

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

14 octobre 2026

979

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

CERTIFIER POUR MIEUX SOIGNER: UNE CERTIFICATION AU SERVICE DES PATIENTES

Cryoconservation ovocytaire à but social: guide pratique et cadre légal

Lésions vasculaires myométriales

Maturation cervicale ambulatoire

Thrombopénie et grossesse

La patiente Témoin de Jéhovah en obstétrique

Volume 22, 1649-1692
ISSN 1660-9379 (Imprimé)
ISSN 3042-6782 (En ligne)

MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

smsr
Société médicale de la Suisse Romande

Prise en charge idéale. Semaine après semaine.

Couvre le besoin accru en magnésium pendant la grossesse et l'allaitement.[1,2]

Admis par les caisses-maladie[3]



Magnesiocard®

Magnesiocard® (formes orales)
C: Magnesii aspartatis hydrochloridum trihydricum. **I:** Carence en magnésium, troubles du rythme cardiaque, besoins accrus liés à la pratique sportive de haut niveau et pendant la grossesse, éclampsie et pré-éclampsie, tétanie, crampes dans les mollets, myoclonies, jambes sans repos (Restless Legs). **P:** De 4.5 mg (= 0.185 mmol) à 9 mg (= 0.37 mmol) de magnésium par kg de poids corporel / 10 - 20 mmol de magnésium par jour, en 1-3 prises orales selon la forme d'administration (granulés, comprimés effervescents, comprimés pelliculés). **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants du médicament; Troubles graves de la fonction rénale; Exsiccose. **P:** Insuffisance rénale. Il est indispensable de surveiller la concentration sérique de magnésium chez les insuffisants rénaux. Magnesiocard 7.5 mmol: ne pas utiliser en cas de phénylcétonurie. **IA:** Les tétracyclines et Magnesiocard devraient être pris à 2-3 heures d'intervalle (inhibition mutuelle au niveau de l'absorption). Élimination accélérée ou absorption inhibée du magnésium lors de la prise de certains médicaments. **G/A:** Peut être administré. **EI:** Occasionnellement: troubles gastro-intestinaux. **E:** Comprimés pelliculés (2.5 mmol) 100*; granulés (5 mmol) citron et granulés (5 mmol) orange 20*, 50*; comprimés effervescents (7.5 mmol) 20*, 60*; granulés (10 mmol) grapefruit, granulés (10 mmol) orange et granulés (10 mmol) baies des bois 20*, 50*. **Cat.** B. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch. *admis par les caisses-maladie; V08.0126

Références: 1: Magnesiocard® (formes orales). www.swissmedicinfo-pro.ch, consulté le 03.02.2026. **2:** Spaetling L et al. Magnesium supplementation during lactation? Results of a clinical and experimental study. Geburtshilfe und Frauenheilkunde 1998; 58(10): 561-565. **3:** OFSP Liste des spécialités. sl.bag.admin.ch/sl, consulté le 03.02.2026. Les références sont disponibles sur demande.

Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf
© Biomed AG. 02/2026. All rights reserved.

BIOMED®

RMS_000001143

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH
14 octobre 2026
979

GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

1651 **ÉDITORIAL** Certifier pour mieux soigner: une certification au service des patientes. *A. Feki, N. Ben Ali, B. Martinez De Tejada et M. Vouga*

1654 Cryoconservation ovocytaire à but social: guide pratique et cadre légal en Suisse. *M. Salina et A. Surbone*

1662 Point sur les lésions vasculaires myométriales. *A. Contier et W. Rieder*

1670 Maturation cervicale ambulatoire: quelles méthodes et pour quelles patientes? *V. Lombardi Fäh et B. Martinez De Tejada*

1676 Thrombopénie et grossesse: l'essentiel pour la pratique. *H. Legardeur, A. Cuenoud, D. Baud et M. Gavillet*

1682 La patiente Témoin de Jéhovah en obstétrique: défis et stratégies. *N. Ben Ali, A. Fruscalzo, D. Schneider-Lauper, C. Grandjean-Progin et A. Féki*

1653 Résumés des articles

INFOGRAPHIE

1687 Le lipœdème. *C. Fitaire et A. Modarressi*

TRIBUNE

1688 Les patients vont-ils remplacer leur médecin généraliste par l'intelligence artificielle? *S. Sidorkiewicz*

ACTUALITÉ

1690 **Lu pour vous.** NSTEMI chez la personne âgée et fragile: l'approche invasive est-elle toujours recommandée ? *G. Grandmaison*

1690 **Carte blanche.** Lausanne, 2050: chronique d'une consultation ordinaire. *S. Golay, P. Bodenmann et E. Milcent-Fernandez*

1691 **Zoom.** D-dimères ajustés à l'âge pour limiter les échographies. *D. Choffat*

CORTEX

1692 Soignants de tout bord: unissez-vous. *Y. Papadaniel*

www.revmed.ch

EN LIGNE

PSYCHIATRIE

Qui soigne les soignants? Briser le tabou de la santé mentale des médecins. *O. Massard et M. Kratzer*

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/seb_ra
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.979

Imprimé en Suisse

JMIG

Journal de **médecine interne générale**

pour le médecin de famille,
le pédiatre et l'hôpital

Nouveau numéro

n°1 |10.2026

Rendez-vous sur:
jmig.revmed.ch



SGAIM SSMIG SSGIM mfe KHM CMPR CMB

REVUE MÉDICALE SUISSE

RMS_00000175





Certifier pour mieux soigner : une certification au service des patientes

Pr ANIS FEKI, Dr NORDINE BEN ALI, Dre BEGOÑA MARTINEZ DE TEJADA et Dre MANON VOUGA

Rev Med Suisse 2026; 22: 1651-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.979.49281

Articles publiés sous la direction de

MANON VOUGA

Service d'obstétrique
Département femme-mère-enfant
Centre hospitalier universitaire vaudois
Lausanne

BEGOÑA MARTINEZ DE TEJADA

Gyneva Women's Clinic
Genève
Faculté de Médecine
Université de Genève

Cosignataires de l'éditorial

ANIS FEKI

NORDINE BEN ALI

Service de gynécologie et obstétrique
HFR-Hôpital fribourgeois
Fribourg

La gynécologie-obstétrique moderne se situe au croisement de technologies sophistiquées, de décisions à forts enjeux, fertilité, cancer, grossesse, et de la prise en charge de patientes vulnérables. Sa spécificité tient à la dualité de ses patients : une erreur diagnostique ou thérapeutique peut y avoir des conséquences majeures, souvent irréversibles, engageant simultanément la femme et l'enfant à naître, la fertilité et le projet parental. Garantir les compétences des professionnels et la qualité des organisations constitue donc une exigence fondamentale de cette discipline.

Les débats actuels autour de la certification opposent volontiers ses défenseurs à ceux qui dénoncent une inflation administrative. Cette opposition est réductrice. La vraie question n'est pas de savoir s'il faut davantage ou moins de certifications, mais lesquelles apportent une valeur clinique démontrable. Une certification est légitime lorsqu'elle évalue une compétence pertinente, selon des critères transparents et reproductibles, avec une charge proportionnée aux risques qu'elle cherche à prévenir. Elle perd sa raison d'être lorsqu'elle devient redondante, obstacle à une compétence déjà acquise ou instrument de gouvernance sans bénéfice mesurable pour les patientes.

