en charge médicale validée.[7]

La chirurgie demeure exceptionnelle et ne doit être envisagée qu'en centre spécialisé, après confirmation du mécanisme physiopathologique et de l'échec des traitements conservateurs.[1,7]

CONCLUSION

La constipation chronique est un syndrome hétérogène dont la prise en charge repose sur une démarche structurée. Après exclusion des drapeaux rouges et des causes secondaires, l'identification de la situation clinique dominante, avec l'aide des critères de Rome IV, permet d'orienter les investigations et de proposer un traitement ciblé.

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 à la rédaction, notamment pour la reformulation, l'amélioration de la clarté du texte et l'élaboration de l'algorithme présenté dans l'article. L'outil a également été utilisé pour identifier des références bibliographiques pertinentes. Ces dernières ont ensuite été vérifiées par les auteurs dans les sources originales. Le contenu scientifique, l'interprétation des données, l'algorithme et la version finale ont été vérifiés et validés par les auteurs, qui en assument l'entière responsabilité.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- L'exclusion des drapeaux rouges et des causes secondaires, notamment médicamenteuses, constitue la première étape de l'évaluation d'une constipation chronique.
- Chez les personnes âgées, la constipation est multifactorielle; la prise en charge doit intégrer la mobilité, l'autonomie, l'accès aux toilettes, la polymédication et le risque de fécalome.
- Trois situations fonctionnelles principales peuvent être distinguées: la constipation fonctionnelle, le syndrome de l'intestin irritable avec constipation prédominante et les troubles fonctionnels de la défécation.
- Les laxatifs osmotiques sont le traitement pharmacologique de première intention; les macrogols sont les plus efficaces.
- Le biofeedback est le traitement de référence des troubles fonctionnels de la défécation.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Le chapitre consacré à la constipation dans le *COMPAS* (4e édition) a constitué la source initiale pour la structure et les principaux éléments de cet article. Les recommandations européennes et internationales pertinentes ont ensuite été consultées afin de vérifier et d'actualiser les propositions diagnostiques et thérapeutiques. Une recherche complémentaire non systématique a été réalisée dans PubMed/*Medline* jusqu'en juillet 2026, à partir de combinaisons des termes «chronic constipation», «functional constipation», «Rome IV», «defecatory disorders», «opioid-induced constipation», «older people», «elderly», «biofeedback», «polyethylene glycol», «macrogol», «lactulose» et «lactitol». Les recommandations, consensus, revues systématiques, méta-analyses et essais contrôlés randomisés chez l'adulte ont été privilégiés, avec une attention particulière donnée aux recommandations européennes et francophones lorsqu'elles étaient pertinentes et disponibles.

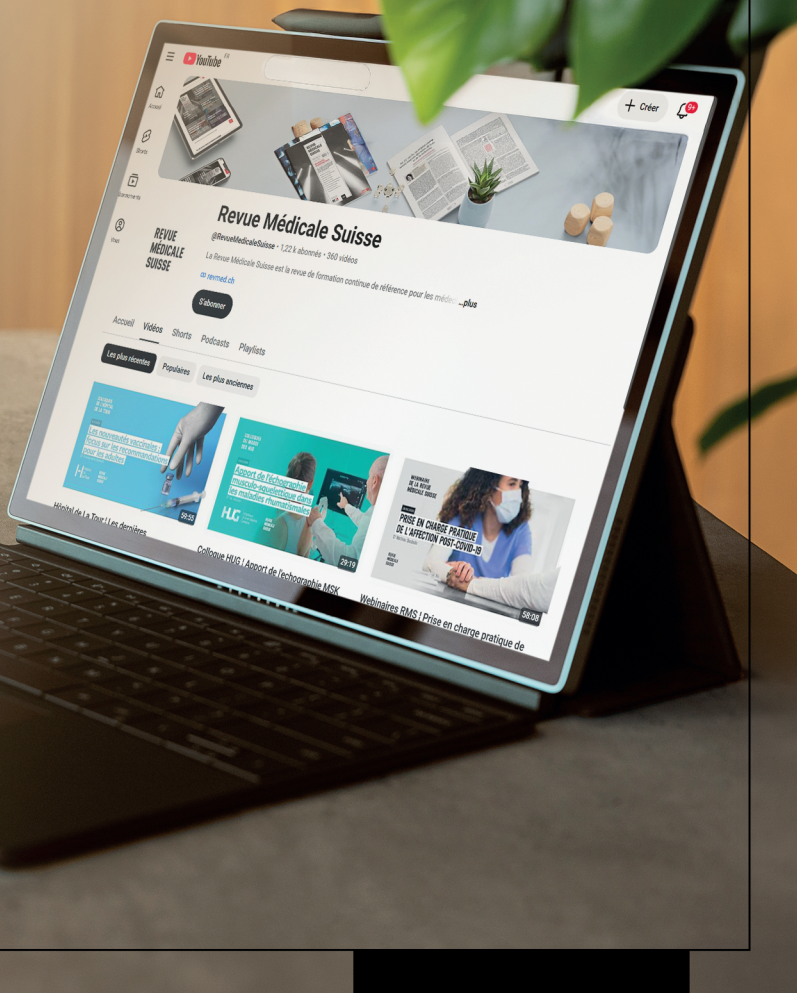
1 Vitton V, Damon H, Benezech A, et al. Clinical practice guidelines from the French National Society of Coloproctology in treating chronic constipation. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2018 Apr;30(4):357-63. DOI: 10.1097/MEG.0000000000001080.
2 Emmanuel A, Mattace-Raso FUS, Neri MC, et al. Constipation in older people: a consensus statement. Int J Clin Pract. 2017;71(1):e12920. DOI: 10.1111/ijcp.12920.
3 Alavi K, Thorsen AJ, Fang SH, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Evaluation and Management of Chronic Constipation. Dis Colon Rectum. 2024 Oct 1;67(10):1244-57. DOI: 10.1097/DCR.0000000000003430.
4 *Aziz I, Whitehead WE, Palsson OS, Törnblom H, Simrén M. An approach to the diagnosis and management of Rome IV functional disorders of chronic constipation. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2020 Jan;14(1):39-46. DOI: 10.1080/17474124.2020.1708718.
5 **Sharma A, Rao SSC, Kearns K, Orleck KD, Waldman SA. Diagnosis, management and patient perspectives of the spectrum of constipation disorders. Aliment Pharmacol Ther. 2021 Jun;53(12):1250-67. DOI: 10.1111/apt.16369.
6 *Djerdjar R, Mauron C, Schneider M, Uldry E. Constipation. In: COMPAS. Stratégies de prise en charge clinique en médecine interne générale ambulatoire. 4e éd. Genève: RMS Éditions/Médecine & Hygiène; 2026. p. 623-41.
7 *Serra J, Pohl D, Azpiroz F, et al. European Society of Neurogastroenterology and Motility guidelines on functional constipation in adults. Neurogastroenterol Motil. 2020 Feb;32(2):e13762. DOI: 10.1111/nmo.13762.
8 Gallagher PF, O'Mahony D, Quigley EMM. Management of chronic constipation in the elderly. Drugs Aging. 2008;25(10):807-21. DOI: 10.2165/00002512-200825100-00001.
9 Krogh K, Chiarioni G, Whitehead W. Management of chronic constipation in adults. United European Gastroenterol J. 2017 Jun;5(4):465-72. DOI: 10.1177/2050640616663439.
10 *Daniali M, Nikfar S, Abdollahi M. An overview of interventions for constipation in adults. Expert Rev Gastroenterol Hepatol. 2020 Aug;14(8):721-32. DOI: 10.1080/17474124.2020.1781617.
11 Ihara E, Manabe N, Ohkubo H, et al. Evidence-Based Clinical Guidelines for Chronic Constipation 2023. Digestion.