UNE STRATÉGIE CHIRURGICALE COMPLEXE NE S'INTERPRÈTE PAS INDÉPENDAMMENT DE LA QUALITÉ DE SA RÉALISATION

Il importe de ne pas confondre certification d'une personne, accréditation d'un centre et condition administrative d'autorisation ou de remboursement. La première doit attester une compétence individuelle ; la deuxième, la capacité d'une organisation à délivrer une prise en charge de qualité ; la troisième relève d'une décision réglementaire ou tarifaire. Les superposer sans démontrer leur nécessité risque de transformer un outil de qualité en barrière d'accès.

L'échographie obstétricale et gynécologique illustre bien cette distinction. Sa qualité dépend de la formation de l'opérateur, de la standardisation de l'examen et de la capacité à reconnaître ses limites. Les recommandations de l'International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG) définissent une formation structurée et des standards techniques.[1,2] Une certification ciblée sur les examens de référence constitue alors un instrument pertinent de qualité.

La médecine de la reproduction fournit un autre exemple où il faut distinguer standardisation fondée sur les preuves et centralisation de principe. L'European Society of Human Reproduction and Embryology recommande l'elective single embryo transfer (eSET) comme approche privilégiée en IVF/ICSI (fécondation in vitro/injection intracytoplasmique de spermatozoïdes), compte tenu des complications maternelles, fœtales et néonatales associées aux grossesses multiples.[3] Des protocoles communs, une information structurée des patientes et un contrôle de qualité sont donc pleinement justifiés. Ces données ne démontrent pas, en revanche, que la centralisation systématique de la procréation médicalement assistée ou l'ajout de labels améliore en soi les résultats. Le standard doit porter sur ce qui influence réellement la sécurité et l'efficacité des soins.

L'oncologie gynécologique illustre l'intérêt d'une accréditation organisationnelle lorsque complexité et volume influencent la qualité chirurgicale. Les indicateurs de qualité de l'European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) pour la chirurgie du cancer avancé de l'ovaire intègrent notamment le volume d'activité, l'implication de chirurgiens dédiés, la discussion multidisciplinaire et le taux de résection complète.[4,5] L'essai randomisé TRUST apporte une nuance importante. Conduit dans des centres soumis à un audit de qualité chirurgicale et à des exigences de volume, il a montré une survie

Bibliographie

1 – ISUOG Education Committee. ISUOG Education Committee recommendations for basic training in obstetric and gynecological ultrasound. Ultrasound Obstet Gynecol. 2014;43(1):113-6.

2 – Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. Ultrasound Obstet Gynecol. 2022;59(6):840-56.

3 – ESHRE Guideline Group on the Number of Embryos to Transfer. ESHRE guideline: number of embryos to transfer during IVF/ICSI. Hum Reprod. 2024;39(4):647-57.

4 – Querleu D, Planchamp F, Chiva L, et al. European Society of Gynaecologic Oncology quality indicators for advanced ovarian cancer surgery. Int J Gynecol Cancer. 2016;26(7):1354-63.

5 – Fotopoulou C, Concin N, Planchamp F, et al. Quality indicators for advanced ovarian cancer surgery from the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO): 2020 update. Int J Gynecol Cancer. 2020;30(4):436-40.

sans progression plus longue avec la chirurgie cytoréductrice première, sans différence significative de survie globale – critère principal.[6] TRUST n'a pas été conçu pour évaluer l'effet de la centralisation sur la survie et ne permet donc pas de conclure sur ce point mais rappelle qu'une stratégie chirurgicale complexe ne s'interprète pas indépendamment de la qualité de sa réalisation, hautement dépendante du volume chirurgical.

L'obstétrique fournit une illustration comparable dans les situations à haut risque. Pour le placenta accreta spectrum, une cohorte récente de 417 patientes a associé la mise en place d'un protocole multidisciplinaire structuré à une diminution des lésions urologiques, des complications chirurgicales, des transfusions, de l'hystérectomie, des pertes sanguines et de la durée d'hospitalisation.[7] Cette étude a évalué la mise en place du protocole multidisciplinaire structuré, non l'effet d'un label en tant que tel. Ici encore, le bénéfice ne provient pas du label lui-même, mais de ce qu'il doit garantir: des équipes multidisciplinaires expertes réunissant compétences, ressources et coordination.

Cette logique est également au cœur de l'évolution de la formation postgraduée suisse. L'ISFM conduit la transition vers une formation basée sur les compétences, notamment au moyen des Entrustable Professional Activities, afin que la progression dépende davantage de compétences effectivement démontrées que du seul temps de formation ou d'un nombre d'actes.[8] Certifier doit signifier mesurer une compétence réelle, non vérifier une procédure administrative.

C'est précisément parce que certaines certifications sont utiles qu'il faut préserver leur crédibilité. La première dérive est la bureaucratisation. Une accumulation de formulaires, de cours ou d'audits dupliquant des compétences déjà validées mobilise du temps médical sans objectif clinique explicite. Toute exigence supplémentaire devrait donc répondre à trois questions: quel risque réduit-elle? Quelle compétence nouvelle évalue-t-elle? Améliore-t-elle, indicateurs à l'appui, la qualité ou la sécurité?

La deuxième dérive concerne la gouvernance. L'accès à une certification doit reposer sur des critères publics, reproductibles, applicables de manière équitable et assortis de procédures de recours. Lorsqu'un titre, une activité ou un remboursement en dépend, les exigences de transparence et d'indépendance doivent être particulièrement élevées. La proximité institutionnelle, académique ou économique, ne peut se substituer à une évaluation objective des compétences.

LA SÉPARATION ENTRE INTÉRÊT COMMERCIAL ET DÉCISION CERTIFICATIVE DOIT ÊTRE GARANTIE

La troisième dérive est économique. Qu'une certification ait un coût n'est pas en soi problématique. Le problème apparaît lorsque le financement du dispositif crée une incitation à multiplier les certifications, les renouvellements ou les formations obligatoires sans bénéfice proportionné. Les frais, la gouvernance et les conflits d'intérêts doivent donc être transparents, et la séparation entre intérêt commercial et décision certificative clairement garantie.

La certification n'est ainsi ni une fin en soi ni un ennemi de l'autonomie professionnelle. Elle est un contrat de confiance. Lorsqu'elle est fondée sur les preuves, proportionnée au risque, indépendante et centrée sur une compétence mesurable, elle protège les patientes et soutient les professionnels. Lorsqu'elle devient redondante, opaque ou détachée des résultats cliniques, elle doit pouvoir être questionnée. Notre responsabilité collective n'est donc pas de défendre toutes les certifications, ni de les combattre toutes, mais d'exiger pour chacune d'elles le même standard que pour nos décisions médicales: pertinence, preuve, proportionnalité et bénéfice réel pour les patientes.

Bibliographie

6 – Mahner S, Heitz F, Salehi S, et al. TRUST: Trial of radical upfront surgical therapy in advanced ovarian cancer (ENGOT ov33/AGO-OVAR OP7). J Clin Oncol. 2025;43(17_suppl):LBA5500.

7 – Luder A, Castel E, Kleinmann N, et al. Multidisciplinary protocol and outcomes in placenta accreta spectrum: a 12 year cohort study. Arch Gynecol Obstet. 2026;313:80.

8 – Schwitz F, Brodmann Maeder M, Hennel EK. Competency-based education – the reform of postgraduate medical training in Switzerland. GMS J Med Educ. 2024;41(5):Doc62.

Résumés

Rev Med Suisse 2026; 22: 1676-80

Thrombopénie et grossesse: l'essentiel pour la pratique

H. Legardeur, A. Cuenoud, D. Baud et M. Gavillet

La thrombopénie touche environ 10% des grossesses. Elle est le plus souvent bénigne (thrombopénie gestationnelle), mais certaines étiologies, notamment le purpura thrombopénique immunologique ou la prééclampsie, nécessitent une prise en charge spécifique. La démarche diagnostique et l'attitude pratique dépendent de l'anamnèse, des antécédents, du terme de la grossesse et de la sévérité de la thrombopénie. Un bilan ciblé permet d'exclure les causes graves, en particulier la prééclampsie et autres microangiopathies, qui nécessitent une prise en charge urgente. Le traitement, réservé aux thrombopénies sévères ou symptomatiques, dépend de l'étiologie sous-jacente. Cet article propose une démarche pratique, fondée sur les recommandations actuelles et l'expérience au CHUV, pour guider le médecin de premier recours.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1654-60

Cryoconservation ovocytaire à but social: guide pratique et cadre légal en Suisse

M. Salina et A. Surbone

La cryoconservation ovocytaire à but social (ou *social freezing*) connaît une demande croissante chez les femmes en bonne santé souhaitant préserver leur fertilité pour des raisons non médicales, principalement liées à l'âge. Cette revue narrative propose des outils pratiques à destination des praticiens pour initier et accompagner la prise en charge d'une cryoconservation ovocytaire, en abordant le cadre légal suisse, les critères de sélection des patientes, la procédure de stimulation et les aspects médico-économiques.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1682-6

La patiente Témoin de Jéhovah en obstétrique: défis et stratégies

N. Ben Ali, A. Fruscalzo, D. Schneider-Lauper, C. Grandjean-Progin et A. Féki

Le refus transfusionnel des patientes Témoins de Jéhovah est un défi majeur en obstétrique. Bien que la transfusion soit rare (1,4% en obstétrique), l'absence de recours au sang lors d'une hémorragie sévère augmente considérablement le risque de décès maternel. Cet article analyse le changement de paradigme éthique en Suisse, marqué par le passage du paternalisme vers le respect de l'autodétermination de la patiente capable de discernement. Il détaille les stratégies de gestion du capital sanguin (PBM), de l'optimisation anténatale de l'hémoglobine à l'hémostase chirurgicale précoce. La planification multidisciplinaire et la formalisation d'un plan de soins individualisé demeurent les piliers d'une prise en charge respectueuse des valeurs et de la sécurité médicale.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1662-6

Point sur les lésions vasculaires myométriales

A. Contier et W. Rieder

L'hypervascularisation myométriale est une pathologie acquise. Elle est secondaire à l'invasion trophoblastique et souvent confondue, à tort, avec la malformation artérioveineuse congénitale, dont elle diffère par sa physiopathologie et son évolution. Le diagnostic repose sur l'échographie endovaginale, associant le mode B et le Doppler couleur. Le plus souvent asymptomatique, elle régresse spontanément après expulsion complète du trophoblaste. En cas de saignements significatifs, une prise en charge active peut s'avérer nécessaire, guidée par la sévérité clinique plutôt que par les critères d'imagerie seuls.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1670-5

Maturation cervicale ambulatoire: quelles méthodes et pour quelles patientes?

V. Lombardi Fäh et B. Martinez De Tejada

La maturation cervicale ambulatoire constitue une alternative à l'hospitalisation chez des patientes sans comorbidité maternelle, sans pathologie fœtale ni complication obstétricale nécessitant une surveillance continue, après une évaluation maternofœtale rassurante. Les données disponibles suggèrent une efficacité et une sécurité comparables à une prise en charge hospitalière, en particulier avec les méthodes mécaniques, tout en réduisant le temps passé en unité d'accouchement. L'utilisation de méthodes pharmacologiques comme les prostaglandines est soutenue par des données probantes et globalement rassurantes, même si un événement indésirable rare reste possible. Au-delà du choix de la méthode, la sécurité de cette stratégie repose sur une sélection rigoureuse, un suivi organisé et des critères précis de retour à la maternité.

Cryoconservation ovocytaire à but social: guide pratique et cadre légal en Suisse

MARGAUX SALINA[a] et ANNA SURBONE[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1654-60 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.979.49135

La cryoconservation ovocytaire à but social (ou *social freezing*) connaît une demande croissante chez les femmes en bonne santé souhaitant préserver leur fertilité pour des raisons non médicales, principalement liées à l'âge. Cette revue narrative propose des outils pratiques à destination des praticiens pour initier et accompagner la prise en charge d'une cryoconservation ovocytaire, en abordant le cadre légal suisse, les critères de sélection des patientes, la procédure de stimulation et les aspects médico-économiques.

Oocyte cryopreservation for social purposes: a practical guide and legal framework in Switzerland

Oocyte cryopreservation for social reasons (or "social freezing") is seeing growing demand among healthy women who wish to preserve their fertility for non-medical reasons, primarily related to age. This narrative review provides practical tools for clinicians to initiate and support egg cryopreservation care, addressing the Swiss legal framework, patient selection criteria, the stimulation procedure, and medico-economic aspects.

INTRODUCTION

La conservation ovocytaire à but social désigne la vitrification d'ovocytes chez la femme en bonne santé souhaitant préserver sa fertilité pour des raisons non médicales. La demande est en constante augmentation depuis plusieurs années. Les causes en sont multiples: absence de partenaire, choix de carrière, ou précarité financière (**figure 1**).[1,2]

Cette demande croissante accompagne l'augmentation constante de l'âge maternel de la première grossesse observée depuis les années 1970. La conservation ovocytaire aurait comme but de limiter en partie l'infertilité liée à l'âge. La première naissance après cryoconservation ovocytaire a été rapportée en 1986. Depuis lors, l'évolution des techniques ont amélioré les résultats et dès 2012, l'American Society for Reproductive Medicine (ASRM), a cessé de déclarer cette méthode comme expérimentale.[1]

En 2017, l'ASRM a estimé qu'il n'y avait pas de conflit éthique à la conservation à but social, celle-ci augmentant l'autonomie reproductive de la femme, et promouvant une égalité homme-femme, en élargissant la fenêtre de reproduction physiologique.[1]

[a]Service de gynécologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
margaux.salina@chuv.ch | anna.surbone@chuv.ch

En Suisse, la conservation d'ovocytes est possible depuis 2001. La durée totale de conservation est passée de 5 à 10 ans depuis 2017, à la suite de la modification de la loi sur la procréation médicalement assistée (LPMA), rendant la conservation à but social plus attractive.