2025;106(1):62-89. DOI: 10.1159/000540912.
12 Squeo F, Celiberto F, Ierardi E, et al. Opioid-induced Constipation: Old and New Concepts in Diagnosis and Treatment. J Neurogastroenterol Motil. 2024 Apr 30;30(2):131-42. DOI: 10.5056/jnm23144.
13 Farmer AD, Drewes AM, Chiarioni G, et al. Pathophysiology and management of opioid-induced constipation: European expert consensus statement. United European Gastroenterol J. 2019 Feb;7(1):7-20. DOI: 10.1177/2050640618818305.
14 Lacy BE, Mearin F, Chang L, et al. Bowel Disorders. Gastroenterology. 2016 Feb 18;150(6):1393-407.e5. DOI: 10.1053/j.gastro.2016.02.031.
15 Chang L, Sultan S, Lembo A, et al. AGA Clinical Practice Guideline on the Pharmacological Management of Irritable Bowel Syndrome with Constipation. Gastroenterology. 2022 Jul;163(1):118-36. DOI: 10.1053/j.gastro.2022.04.016.
16 Chiarioni G, Whitehead WE, Pezza V, Morelli A, Bassotti G. Biofeedback is superior to laxatives for normal transit constipation due to pelvic floor dyssynergia. Gastroenterology. 2006 Mar;130(3):657-64. DOI: 10.1053/j.gastro.2005.11.014.
17 Chang L, Chey WD, Imdad A, et al. American Gastroenterological Association-American College of Gastroenterology Clinical Practice Guideline: Pharmacological Management of Chronic Idiopathic Constipation. Gastroenterology. 2023 Jun;164(7):1086-106. DOI: 10.1053/j.gastro.2023.03.214.
18 Lee-Robichaud H, Thomas K, Morgan J, Nelson RL. Lactulose versus Polyethylene Glycol for Chronic Constipation. Cochrane Database Syst Rev. 2010 Jul 7;(7):CD007570. DOI: 10.1002/14651858.CD007570.pub2.
19 Miller LE, Tennilä J, Ouwehand AC. Efficacy and tolerance of lactitol supplementation for adult constipation: a systematic review and meta-analysis. Clin Exp Gastroenterol. 2014 Jul 12;7:241-8. DOI: 10.2147/CEG.S58952.

* **à lire**
** **à lire absolument**

REVUE MÉDICALE SUISSE

(RE) **DÉCOUVREZ TOUS LES COLLOQUES DE FORMATION CONTINUE PROPOSÉS PAR LA REVUE MÉDICALE SUISSE ET DIFFÉRENTES INSTITUTIONS PARTENAIRES SUR NOTRE CHAÎNE YOUTUBE.**



YouTube
@REVUEMEDICALESUISSE

RMS_00000097

5 minutes pour apprendre

Antibiotiques et état confusionnel aigu: une série de complications

Dre SARAH SALEM[a] et Dr BENOIT FAVRE[b]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1817-9 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.49392

Antibiotics and delirium: a series of complications

Delirium in the older adults is a common pathology with various etiologies. A urinary tract infection is often suspected and managed with antibiotics, yet it should only be investigated and treated in the presence of symptoms or a suggestive medical history. Delirium alone is not considered a symptom of a urinary tract infection. Antibiotics should be used with caution in this population, as they can have disastrous consequences.

VIGNETTE CLINIQUE

Une patiente de 89 ans, connue pour des troubles neurocognitifs majeurs (mnésiques, attentionnels et exécutifs), un diabète et une *polymyalgia rheumatica* non traitée, est adressée aux urgences. Elle vit à domicile avec un encadrement infirmier et, lors du passage d'une nouvelle infirmière, elle est trouvée plus oppositionnelle que d'habitude, refusant de sortir de son lit. Aux urgences, elle est hémodynamiquement stable et afébrile et rapporte des douleurs du bras gauche. L'examen clinique retrouve des douleurs diffuses, y compris abdominales, mal caractérisées. Le stix urinaire révèle une leucocyturie avec des nitrites positifs, sans syndrome inflammatoire biologique. Le Confusion Assessment Method (CAM) est positif et un état confusionnel aigu sur infection urinaire est retenu avec une initiation de ciprofloxacine. La patiente présente par la suite un pic fébrile motivant l'administration de ceftriaxone, antibiotique auquel elle est allergique et développe un rash diffus. Le traitement est suspendu et un traitement antiallergique est introduit. Par la suite, la culture d'urine revient positive pour *Escherichia coli*. L'évolution clinique est progressivement favorable permettant un retour à domicile. La patiente est rapidement réhospitalisée pour une hypotension sur des diarrhées postantibiotiques, puis une 3e fois pour un syndrome de glissement. Elle sera finalement institutionnalisée en EMS où elle décédera un mois plus tard.

INTRODUCTION

L'état confusionnel aigu (ECA) chez le patient âgé est une pathologie fréquemment rencontrée en clinique. Les étiologies sont variables. Parmi elles, l'infection urinaire est souvent suspectée et traitée. Les antibiotiques sont toutefois susceptibles d'engendrer davantage de complications que de bénéfices. Cet article revoit les indications à traiter une infection urinaire en cas de bactériurie chez un patient avec un ECA comme seul argument.

ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU

On définit l'ECA, ou délirium, comme un syndrome neuropsychiatrique fluctuant associant un trouble de la conscience et/ou de l'attention, accompagné d'altération des fonctions cognitives, du comportement, de la perception et du cycle nycthéméral.[1] La prévalence est estimée à 30% chez le sujet âgé, voire plus, dans les milieux de soins aigus ou en institution.[2,3] Les étiologies sont multiples: déshydratation, constipation, douleur, infections, troubles métaboliques, cause neurologique ou médicamenteuse, mais l'ECA est fréquemment considéré comme l'unique symptôme d'une infection urinaire.[2]

DÉFINITION, DÉPISTAGE ET TRAITEMENT D'UNE INFECTION URINAIRE

Selon la Swiss Society for Infectious disease, une infection urinaire est définie par 3 critères: Premièrement, des symptômes typiques. Pour la cystite: dysurie, algurie, pollakiurie, urgence mictionnelle, hématurie, hypersensibilité susspubienne. Pour la pyélonéphrite: douleur de la loge rénale, fièvre, nausées, vomissements. Deuxièmement, une pyurie (>10 leucocytes/mm^3) et enfin une culture d'urine positive avec uropathogène (≥10^3 CFU/ml).[4] L'infection urinaire représente 25% des infections totales chez les patients âgés.[2] Cette pathologie ne doit être recherchée et traitée qu'en présence de symptômes évocateurs, le risque étant de détecter une bactériurie asymptomatique dont le traitement n'est indiqué que dans des situations spécifiques (femme enceinte, avant certains gestes urologiques[5]). Une bactériurie asymptomatique est en effet retrouvée chez 5 à 10% des plus de 65 ans et plus de 40% des patients institutionnalisés.[1]

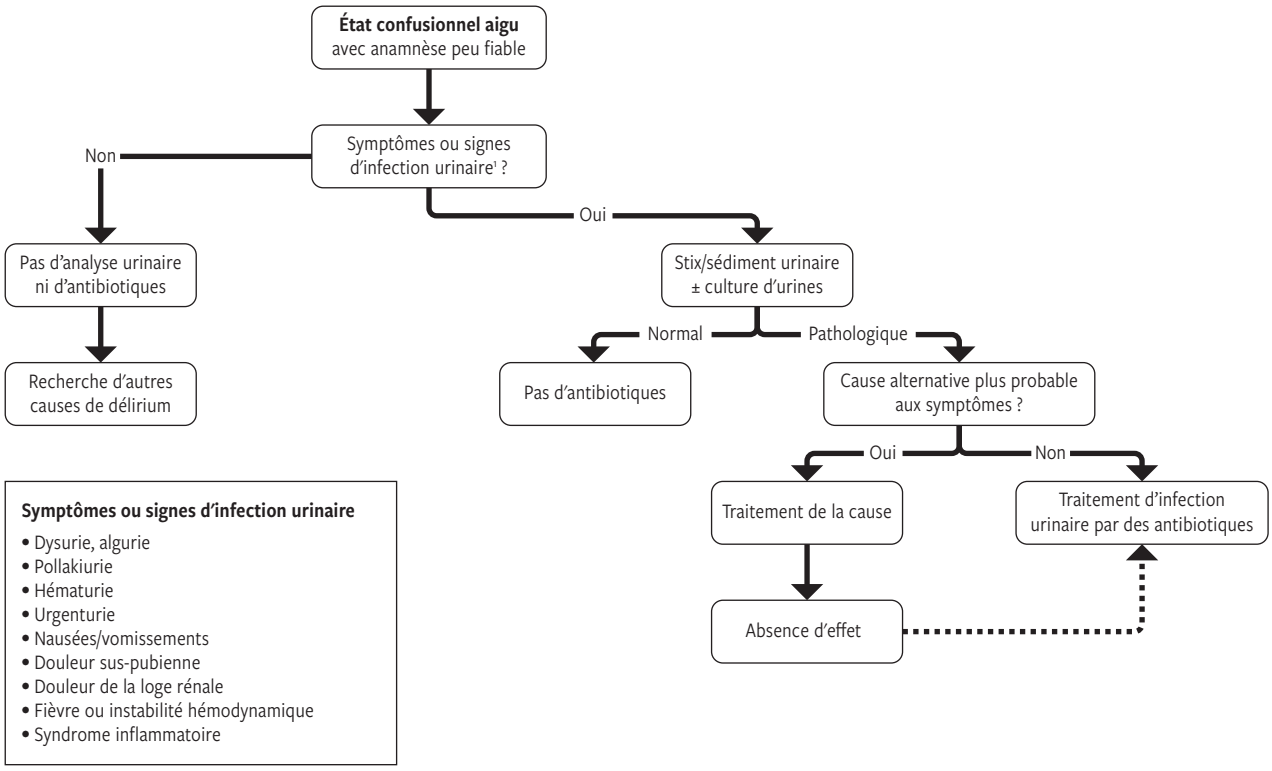
L'ÉTAT CONFUSIONNEL AIGU: SYMPTÔME D'INFECTION URINAIRE?

L'incapacité du patient avec des troubles cognitifs avancés et un ECA à rapporter de manière fiable des symptômes urinaires

[a]Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [b]Centre médical du Lignon, Pl. du Lignon 2, 1219 Genève
sarah.salem@hug.ch | benoit.favre@cmlignon.ch

FIG 1 **ECA et suspicion d'infection urinaire**

Proposition d'algorithme de prise en charge.
ECA: état confusionnel aigu.



rend la distinction entre une bactériurie asymptomatique et une infection urinaire symptomatique particulièrement complexe. En pratique clinique, il a été montré que dans cette situation une antibiothérapie est introduite dans près de 75% des cas.[1] Les études mettent en évidence une association entre l'infection urinaire et l'ECA, partiellement expliquée par leur forte prévalence respective dans la population gériatrique, sans qu'un lien de causalité direct n'ait pu être démontré.[3] La littérature ne retrouve pas d'amélioration de l'ECA après un traitement antibiotique,[3] sous réserve d'études en nombre limité, souvent observationnelles et sujettes à des biais méthodologiques.[3,5] L'ECA ne doit ainsi pas être considéré comme le seul symptôme d'infection urinaire. La décision de traitement devrait se faire sur la présence d'autres signes infectieux évocateurs, locaux ou systémiques, ou rarement en l'absence de cause alternative. La **figure 1** propose un algorithme de prise en charge.

EFFETS SECONDAIRES DES ANTIBIOTIQUES

Les conséquences potentiellement délétères des antibiotiques sont nombreuses, les plus fréquentes étant les diarrhées et les infections à *Clostridioides difficile*. De plus, l'exposition répétée aux antibiotiques favorise l'émergence de résistances bactériennes, limitant les options thérapeutiques orales disponibles et menant ainsi à une antibiothérapie intraveineuse, voire à une hospitalisation.[1] Finalement, retenir un diagnostic d'infection urinaire en l'absence d'infection claire diminue la recherche de diagnostic, empêchant de mettre en évidence la cause de l'ECA.[1]

RETOUR SUR LA VIGNETTE

Dans cette vignette, l'hypothèse d'un ECA chez cette patiente avec des troubles cognitifs majeurs a conduit à une recherche étiologique, notamment par une analyse d'urines, avec un diagnostic présomptif d'infection urinaire. En l'absence de symptômes clairs, ce diagnostic est discutable, bien que le pic fébrile survenu par la suite puisse l'appuyer. La catamnèse du cas ouvre la réflexion sur les effets secondaires multiples des antibiotiques qui, bien que justifiables, ont vraisemblablement mené à davantage de complications que de bénéfices (allergie, hypotension, diarrhées, multiples et longues hospitalisations, institutionnalisation). En conséquence, cette vignette invite le clinicien à toujours évaluer de manière rigoureuse l'indication et la balance risque/bénéfice d'une antibiothérapie dans cette population gériatrique fragile.