Cependant, elle ne garantit pas une naissance, et à ce jour, seules 10% des femmes utiliseront leurs ovocytes.[3] Il est donc important que les femmes puissent être informées correctement afin de faire un choix éclairé.

La conservation à but social n'est actuellement pas remboursée par les assurances maladie.

ÂGE ET FERTILITÉ

L'âge lors de la première grossesse ne fait qu'augmenter depuis plusieurs années, en lien avec une vie professionnelle plus active, la recherche du bon partenaire et l'atteinte d'une sécurité financière (**figure 2**).

Or, la fertilité diminue dès 30 ans. Le nombre d'ovocytes, défini in utero,[4] baisse, jusqu'à la ménopause (51 ans en moyenne en Suisse). La qualité des ovocytes diminue également, avec une augmentation des aneuploïdies, responsables de fausses couches et de mauvaise implantation.

À 40 ans, les femmes surestiment leurs chances de grossesse, en raison des progrès de la procréation médicalement assistée (PMA), bien que les études montrent que plus de 60% des ovocytes sont aneuploïdes après 40 ans.[5]

La conservation ovocytaire avant 40 ans améliore les chances d'avoir une descendance génétique. En effet, une femme de 40 ans a plus de chances de grossesse en utilisant ses propres ovocytes congelés à 35 ans ou en recourant au don d'ovocytes, qu'en faisant une fécondation in vitro (FIV) ou en attendant une grossesse spontanée.[5]

La conservation ovocytaire permettrait de diminuer le besoin en don d'ovocytes, actuellement interdit en Suisse.

CADRE LÉGAL

Tout traitement de PMA est régi en Suisse par la LPMA. La conservation des gamètes est citée dans la section 3, article 15.[6]

JEMPERLI + CP: One regimen. Evidence across biomarker subtypes.[1]

Jemperli (dostarlimab) Injection 500 mg

Supporting confident treatment decisions in primary advanced or recurrent endometrial cancer (EC), from dMMR to MMRp[1–3]

Only IO + CP proven to significantly
prolong OS while maintaining quality of life[2,a,b]

Well established safety profile[2]



Reinforced confidence in
dMMR/MSI-H:
majority of patients
progression-free after 4 years[2]

Relevant evidence in
MMRp/MSS:
clinically relevant
improvement of PFS and OS[3,b]

One regimen. Supporting individual treatment decisions.[1]

NOW reimbursed across dMMR and MMRp[4,a]

Abbreviations: CP: Carboplatin-paclitaxel; **EC:** Endometrial cancer, **dMMR:** Mismatch repair deficient; **MSI-H:** Microsatellite instability high; **MMRp:** Mismatch repair proficient; **MSS:** Microsattelite stable; **IO:** Immuno-oncology; **OS:** Overall survival; **PFS:** Progression-free survival.

Jemperli (concentrate for solution for infusion) **AS:** Dostarlimab. **I:** In combination with carboplatin and paclitaxel for the treatment of adult patients with primary advanced or recurrent endometrial cancer (EC) who are at high risk of recurrence. Monotherapy for the treatment of adult patients with recurrent or advanced EC that is mismatch repair deficient (dMMR)/microsatellite instability high (MSI-H) that has progressed during or after prior treatment with a platinum-based treatment regimen. **D:** 500 mg of dostarlimab as an intravenous infusion every three weeks for 6 doses (combination with chemotherapy) or 4 doses (monotherapy) followed by 1000 mg every 6 weeks for all cycles thereafter. Dose adjustment following undesirable effects see prescribing information. **CI:** Hypersensitivity to an ingredient. **W/P:** No data on efficacy or safety in patients previously treated with immunotherapy. Due to limited data, currently no confirmed benefit of combining Jemperli with carboplatin and paclitaxel for progression-free or overall survival for patients with stage III disease. Immune-related adverse reactions can occur: see a. o. UE, haemophagocytic lymphohistiocytosis (in combination with another immune checkpoint inhibitor), solid organ transplant rejection, transplant-related complications after haematopoietic stem cell transplantation (HSCT), infusion-related reactions. In the case of pre-existing autoimmune disease (AID), increased risk of immune-mediated adverse effects and flares of AID. Haematological and clinical laboratory parameters, incl. liver, kidney, and thyroid function values, are to be evaluated both at the beginning and at regular intervals throughout. **IA:** Not studied. **P/B:** Women of childbearing age should use reliable contraception from the beginning of treatment and for four months after the last dose. *Pregnancy, lactation:* No data available. **UE:** *Very common:* anaemia, hypothyroidism, decreased appetite, cough, nausea, diarrhoea, constipation, vomiting, transaminases increased, skin rash, itching, arthralgia, fatigue, fever. *Common:* hyperthyroidism, adrenal insufficiency, hypoalbuminaemia, hypocalcaemia, hypertension, tachycardia, palpitations, colitis, pancreatitis, dry skin, myalgia, increased creatinine in the blood, acute kidney damage, chills, sepsis, infusion-related reactions (incl. hypersensitivity). *Uncommon:* a. o. thyroiditis, hypophysitis, type 1 diabetes mellitus, encephalopathy, Guillain–Barré syndrome, encephalitis, uveitis, pneumonitis, gastritis, hepatitis, myositis, nephritis. *Rare:* a. o. myasthenia gravis, keratitis, myocarditis, systemic inflammatory response syndrome. **P:** Vial containing 500 mg/10 mL. **DC:** A. Reimbursed (Lim). **Revision of the text:** April 2025. GlaxoSmithKline AG, 6340 Baar. Detailed information can be found at www.swissmedicinfo-pro.ch. Please report adverse drug reactions at pv.swiss@gsk.com. Specialised persons can request the mentioned references from GlaxoSmithKline AG.

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. For further information, see prescribing information Jemperli at www.swissmedicinfo-pro.ch.

References: 1. Professional information JEMPERLI, www.swissmedicinfo-pro.ch (accessed September 2026); **2.** Powell MA, et al. Gynecol. Oncol. 2026; **3.** Mirza MR, et al. N Engl J Med. 2023;388(23):2145-2158; **4.** https://sl.bag.admin.ch (accessed September 2026). **a.** in patients with primary advanced or recurrent EC; **b.** compared to placebo+CP.

GlaxoSmithKline AG, Neuhofstrasse 4, 6340 Baar, www.glaxosmithkline.ch

Trademarks are owned by or licensed to the GSK group of companies. © 2026 GSK group of companies or its licensor.
PM-CH-DST-ADVR-260006 | August 2026

RMS_00000138

GSK

- Les gamètes d'une personne ne peuvent être conservés qu'avec son consentement écrit et pendant cinq ans au plus. Si la personne concernée en fait la demande, la durée de conservation est prolongée de cinq ans au plus.
- Un délai plus long peut être convenu avec les personnes qui donnent leurs gamètes à conserver pour assurer leur propre descendance avant un traitement médical ou l'exercice d'une activité qui peut les rendre stériles ou endommager leur patrimoine héréditaire.
- Toute personne peut révoquer, par écrit et en tout temps, son consentement à la conservation et à l'utilisation de ses gamètes.
- En cas de révocation du consentement ou d'expiration du délai de conservation, les gamètes doivent être immédiatement détruits.