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 correction de quelques phrases à but d'amélioration grammaticale. La recherche, l'utilisation des références et la rédaction générale ont été effectuées par les auteurs qui 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

- L'analyse d'urines et l'antibiothérapie ne sont indiquées qu'en cas de symptômes ou signes d'infection locaux ou systémiques évocateurs.
- Un état confusionnel aigu ne justifie pas à lui seul une analyse urinaire et des antibiotiques.
- Les antibiotiques peuvent mener à de nombreuses complications délétères, en particulier chez les patients âgés.

SOUMETTRE UN CAS

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

1 **Memari M, Mendoza MA, Shukla B, O'Rourke P. Things We Do for No Reason™: Obtaining Urine Testing in Older Adults With Delirium Without Signs or Symptoms of Urinary Tract Infection. J Hosp Med. 2021 Jul 26.
2 *Balogun SA, Philbrick JT. Delirium, a Symptom of UTI in the Elderly: Fact or Fable? A Systematic Review. Can Geriatr J. 2013 Mar 5;17(1):22-6.
3 *Stall NM, Kandel C, Reppas-Rindlisbacher C, et al. Antibiotics for delirium in older adults with pyuria or bacteriuria: A systematic review. J Am Geriatr Soc. 2024 Aug;72(8):2566-78.
4 Huttner A, Kronenberg A, Galperine T. Infection des voies urinaires [En ligne]. (Consulté le 24 mai 2026). Disponible sur: https://ssi.guidelines.ch/guideline/2981/fr
5 Nicolle LE, Gupta K, Bradley SF, et al. Clinical Practice Guideline for the Management of Asymptomatic Bacteriuria: 2019 Update by the Infectious Diseases Society of America. Clin Infect Dis. 2019 May 2;68(10): e83-110.

* **à lire**
** **à lire absolument**

RMS EDITIONS

MÉDECINE D'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE

2e ÉDITION

Sous la direction de Mathieu Pasquier, Nicolas Beysard, Pierre-Nicolas Carron, Fabrice Dami, Vincent Darioli, Guillaume Debaty, Alexandre Kottmann, Ludovic Maudet, Laurent Suppan



760 pages
Format : 21,5 x 27,5 cm
Prix : CHF 95.- / 85€
ISBN : 9782880495909
© 2026

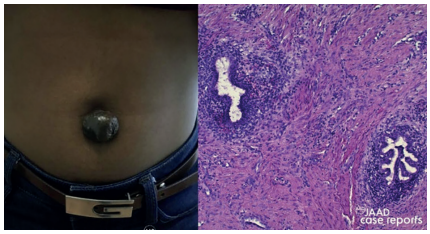
POUR COMMANDER :
BOUTIQUE.REVMED.CH

RMS_00000051

Nodule brun ombilical

Dr CHRISTOPHE HSU

Rev Med Suisse 2026; 22: 1820 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.982.47806



(*Avec permission*).

Une femme de couleur de 29 ans s'est présentée avec une masse ferme et modérément sensible sur son nombril. Elle a déclaré que la lésion était apparue deux ans plus tôt, avait lentement augmenté de taille et saignait par intermittence lors des règles. Elle a nié tout traumatisme, piercing ou intervention chirurgicale antérieurs. L'examen physique a révélé un nodule brun, solitaire, bien circonscrit, de 1,5 cm, ferme, immobile et non hémorragique, sur la face supérieure de l'ombilic. Une biopsie à l'emporte-pièce de 4 mm a révélé de multiples foyers glandulaires tapissés d'épithélium cylindrique et cubique cilié, entourant des macrophages chargés d'hémosidérine et contenant du stroma. L'échographie doppler a montré un flux vasculaire minimal. L'IRM sans contraste de l'abdomen et du bassin n'a montré aucune atteinte viscérale.

a. Une chéloïde.
b. Une endométriose cutanée primaire.
c. Un hémangiome capillaire lobulaire.
d. Un mélanome nodulaire.
e. Un dermatofibrosarcome.

***

DISCUSSION

C'est une affection rare caractérisée par la présence de tissu endométrial en dehors de l'utérus, en l'occurence de localisation cutanée. Elle survient généralement sans antécédent de chirurgie ou de traumatisme au niveau de la zone concernée, ce qui la distingue de la forme cicatricielle. Sa cause exacte n'est pas entièrement élucidée, mais les cellules endométriales pourraient être transportées vers la peau par le système lymphatique ou se développer à partir du mésothélium cœlomique sous l'effet d'influences hormonales.

Les signes cliniques de cette pathologie comprennent la présence d'un nodule sous-cutané palpable pouvant se manifester cliniquement par des crampes et des saignements pendant le cycle menstruel. Généralement ferme, sa couleur peut varier du bleu au noir, en passant par le brun et le rouge. Les patientes peuvent resentir des symptômes tels que des démangeaisons, un gonflement ou une sensibilité au niveau de la zone affectée. Le diagnostic de cette affection est difficile et souvent retardé en raison de sa ressemblance avec d'autres affections cutanées présentant comme des nodules comme par exemple les kystes épidemoïdes. Il nécessite généralement une anamnèse complète, un examen clinique, des examens d'imagerie comme l'échographie ou l'IRM, et un examen dermatopathologique sur biopsie cutanée.

Les complications peuvent inclure une récidive locale après une exérèse chirurgicale et, rarement, le développement d'un carcinome de l'endomètre. Une tumeur maligne doit être suspectée si la masse grossit rapidement, est anormalement volumineuse ou récidive après des traitements antérieurs. Le traitement consiste principalement en l'exérèse chirurgicale de la lésion tout en préservant les tissus environnants. Un traitement médical par des hormones comme le danazol ou la progestérone peut également être envisagé pour gérer les symptômes et prévenir les récidives.

- Global Dermatology. Derm Assistant. www.global-dermatology.com/en/tool
- Ojong O, Susa J, Weiss E. A solitary brown nodule on the umbilicus. JAAD Case Rep. 2020 Aug;6(10):1024-6.

Sélectionné par:

DR CHRISTOPHE HSU

Spécialiste en dermatologie et vénéréologie
Genève
hsuchristophe@gmail.com

Réponse **b** (une endométriose cutanée primitive)

Il faudra bien mourir de quelque chose

Quels seront les principaux risques pour la santé d'ici 2100? C'est la question difficile à laquelle a tenté de répondre une nouvelle commission du *Lancet*, dont le rapport a été rendu public le 11 octobre 2026.[1] Un travail pharaonique constitué de modélisations complexes certainement peu accessibles au commun des mortels.