L'utilisation ultérieure des ovocytes est également soumise au respect de la LPMA:

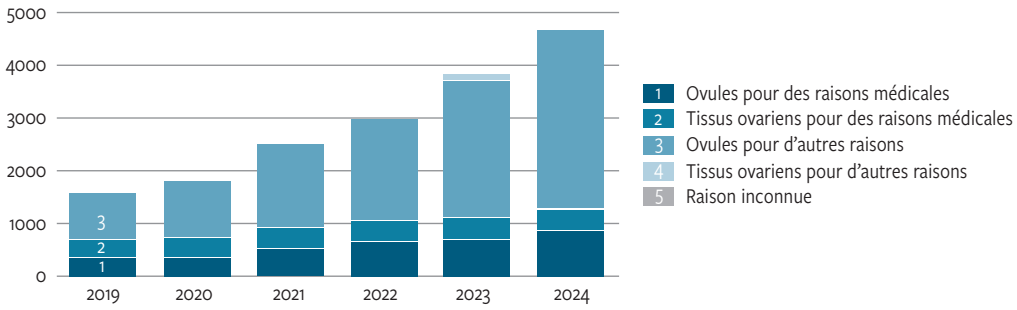
- La PMA est subordonnée au bien de l'enfant.
- Elle est réservée aux couples à l'égard desquels un rapport de filiation peut être établi et qui, en considération de leur âge et de leur situation personnelle, paraissent être à même d'élever l'enfant jusqu'à sa majorité.

De plus, la PMA ne peut être appliquée que si elle satisfait à l'une des exigences suivantes:

- Elle permet de remédier à la stérilité d'un couple et les autres traitements ont échoué ou sont vains.
- Le risque de transmission d'une maladie grave aux descendants ne peut être écarté d'une autre manière.

FIG 1 **Conservation des gamètes en Suisse**[2]

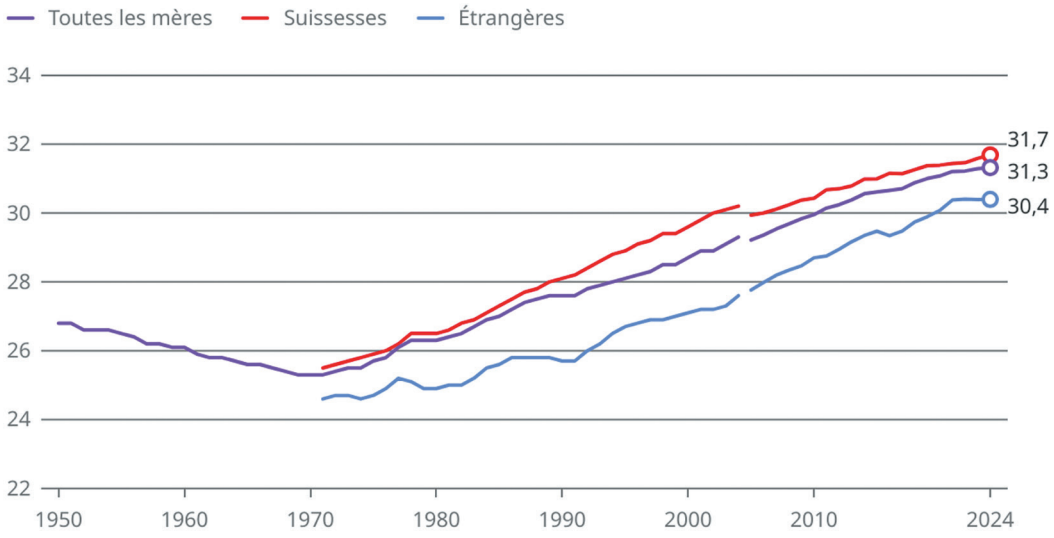
Nombre de femmes dont les ovules ou les tissus ovariens ont été conserves à titre préventif, 2019-2024



(*Tirée de réf.*[2]).

FIG 2 **Âge moyen des femmes à la naissance du premier enfant**

Selon la nationalité.



Rupture de série: jusqu'en 2004, seul l'âge moyen des femmes mariées à la naissance du premier enfant était disponible. À partir de 2005 est représenté l'âge moyen de toutes les femmes, indépendamment de leur état civil, à la naissance du premier enfant.

État des données: 28.05.2025 gr-f-01.04.01.02.03bis-su

(*Source: OFS – BEVNAT, ESPO, PETRA, STATPO. © OFS 2025*).

INDICATIONS

Toute femme majeure, et capable de discernement, peut conserver ses ovocytes après une information adéquate et un temps de réflexion de 4 semaines.

Le succès dépend principalement de l'âge lors de la stimulation ovarienne et du nombre d'ovocytes récoltés.

Les études situent un meilleur rapport coût-efficacité lorsque la conservation d'ovocytes se fait entre 35 et 37 ans.[5,7,8] Avant 35 ans, les femmes n'utiliseront que peu leurs ovocytes, en raison de grossesse spontanée, et après 37 ans, la réponse à la stimulation est moindre, nécessitant plusieurs cycles de stimulation et le taux d'aneuploïdie est déjà élevé. Or, l'âge moyen actuel lors de la conservation est de 38 ans.[5,9]

Il n'existe pas de nombre idéal d'ovocytes à conserver. Les études montrent que pour avoir 75% de chances de naissance vivante, une femme de moins de 38 ans devrait congeler entre 15 et 20 ovocytes tandis qu'à 40 ans elle devrait en conserver 60.[1,8,10] Il est donc souvent nécessaire de réaliser plusieurs stimulations pour obtenir le nombre d'ovocytes souhaité. Afin de guider les femmes, plusieurs études ont mis au point des modèles de prédiction de grossesse à terme selon l'âge et le nombre d'ovocytes obtenus, comme le «BWH Egg Freezing Counseling Tool (EFCT)», développé par Dre R. Goldman.

ENDOMÉTRIOSE ET PATHOLOGIES BÉNIGNES

Chez 50% des couples infertiles, la femme souffre d'endométriose.[11] L'endométriose ovarienne diminue la fertilité en envahissant le tissu sain et en diminuant le nombre de follicules recrutables. De ce fait, la réponse à la stimulation ovarienne sera moindre et plusieurs cycles peuvent être nécessaires pour obtenir un nombre suffisant d'ovocytes. Au vu du risque d'infertilité et d'une réponse décevante à la stimulation ovarienne, les patientes atteintes d'endométriose sont de bonnes candidates à la cryoconservation ovocytaire.