Le rapport se base avant tout sur une estimation en DALY (disability-adujsted life year, soit la perte équivalente d'une année de vie en bonne santé). Pour la première fois, nous y retrouvons deux risques majeurs pour l'existence de l'humanité: la guerre atomique et l'IA malveillante. Les choses sont au moins explicites. Certes, la marge d'erreur est importante, entre zéro et quelques milliard de DALY, mais avec ces risques, c'est un peu tout ou rien. Pour le reste, on retrouve des choses assez classiques. Le premier risque est lié à l'obésité. En deux, on trouve le faible niveau d'éducation, en trois les inégalités de revenus, puis les conflits «conventionnels», la santé mentale, le tabagisme... et tout en bas de la liste: le changement climatique, juste avant la malnutrition infantile. De quoi laisser un peu perplexe malgré tout. Il y a aussi trois grandes recommandations: a) renforcer les systèmes de santé pour faire face aux menaces; b) investir massivement dans l'innovation en technologies de la santé et de la séquestration de CO_2; et c) créer une unité mondiale de surveillance des risques.

NOS MODES D'EXISTENCE CONDITIONNENT LA STABILITÉ DU SYSTÈME TERRE QUI EN RETOUR INFLUENCE NOTRE SANTÉ

Un certain nombre de choses interrogent. D'abord une mesure de la santé aussi fortement centrée sur les DALY, notion très utile, mais aussi critiquée pour sa manière arbitraire de juger un état de santé, peut-elle rendre compte des réels défis du futur? Ensuite, dans les grandes menaces du système Terre pour la santé, n'est mentionné que le changement climatique. Quid de la perte de la biodiversité? En découlent des projections optimistes: croissance de l'espérance de vie en 2100 ou ralentissement de l'augmentation du «burden of diseases». Sur le plan des recommandations, une vision consensuelle sur le mode de fonctionnement dominant de nos sociétés: une croissance économique (le PIB comme gouvernail), des innovations technologiques et une santé qui passe avant tout par le système de santé. Il faut booster l'innovation sur le traitement de l'obésité. Pas de mention des travaux antérieurs sur l'évolution de nos sociétés, notamment le rapport du Club de Rome il y a 50 ans qui envisage l'effondrement de nos sociétés sans changement radical de nos modes de vie. Et finalement, pas de vision systémique sur l'interdépendance des crises (politiques, environnementales, économiques, sanitaires, etc.). Nos modes d'existence actuels conditionnent la stabilité du système Terre qui en retour influence notre santé. Dès lors, en 2100, mourrons-nous vraiment de l'obésité ou des inégalités de revenus? Ou bien mourrons-nous de n'avoir pas su changer nos sociétés productivistes, ancrées dans les inégalités structurelles? Vaste débat qui dépasse certainement la question purement épidémiologique.

1 «The Lancet Commission on 21st century global threats to health»: The Lancet Commission on 21st century global threats to health - The Lancet

PR NICOLAS SENN

Corédacteur en chef de la RMS
Médecin-chef du Département de médecine de famille
Unisanté – Université de Lausanne
1003 Lausanne
nicolas.senn@revmed.ch

FLASH **Déterminants numériques de la santé: un concept pour l'ère digitale**

Le numérique influence massivement la santé humaine et planétaire. Au point que l'OMS a qualifié la digitalisation de «méga-tendance» qui transforme tous les autres déterminants de santé et pèse sur les inégalités. *The Lancet* consacre une série d'articles sur les «déterminants numériques de la santé» (DDoH).[1] Le concept désigne les conditions de fond par lesquelles le numérique agit sur la santé. Ce qui compte dans ce cadre d'analyse, ce n'est donc pas d'abord les conduites individuelles (la façon dont chacun utilise son téléphone par exemple) mais surtout la manière dont les outils numériques sont conçus (*design*) et financés à large échelle. Les choix en cette matière dépendent de, et transforment en retour, les lois, l'économie, les infrastructures et nos habitudes, sur fond d'un pouvoir croissant des acteurs privés de la «Big Tech». L'analyse des DDoH permet de mettre en avant les effets positifs (télémédecine, suivi des maladies chroniques, etc) autant que négatifs (désinformation médicale, travail précaire des plateformes, etc) du numérique. La digitalisation à marche forcée touche même ceux qui n'y ont pas accès, en creusant les inégalités. D'autant que, alertent les auteurs, le développement rapide «de l'IA et son intégration aux processus biologiques et robotiques rendent urgente une coopération et une régulation à l'échelle mondiale [posant des] risques extrêmement préoccupants du point de vue de la santé publique et [qui] pourraient avoir des conséquences catastrophiques pour la paix, la santé et le bien-être dans le monde». Le concept de DDoH doit alors aider la santé publique à mieux comprendre, encadrer voire anticiper les effets de cette «méga-tendance».

Dre Cécile Fasel
Rédactrice en chef adjointe – RMS

1 Shaw, J., Gross, N., Saldaña-Tejeda, A., Atuire, C., Prainsack, B., Holly, L., & Kickbusch, I. (2026). The digital determinants of health : A new era for global public health. The Lancet, 408(10565), 1745-1757. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)01292-4

Rev Med Suisse 2026; 22: 1821
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.982.49667

LU POUR VOUS

Cirrhose alcoolique: la recompensation est possible chez un patient sur trois

Le potentiel de récupération d'une cirrhose d'origine alcoolique après l'arrêt de l'alcool est mal défini. Dans une étude rétrospective internationale multicentrique, menée dans 17 centres, Hofer et coll. ont recruté 633 patients avec une cirrhose décompensée ayant obtenu une abstinence afin d'évaluer l'incidence et les facteurs associés à une recompensation hépatique, selon les critères de Baveno VII. Après un suivi médian de 36,3 mois, 197 patients (31,1%) ont atteint une recompensation. L'incidence cumulée était de 12,3% à 1 an, 23,4% à 2 ans et 33,8% à 5 ans. Une abstinence obtenue dans le mois suivant la première décompensation était associée à une fréquence de recompensation environ deux fois plus élevée, alors que la présence d'une décompensation supplémentaire après l'arrêt de l'alcool la réduisait d'environ un tiers. Parmi les patients recompensés qui ont ensuite repris durablement l'alcool, 14 sur 24 (58%) ont présenté une nouvelle décompensation, contre 6 sur 173 (3,5%) parmi ceux restés abstinents. Aucun patient recompensé resté abstinent n'est décédé d'une cause hépatique ni n'a développé de carcinome hépatocellulaire durant le suivi.

Commentaire: cette étude montre que la cirrhose décompensée ne constitue pas un point de non-retour dans la cirrhose liée à l'alcool: près d'un tiers des patients abstinents atteignent des critères stricts de recompensation. Son caractère rétrospectif et la sélection de patients abstinents suivis dans des centres tertiaires limitent la généralisation des résultats et ne permettent pas d'établir un lien causal entre la précocité de l'abstinence et la recompensation. L'amélioration du pronostic à long terme reste à confirmer. Pour le clinicien, le message reste néanmoins fort: l'abstinence devrait être obtenue précocement et maintenue, la reprise de l'alcool étant associée à un risque important de nouvelle décompensation.

Dre Simone Canonica, Dr Gaël Grandmaison
HFR Fribourg

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

Hofer BS, Tonon M, Buttler L, et al. Incidence and implications of abstinence-induced recompensation in alcohol-related cirrhosis. J Hepatol. 2026;84(6):1077-88. doi:10.1016/j.jhep.2026.01.007.

CARTE BLANCHE

LE MÉDECIN DU 21e SIÈCLE



Dre Jessica Colombé
Place des Mouleurs 4
2822 Courroux

Lorsque j'ai commencé à exercer, on nous apprenait à écouter le patient, à recueillir son histoire, à examiner, à analyser et à raisonner. Nous formulions des hypothèses diagnostiques, les confrontions aux données cliniques, puis proposions une prise en charge. La médecine reposait avant tout sur une relation: celle d'un patient et d'un médecin réunis autour d'un problème de santé.
Vingt-cinq ans plus tard, cette représentation semble presque appartenir à une autre époque.
La médecine de premier recours s'est profondément transformée, au rythme d'un environnement technologique en évolution rapide.
Numérisation, exigences administratives croissantes, multiplication des intervenants, complexification des parcours et accès immédiat à une masse considérable d'informations ont modifié notre manière d'exercer.
Le développement des cabinets de groupe et l'évolution des attentes des nouvelles générations de médecins participent également à cette transformation.
Le paradoxe est que notre formation n'a pas toujours évolué au même rythme.
Nous avons appris à devenir de meilleurs cliniciens, mais avons-nous été préparés à devenir les professionnels que la médecine contemporaine exige?
Aujourd'hui, le médecin de premier recours est à la fois clinicien, coordinateur, gestionnaire, médiateur et parfois administrateur.
Cette accumulation de rôles et de responsabilités n'est pas sans conséquences sur le temps médical, le stress et le risque d'épuisement professionnel.
La numérisation illustre particulièrement bien cette ambivalence.
Elle devait nous faire gagner du temps.
Elle le fait parfois, mais peut aussi en consommer.
Interfaces multiples, plateformes, notifications, documents électroniques et exigences de traçabilité peuvent transformer un outil conçu pour simplifier la pratique en une nouvelle source de travail.
Il serait toutefois trop simple d'opposer une médecine «humaine» à une médecine «numérique».
Le problème n'est pas la technologie en elle-même, mais la manière dont elle est conçue et intégrée dans les soins.
L'intelligence artificielle accentue encore cette transformation.
Elle est déjà capable d'assister certaines tâches diagnostiques, documentaires et organisationnelles et pourrait réduire une partie du travail répétitif. Mais elle pose une question plus fondamentale: si certaines tâches cognitives peuvent être automatisées, que restera-t-il au médecin?
La question n'est donc plus de savoir si l'intelligence artificielle entrera dans nos cabinets. Elle y est déjà.
La véritable question est de savoir ce que nous voulons lui confier.
Son développement en santé doit rester guidé par l'éthique, la responsabilité, la transparence et le respect des droits des patients.
La technologie n'est pas neutre: son intégration doit répondre aux besoins des patients comme à ceux des professionnels.
Le médecin du 21e siècle devra probablement travailler davantage en réseau, interpréter des données toujours plus nombreuses et maîtriser de nouveaux outils. Mais il ne devra pas pour autant chercher à tout faire.
Au contraire, cette évolution doit nous conduire à définir ce qui ne doit être ni automatisé, ni délégué, ni sacrifié.
Écouter. Examiner. Douter. Interpréter. Annoncer une mauvaise nouvelle. Accompagner dans l'incertitude.

Comprendre ce qui n'est pas dit.
Décider avec le patient lorsque les données scientifiques ne suffisent pas à décider.
Ces dimensions sont difficiles à quantifier.
Elles sont pourtant au cœur de la relation thérapeutique.
Le médecin de demain sera peut-être moins un expert capable de tout maîtriser qu'un professionnel capable de naviguer dans la complexité sans perdre de vue la personne qui se trouve en face de lui.

Cette transformation est aussi une responsabilité institutionnelle.
Il ne suffit pas de demander aux médecins de s'adapter: il faut adapter leur formation, leurs outils et leur environnement de travail. La numérisation ne devrait être poursuivie que lorsqu'elle apporte une réelle valeur ajoutée et permet de réduire, plutôt que d'accroître, la charge administrative.
Le médecin ne devrait pas avoir à choisir entre soigner et gérer.
La technologie devrait libérer du temps médical, non en consommer davantage.
Après vingt-cinq ans d'exercice, je ne sais pas quelle sera la place du médecin dans dix ou quinze ans.
Une chose me paraît cependant certaine: le médecin de demain sera différent de celui que nous sommes aujourd'hui.
La question essentielle ne sera peut-être plus de savoir jusqu'où la médecine peut évoluer, mais jusqu'où nous voulons la laisser évoluer sans perdre ce qui fait de la médecine un métier profondément humain.
Le médecin du 21e siècle ne sera probablement ni remplacé par la technologie ni défini par elle. Il devra surtout apprendre à en devenir le maître d'œuvre, en préservant, au cœur de cette transformation, ce que la technologie ne saura jamais entièrement reproduire.

ZOOM

Un dépistage polygénique cardiovasculaire prêt pour la clinique

Les maladies cardiovasculaires (MCV), premières causes de morbi-mortalité mondiale, ont une héritabilité substantielle. Contrairement aux formes monogéniques causées par un seul variant génétique à fort effet (par exemple, hypercholestérolémie familiale), l'essentiel du risque génétique se répartit sur des centaines à des millions de variants communs de très faible effet mais qui, lorsqu'ils sont combinés, peuvent entraîner un risque important. Un score polygénique de risque (Polygenic Risk Score, PRS) les agrège en un seul chiffre situant l'individu sur la distribution du risque génétique populationnel. Issu d'un génotypage unique et fixé dès la naissance, il identifie à un jeune âge des individus à risque héréditaire majoré, avant même que les facteurs de risque modifiables (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, tabac, etc.) ne se développent et ne deviennent informatifs pour les algorithmes cliniques de risque. Plusieurs PRS ayant été développés pour une même maladie avec des stratifications parfois discordantes, cette étude développe et valide des PRS «intégrés» pour 8 conditions cardiovasculaires.