Chez des patientes présentant une réserve ovarienne abaissée, ou des patientes candidates à une chirurgie ovarienne pour une pathologie bénigne (tératome, endométriome), une conservation ovocytaire est également une bonne indication. En effet, la réserve ovarienne peut diminuer drastiquement après une chirurgie ovarienne et le risque d'insuffisance ovarienne prématurée augmente en cas de chirurgies répétées, suite à l'atteinte iatrogène du tissu ovarien sain.[12]

PROCÉDURE DE CRYOCONSERVATION OVOCYTAIRE

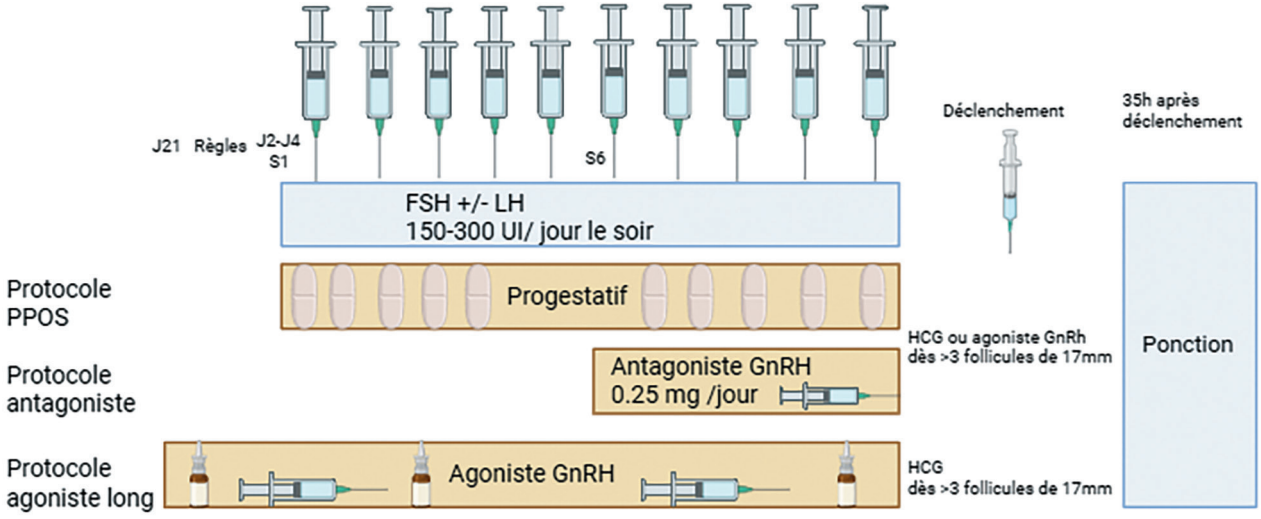
Bilan de base

Le bilan de base, réalisé entre le deuxième et le cinquième jour du cycle menstruel, comprend au moins le dosage sanguin de l'AMH et le compte des follicules antraux (CFA). Ceci permet d'estimer la réserve ovarienne et de prédire la réponse à la stimulation, mais n'est pas un reflet de la fertilité spontanée.[13,14]

Stimulation ovarienne

Après un délai de réflexion de 4 semaines, l'hyperstimulation ovarienne contrôlée peut être débutée par des injections de FSH associée ou non à la LH. Son but est d'obtenir la croissance de plusieurs follicules et la maturation de plusieurs ovocytes sur un seul cycle. La dose et le choix des molécules dépendent des différents facteurs liés à la femme (âge, antécédents, réserve ovarienne). Un blocage de l'ovulation pour éviter une ovulation avant le prélèvement ovocytaire se fait par l'administration d'antagonistes de la GnRH (protocole antagoniste), des progestatifs en continu (protocole Progestin-Primed Ovarian Stimulation (PPOS)) ou des agonistes de la GnRH en continu (protocole agoniste long) (**figure 3**).

FIG 3 Protocoles de stimulations



(*Created by BioRender.com*).

Le protocole PPOS permet une diminution des coûts et pour les patientes atteintes d'endométriose, la stimulation peut se faire sans arrêter le dienogest.

Chez les patientes avec faible réserve ovarienne (AMH ou CFA bas), il est possible de proposer une double stimulation sur un même cycle (Duostim), afin d'augmenter le nombre d'ovocytes récoltés dans une temporalité courte en réduisant le taux d'abandon entre une stimulation et l'autre.

La stimulation ovarienne est typiquement suivie par des échographies transvaginales et, éventuellement, des dosages hormonaux (estradiol, LH et progestérone) effectués à intervalles réguliers et dure en moyenne entre 10 et 14 jours. Le déclenchement de l'ovulation permet la reprise de la division méiotique des ovocytes et leur maturation. Il se fait préférentiellement par un agoniste de la GnRH, afin d'éviter un risque d'hyperstimulation. En cas de protocole agoniste long, il se fait par la gonadotrophine chorionique humaine (hCG).

La ponction ovarienne (ovocytes pick-up) est réalisée 35 heures plus tard, en ambulatoire sous sédation profonde.

Les ovocytes récoltés sont libérés des cellules de la corona radiata, afin d'évaluer leur degré de maturité. Ceux en métaphase I (matures et donc fécondables) sont conservés par vitrification.

Vitrification

La technique de vitrification, apparue dans les années 1980, avec une première naissance en 1999, est devenue la méthode de référence dès les années 2000.[15] Il s'agit d'une méthode de congélation ultra rapide, empêchant la formation de cristaux de glace dans les ovocytes. Elle a permis d'obtenir des résultats comparables aux ovocytes frais.[7,16] Le taux de survie des ovocytes lors de leur réchauffement est de 90 à 97% et le taux de fécondation de 71 à 79%.[16]

TAUX D'UTILISATION

Seules 10% des femmes utilisent leurs ovocytes conservés.[3]

Deux raisons expliquent ce taux: les paramètres ayant motivé les femmes à conserver leurs ovocytes (absence de partenaire, carrière, instabilité financière) sont inchangés, ou une grossesse spontanée est survenue.

Selon les études, le rapport coût-efficacité serait atteint si 60% des femmes utilisaient leurs ovocytes.[7,16]

Cependant, même si les patientes n'utilisent pas leurs ovocytes, elles ne regrettent pas leur choix, décrivant une décharge mentale et une baisse de pression sociale. Les regrets concernent plutôt le nombre d'ovocytes congelés, souvent moins nombreux qu'espéré.[9]

Chez les patientes qui utilisent leurs ovocytes cryoconservés, le délai moyen entre cryoconservation et utilisation est de 2 ans, avec un taux de grossesse par ovocyte estimé entre 6 et 8%.

COÛTS

Conformément à la LAMal (Loi fédérale sur l'Assurance Maladie), la conservation ovocytaire à but social n'est pas remboursée. Le bilan de base est pris en charge, sauf le dosage de l'AMH (entre 60 et 70 CHF).

Un cycle de stimulation coûte entre 4000 et 6000 CHF (hors médicaments, qui coûtent entre 1000 et 2000 CHF), puis entre 200 et 400 CHF/an pour le stockage des ovocytes. Ces frais sont déductibles des impôts.

En cas d'utilisation des ovocytes, la décongélation avec fécondation par intracytoplasmic sperm injection (ICSI) et transfert d'embryon coûte entre 2500 et 4000 CHF.

De ce fait, la conservation s'adresse majoritairement à une classe socio-culturelle aisée et pose la question d'une équité des soins. Environ 75% sont des femmes célibataires hétérosexuelles et 95% ont fait des études supérieures. [3]

PERSPECTIVES

Actuellement, plusieurs défis restent à relever. D'une part, renforcer la formation des professionnels et l'éducation de la population permettrait une prise de conscience de la diminution de la fertilité liée à l'âge; d'autre part, un débat et des interventions sociétales plus larges pourraient favoriser l'accès à la maternité (congés parentaux prolongés, accueils extrascolaires…) ou à la préservation de la fertilité (élargissement des critères de remboursement…) quand indiquée.

D'un point de vue technique, avec les progrès des techniques de PMA, il est permis d'espérer une amélioration du taux de succès. Actuellement, la marge d'amélioration principale est liée à l'âge auquel les patientes ont recours à la cryoconservation ovocytaire.

Le devenir des ovocytes inutilisés est complexe. La majorité des femmes serait favorable à en faire don, ce qui est interdit en Suisse. La destruction des ovocytes peut être psychologiquement difficile, surtout si le planning familial n'est pas terminé.[1]

De plus, l'accumulation dans les laboratoires des ovocytes, pose des défis logistiques.

CONCLUSION

Depuis plusieurs années, on observe une augmentation de la demande de conservation ovocytaire. Les techniques se sont améliorées et permettent à un certain nombre de femmes de porter une grossesse à un âge plus avancé, mais cette méthode ne garantit pas une naissance, est souvent onéreuse et peut être lourde à supporter. Même si un renforcement de l'information des femmes ainsi qu'une meilleure formation des professionnels sont souhaitables pour leur permettre d'être prises en charge plus précocement, une promotion de cette option reste inappropriée compte tenu

ONCE-WEEKLY
wegovy®
semaglutide injection

Ouvrir ensemble de nouvelles perspectives
en cas de surpoids et d'obésité

VIVRE PLUS LÉGER

avec Wegovy®[1,α]

~21 %

de perte de poids moyenne[2,*]



Patiente fictive

En savoir plus
www.wegovy.ch

Les effets indésirables les plus fréquents de Wegovy® étaient des troubles gastro-intestinaux légers à modérés, tels que nausées, diarrhées, vomissements et constipation, survenant principalement pendant l'escalade posologique. Les effets indésirables suivants ont été répertoriés comme « *très fréquents* » dans l'information professionnelle suisse : céphalées, vomissements, diarrhées, constipation, nausées, douleurs abdominales, fatigue.[1]

[α] Wegovy® est autorisé pour réguler le poids chez les patient-e-s adultes atteint-e-s d'obésité (IMC ≥ 30 kg/m²) ou de surpoids (IMC ≥ 27 kg/m² et < 30 kg/m²) en présence d'au moins une comorbidité due au poids, chez les patient-e-s adolescent-e-s à partir de 12 ans atteint-e-s d'obésité selon les valeurs limites acceptées au niveau international et ayant un poids corporel supérieur à 60 kg, pour réduire le risque d'événements CV graves chez les adultes atteints d'une maladie CV (MCV) établie et présentant un IMC ≥ 27 kg/m² en complément d'un traitement standard pour la MCV établie, ainsi que pour le traitement de la MASH chez les adultes atteints de fibrose hépatique (stades F2 à F3), voir www.swissmedicinfo-pro.ch.[1] * STEP UP : étude de phase 3b randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo et par traitement actif, menée auprès de 1 407 adultes présentant un IMC ≥ 30 kg/m² et sans diabète ; randomisation selon un rapport 5:1:1 pour le groupe sémaglutide 7.2 mg (n = 1 005), le groupe sémaglutide 2.4 mg (n = 201) ou le groupe placebo (n = 201), à chaque fois en plus d'une intervention sur le mode de vie. Après 72 semaines de sémaglutide à la posologie de 7.2 mg, 2.4 mg ou de placebo, respectivement ; en tant que Treatment Policy Estimand : respectivement –18.7 %, –15.6 % et –3.9 % de poids corporel ; ETD de 7.2 mg de sémaglutide par rapport au placebo : –14.8 pp (IC à 95 % : –16.2 à –13.4 ; p < 0.0001) et perte de poids ≥ 5 % : respectivement 90.7 %, 89.9 % et 36.8 % ; OR de 7.2 mg de sémaglutide par rapport au placebo : 12.1 (IC à 95 % : 8.3 à 17.6) ; p < 0.0001). Trial Product Estimand : respectivement –20.7 %, –17.5 % , et –2.4 % de poids corporel ; ETD de 7.2 mg de sémaglutide par rapport au placebo : –18.2 pp (IC à 95 % : –19.9 à –16.6 ; p < 0.0001) et perte de poids ≥ 5 % : respectivement 93.2 %, 92.5 % et 35.7 % ; OR de 7.2 mg de sémaglutide par rapport au placebo : respectivement 37.9 (IC à 95 % : 25.4 à 56.6 ; p < 0.0001).[2]

CV : cardiovasculaire ; **ETD :** estimation de la différence de l'effet du traitement (Estimated treatment difference) ; **IC :** intervalle de confiance ; **IMC :** indice de masse corporelle ; **MASH :** stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique (Metabolic Dysfunction-Associated Steatohepatitis) ; **MCV :** maladie cardiovasculaire ; **OR :** rapport des cotes (Odds Ratio) ; **pp :** point de pourcentage.

Références : 1. Information professionnelle de Wegovy®, www.swissmedicinfo-pro.ch. **2.** Wharton S, et al. Once-weekly semaglutide 7.2 mg in adults with obesity (STEP UP): a randomised, controlled, phase 3b trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2025;13(1):949-63. Incl. Supplement. Les références sont disponibles sur demande.