Méthode: développement et validation externe de PRS sur des biobanques: développement dans All of Us (n = 245394; cohorte américaine ethniquement diverse), validation dans la Mass General Brigham Biobank (MGBB, n = 53306). Pour chacun des 8 traits – coronaropathie (CAD), fibrillation auriculaire (FA), diabète de type 2 (DT2), maladie thromboembolique veineuse (MTEV), anévrisme de l'aorte thoracique (AAT), hypertension artérielle extrême, hypercholestérolémie sévère et lipoprotéine(a) élevée – tous les PRS publiés ont été extraits du PGS Catalog puis combinés par PRSmix (régression elastic-net) en un score intégré unique, ajusté pour l'ascendance génétique. Catégories par percentiles: élevé (91-100e), au-dessus de la moyenne (76-90e), moyen (26-75e, référence), bas (0-25e); pour les traits rares (AAT, MTEV): élevé (81-100e), moyen (21-80e), bas (0-20e). Issues primaires: odds ratios (OR) pour la prévalence de chaque condition par catégorie de PRS, hazard ratios (HR) pour les événements incidents en suivi prospectif, et net reclassification index (NRI) à l'ajout du PRS aux scores cliniques (PCE, PREVENT, CHARGE-AF).
Résultats: dans la MGBB (âge moyen 53 ans, 56% de femmes), le PRS stratifiait le risque des 8 traits (OR risque élevé vs moyen): Lp(a) 41,0; hypercholestérolémie 4,1; CAD: 3,7; DT2: 3,1; FA: 3,0; indice de concordance (C-index) de 0,60 (MTEV, AAT, HTA) à 0,87 (Lp(a)). En prospectif (suivi médian 7,6 ans), un PRS élevé doublait le risque d'événement lié à une FA (HR: 2,32), un DT2 (HR: 2,10) et une CAD (HR: 2,08), y compris chez les < 50 ans, et améliorait la reclassification des sujets à risque intermédiaire (NRI: 0,17 PCE; 0,18 PREVENT). Au total, 71% des participantes avaient un risque ≥ 3 x la moyenne pour au moins une condition. La prise en charge des sujets à PRS élevé était sous-optimale (Lp(a) dosée chez 4%; 68% avec TA ≥ 140/90 mmHg non traités; 58% avec LDL ≥ 4,1 mmol/l non traités). La discrimination s'atténuait dans les populations non européennes (CAD: OR 3,9 vs 2,5 chez les sujets d'ascendance africaine).
Discussion et limites: il s'agit de la première démonstration à large échelle qu'un panel polygénique multitraits, issu d'un génotypage unique et peu coûteux, qui identifie un risque cardiovasculaire majoré bien avant l'expression clinique. Points forts: cohorte incluant des participantes d'ethnies diverses, validation externe robuste, transparence méthodologique et test commercialement disponible. Limites: étude d'association et de reclassement, sans essai randomisé montrant qu'une intervention guidée par le PRS améliore les issues; performance modeste pour plusieurs traits (C-index environ 0,60); moindre discrimination dans les populations non européennes (conséquence directe de la sur-représentation des cohortes européennes dans les études d'association génétique dont sont dérivés les PRS) posant un vrai enjeu d'équité; absence de seuil de risque consensuel et incertitudes sur le coût-bénéfice et le risque de surmédicalisation.
Conclusion: cette étude illustre la puissance des grandes cohortes populationnelles et hospitalières avec des données génétiques pour développer de nouveaux outils de prévention. Un PRS intégré pour 8 conditions cardiovasculaires est désormais cliniquement disponible et permet une stratification du risque génétique à grande échelle. Avant une intégration plus large, des essais randomisés doivent démontrer qu'un dépistage polygénique modifie réellement les comportements, les prescriptions et, surtout, les événements cliniques.

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

Misra A, et al. Development and validation of a clinical polygenic risk report in U.S.-based health systems for 8 cardiovascular conditions. J Am Coll Cardiol 2026 Apr 29:S0735-1097(26)05809-2. DOI:10.1016/j.jacc.2026.03.035.

TRIBUNE

Après les canicules, sortir de l'apathie

Nous vivons une période passionnante si elle n'était si préoccupante. Pour les personnes âgées dont je suis, les canicules à répétition de cet été ont pesé… Et/mais l'essentiel, c'est la trajectoire sur laquelle se trouve la biosphère. Faut-il rappeler la figure de James Edward Hansen, ce climatologiste états-unien qui, dans son témoignage devant le Congrès américain en 1988 déjà, avait vivement tiré la sonnette d'alarme, sans succès. On sait que des études mandatées par l'industrie pétrolière dès les années 1970 avaient prédit avec une grande précision ce que nous sommes en train de vivre, mais les résultats ont été mis sous le tapis. C'est en 1988 aussi qu'est créé le GIEC, mais les inquiétudes y relatives peinent longtemps à faire la première page des médias. Vinrent les manifestations de grande ampleur de la fin des années 2010, avec une prise de conscience, un enthousiasme. Puis le Covid, vrai traumatisme; on a pu croire qu'il y aurait un monde d'après, aux valeurs et pratiques différentes. Désillusion, la routine sociétale et politique a repris le dessus, négligeant souvent l'important au profit du court terme. Les puissants économiques et politiques et même les tribunaux, ont nié l'état de nécessité qu'alléguaient les militants.

LA CROISSANCE SANS FREIN, AVEC LA RECHERCHE DE PROFITS SANS FIN, EST UNE VOIE SANS ISSUE VIVABLE

Arrivent juin 2026, puis juillet et août, on se préoccupe de l'inconfort grave dû aux canicules, notamment en EMS où on constate une augmentation de la mortalité, des conséquences dramatiques pour l'élevage et l'agriculture, de la pénibilité dans les écoles. Au moment où j'écris, début septembre, survient encore une catastrophe dans l'Himalaya tibéto-népalais. Dans la lignée de Blatten chez nous mais en bien plus grand, et de nouveaux dangers massifs du même type sont annoncés dans d'autres régions, dont le Mont-Blanc. Sans compter les multiples aléas météorologiques que nous vivons sous forme de tempêtes exceptionnelles (mais bientôt plus…) par leur force et leur fréquence ou en termes de sécheresse, d'incendies et mégafeux.

On déplore mais, au niveau politique, on en reste au climato-apatho-minimalisme majoritaire – dénégation et scepticisme camouflés en réalisme sous le prétexte inepte de «Il y a toujours eu des variations climatiques» –; ce n'est que sous la pression que ces grands myopes pourraient voir et agir en conséquence. Cela est spectaculaire, caricatural, chez notre (non-) ministre fédéral de l'environnement… un magistrat qui représente la Suisse sur la scène internationale mais qui ne s'attendait pas à des chaleurs pareilles… tout en n'ayant comme message que la litanie du «Il faut s'adapter». Fort de son passé d'homme de parti et de lobbyiste pour les secteurs pétrolier et automobile, Albert Roesti entend rester droit dans ses bottes… Mais le faire sans se préoccuper largement d'une survie vivable pour ses concitoyens est beaucoup trop court. La Suisse est probablement le seul pays autour de nous dont le ministre de l'Environnement est ouvertement climatosceptique – il est un des acteurs majeurs qui ont fait échouer, en 2021, une bonne loi sur la réduction des émissions de CO_2.

Le minimum serait de lui retirer le dicastère de l'environnement, voire de l'exclure d'un gouvernement où il n'a pas sa place, mais ce serait un séisme politique aux yeux des conservateurs. Comment alors résister à la résignation qui n'est évidemment pas bonne conseillère? Notamment dans les jeunes générations à qui on annonce un avenir difficile pour une variété de raisons?

La science le souligne depuis des années, l'évolution climatique est un véritable supertanker (métaphore pétrolière discutable!) dont la course ne peut être infléchie que lentement. Alors qu'il y a urgence, qu'il est certain que les étés à venir ne seront pas marqués par la fraîcheur et que, même avec un vrai ministre, qui assume, le défi est colossal.

L'enjeu, si difficile à accepter – et même concevoir – est que nous devons changer de modèle de société. Il faut freiner Prométhée, symbole antique de la démesure qui repousse les limites par le progrès technique! Tirer la conséquence de ce que nous savons: la croissance sans frein, avec la recherche de profits sans fin, est une voie sans issue vivable. Modifier notre course actuelle, revoir notre théorie et notre pratique de la croissance. On a beau la vouloir qualitative, on n'échappera pas dans certains domaines au débat sur la décroissance.

Donner attention, dans le monde francophone, aux Bruno Latour, Aurélien Barrau, Dominique Bourg, et avant eux Jacques Ellul et même Ivan Illich.

Le fait est qu'il est inimaginable pour les puissants d'aujourd'hui de vouloir changer Le Système, de casser «leur» baraque… Pourtant, pour faire mieux que l'apatho-minimalisme, s'impose un réveil large de la société civile, politique et économique.

Pour ce faire, procéder à un point de situation critique, puis changer. Conseil fédéral et parlement, instances cantonales et communales ne feront preuve de hardiesse qu'aiguillonnés par la société civile. Des collectifs, des ONG, des mouvements citoyens se mobilisent déjà mais sont à la peine devant les inerties, les vues à court terme. À défaut de solutions toutes faites, ouvrir des concertations entre toutes les parties prenantes: des Assises de la croissance raisonnée, recenser les propositions pertinentes, en imaginer d'autres, les hiérarchiser et présenter à la collectivité des mesures concrètes.

Inventer les voies et moyens d'une réorientation du supertanker, ce qui devra inclure une société moins obsédée par le profit et l'intérêt personnel, plus équitable et, conformément à nos constitutions, plus attentive aux besoins, droits et intérêts des plus faibles parmi nous.

DR JEAN MARTIN

Médecin de santé publique
Ancien membre de la Commission nationale d'éthique
jeanmartin280@gmail.com

Rev Med Suisse 2026; 22: 1824
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.982.49434



FRIDAY
27. NOVEMBER
2026

CHUV
LAUSANNE

ANNUAL CONGRESS:

Neuropathic Pain and beyond

SWISS PAIN SOCIETY

SWISS
PAIN
SOCIETY

SWISSPAINSOCIETY.CH

IASP 2026
GLOBAL YEAR
Neuropathic Pain

swisspainsociety.ch

RMS_00000173

BIOMED®



Calcifédiol: une voie directe vers la vitamine D[2,3]

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

» Pour le traitement de la carence en vitamine D[5]
» Comme traitement d'entretien lorsque les facteurs de risque persistent[5]
» Prise mensuelle[5,#]

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

Vitafediol, Capsules molles. C: Calcifédiol monohydraté. **I:** Traitement d'une carence en vitamine D chez adultes (taux de 25(OH)D < 20 ng/ml ou < 50 nmol/l). **P:** La dose initiale habituelle: 1 capsule par mois. Selon le degré de sévérité de la carence et des facteurs de risque, 1 capsule toutes les 2 semaines possible (dose maximale). 3-4 mois après le début du traitement, il convient de déterminer le taux sérique de 25(OH)D et d'adapter la posologie si nécessaire. **CI:** Hypercalcémie, hypercalciurie, hypervitaminose D, tendance à la formation de calculs rénaux contenant du calcium, pseudohypoparathyroïdisme, hypersensibilité aux composants. **P:** En cas d'utilisation à long terme, en particulier en cas d'utilisation plus d'une fois par mois, il convient de contrôler régulièrement le taux sérique de 25(OH)D. Surtout en cas d'utilisation à long terme, il convient de surveiller le calcium et le phosphate dans le sérum et l'urine, ainsi que la phosphatase alcaline dans le sérum. Insuffisance cardiaque chronique: Surveiller étroitement le taux de calcium sérique. Prudence en cas de: Maladies granulomateuses, troubles de la fonction rénale, tendance à la formation de calculs rénaux, troubles du métabolisme du calcium ou de l'excrétion urinaire du calcium et du phosphate, artériosclérose, maladie cardiaque coronaire, traitement par des dérivés de la benzothiadiazine. Immobilisation prolongée: Envisager une réduction de la dose. Ne pas utiliser d'autres médicaments contenant de la vitamine D. Informer des éventuels symptômes de surdosage. **IA:** Intervalle d'administration d'au moins 2 heures avec les résines échangeuses d'ions, l'orlistat, les laxatifs comme l'huile de paraffine. Réduction possible du taux plasmatique par des inducteurs enzymatiques. Les antifongiques imidazolés peuvent altérer l'effet. Interactions possibles avec les glycosides cardiaques, les diurétiques thiazidiques, les corticostéroïdes, les sels de magnésium, certains antibiotiques. **G/A:** Grossesse: L'utilisation est déconseillée. Allaitement: Ne pas utiliser. **EI:** Réactions d'hypersensibilité, hypercalcémie, hypercalciurie, symptômes de surdosage. **E:** Capsules molles 5*, 10*. **Cat.** B. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch. *admis par les caisses-maladie; *V04.0326*

Références: 1. OFSP Liste des spécialités. sl.bag.admin.ch/s, consulté le 14.07.2026. **2.** Bouillon R & Quesada Gomez JM. Comparison of calcifediol with vitamin D for prevention or cure of vitamin D deficiency. J Steroid Biochem Mol Biol 2023; 228: 106248. **3.** Bouden S et al. Effect of cholecalciferol versus calcifediol on serum 25(OH)D concentrations: a systematic review with meta-analysis. Eur J Clin Nutr 2025; 79(4): 296-305. **4.** Pérez-Castrillón JL et al. Long-Term Treatment and Effect of Discontinuation of Calcifediol in Postmenopausal Women with Vitamin D Deficiency: A Randomized Trial. J Bone Miner Res 2023; 38(4): 471-479. **5.** Vitafediol®. www.swissmedicinfo-pro.ch, consulté le 14.07.2026. Les références sont disponibles sur demande.

Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf © Biomed AG. 07/2026. All rights reserved.

RMS_00000194