Information professionnelle abrégée – Wegovy® Multi FixDose
C: Sémaglutide. **I:** Régulation du poids: en complément d'un régime hypocalorique et d'une activité physique accrue pour réguler le poids chez: – *Les patients adultes* dont l'IMC initial est de ≥ 30 kg/m² ou ≥ 27 kg/m² à < 30 kg/m² en présence d'au moins une comorbidité due au poids. – *Les patients adolescents, à partir de 12 ans,* atteints d'obésité selon les valeurs limites acceptées au niveau international et ayant un poids corporel supérieur à 60 kg. Maladie cardiovasculaire établie: réduction du risque d'événements cardiovasculaires graves chez les adultes atteints de maladie cardiovasculaire établie et présentant un IMC ≥ 27 kg/m², en complément au traitement standard. Stéatohépatite associée à un dysfonctionnement métabolique (MASH): traitement de la MASH non cirrhotique chez les adultes atteints d'une fibrose hépatique modérée à avancée (stades F2 à F3 de la fibrose). **P:** Sous-cutanée. La dose doit être augmentée progressivement, en commençant par 0.25 mg une fois par semaine, sur une période de 16 semaines, jusqu'à atteindre la dose d'entretien de 2.4 mg une fois par semaine. Chez les adultes dont l'IMC initial est supérieur ou égal à 30 kg/m², la dose de 2.4 mg peut être augmentée, après un minimum de 4 semaines, jusqu'à un maximum de 7.2 mg une fois par semaine. En l'absence de nouvelle perte de poids cliniquement pertinente, la dose de 7.2 mg doit être à nouveau réduite à 2.4 mg par semaine. Il ne faut pas augmenter la dose en cas de symptômes gastro-intestinaux déjà importants. Si les symptômes persistent, envisager de revenir à la dose précédente jusqu'à ce que les symptômes s'améliorent. Ne doit pas être utilisé en combinaison avec d'autres agonistes des récepteurs du GLP-1. **CI:** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **MP:** Le risque accru de contenu résiduel gastrique dû au retard de vidange gastrique doit être pris en considération avant des interventions sous anesthésie générale/sédation profonde (risque d'aspiration). Les patients doivent être informés du risque potentiel de déshydratation lié aux effets indésirables gastro-intestinaux. Chez les patients signalant des effets indésirables gastro-intestinaux sévères, il convient de surveiller la fonction rénale lors de l'initiation ou de l'augmentation de la dose de Wegovy®. En cas de suspicion de pancréatite, arrêter Wegovy®. Ne pas utiliser comme substitut de l'insuline chez les patients diabétiques. Risque accru d'hypoglycémie en association à une sulfonylurée ou à une insuline. Les patients atteints de rétinopathie diabétique doivent être surveillés de près. En cas de perte soudaine de la vision, une consultation ophtalmologique est nécessaire et Wegovy® doit être arrêté si une NOIAN est confirmée. Utiliser avec prudence chez les patients atteints de gastroparésie. **IA:** À utiliser avec prudence chez les patients prenant des médicaments par voie orale qui nécessitent une absorption gastro-intestinale rapide. Lors de l'instauration du traitement par sémaglutide chez des patients sous warfarine ou autres dérivés de la coumarine, il est recommandé de surveiller fréquemment l'INR. **EI:** *Très fréquents:* Céphalée, vomissements, diarrhées, constipation, nausées, douleurs abdominales, fatigue. *Fréquents:* Hypoglycémie chez des patients atteints de diabète de type 2, sensation vertigineuse, dysgueusie, dysesthésie, rétinopathie diabétique chez les patients atteints de diabète de type 2, gastrite, reflux gastro-œsophagien, dyspepsie, éructation, flatulence, ventre gonflé, cholélithiase, chute des cheveux, réactions au site d'injection. **E:** 1 stylo prérempli et 4 aiguilles jetables NovoFine® Plus à 5 dosages: 0.25 mg, 0.5 mg, 1.0 mg, 1.7 mg et 2.4 mg (B). Mai 2026 v11.0. Pour des informations détaillées, consulter www.swissmedicinfo-pro.ch.
Novo Nordisk Pharma AG, The Circle 32/38, 8058 Zürich

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

CH26SEMO00345_07/2026 RMS_00000148

novo nordisk®

Novo Nordisk Pharma SA
The Circle 32/38
8058 Zurich

Tél. : 044 914 11 11
E-mail : info-ch@novonordisk.com
www.novonordisk.ch

www.wegovy.ch

des faibles taux d'utilisation des ovocytes et de l'absence de garantie de succès.

Des changements de politiques sociales devraient idéalement permettre à chaque femme de choisir librement le moment de sa maternité et la possibilité de conserver ou non ses ovocytes.

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 aider à raccourcir le texte et ont validé la version finale de l'article.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La cryoconservation ovocytaire devrait être effectuée idéalement avant 35 ans.
- Elle devrait être évoquée après un diagnostic d'endométriose, surtout si une atteinte ovarienne est présente et avant toute intervention chirurgicale sur les ovaires
- La décision de cryoconservation doit être soutenue par une information éclairée, compte tenu du faible taux d'utilisation des ovocytes.
- Les frais de la cryoconservation ovocytaire pour raison sociétale sont à la charge de la patiente.

1 *Cascante SD, Berkeley AS, Licciardi F, McCaffrey C, Grifo JA. Planned oocyte cryopreservation: the state of the ART. Reprod BioMed Online. 2023 Dec 1;47(6):103367. doi: 10.1016/j.rbmo.2023.103367.
2 Conservation des gamètes (à titre préventif ou pour un don) [En ligne]. (Consulté le 12 juin 2026). Disponible sur: www.bag.admin.ch/fr/conservation-des-gametes-a-titre-preventif-ou-pour-un-don
3 Kirubarajan A, Patel P, Thangavelu N, et al. Return rates and pregnancy outcomes after oocyte preservation for planned fertility delay: a systematic review and meta-analysis. Fertil Steril. 2024 Nov 1;122(5):902-17. doi: 10.1016/j.fertnstert.2024.06.025.
4 Frydman R, Poulain M. Infertilité: prise en charge globale et thérapeutique. 2e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson, 2023. (Pratique en gynécologie-obstétrique).
5 Cobo A, García-Velasco JA, Coello A, et al. Oocyte vitrification as an efficient option for elective fertility preservation. Fertil Steril. 2016 Mar 1;105(3):755-64.e8. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.11.027.
6 RS 810.11 – Loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA) | Fedlex [En ligne]. (Consulté le 16 août 2026). Disponible sur: www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2000/554/fr
7 Gil-Arribas E, Blockeel C, Pennings G, et al. Oocyte vitrification for elective fertility preservation: a SWOT analysis. Reprod BioMed Online. 2022 Jun 1;44(6):1005-14. doi: 10.1016/j.rbmo.2022.02.001.
8 Doyle JO, Richter KS, Lim J, et al. Successful elective and medically indicated oocyte vitrification and warming for autologous in vitro fertilization, with predicted birth probabilities for fertility preservation according to number of cryopreserved oocytes and age at retrieval. Fertil Steril. 2016 Feb 1;105(2):459-66.e2. doi: 10.1016/j.fertnstert.2015.10.026.
9 Kynigopoulou S, Matsas A, Tsarna E, et al. Egg Cryopreservation for Social Reasons—A Literature Review. Healthcare. 2024 Jan;12(23):2421. doi: 10.3390/healthcare12232421.
10 Goldman RH, Racowsky C, Farland LV, et al. Predicting the likelihood of live birth for elective oocyte cryopreservation: a counseling tool for physicians and patients. Hum Reprod. 2017 Apr 1;32(4):853-9. doi: 10.1093/humrep/dex008.
11 Cobo A, García-Velasco JA, Remohí J, Pellicer A. Oocyte vitrification for fertility preservation for both medical and nonmedical reasons. Fertil Steril. 2021 May 1;115(5):1091-101. doi: 10.1016/j.fertnstert.2021.02.006.
12 *Gazzo I, Moffa F, Ferrero S. Fertility preservation in women with endometriosis: Oocyte cryopreservation and other techniques. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2024 Jul 1;95:102503. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2024.102503.
13 Steiner AZ, Pritchard D, Stanczyk FZ, et al. Association Between Biomarkers of Ovarian Reserve and Infertility Among Older Women of Reproductive Age. JAMA. 2017 Oct 10;318(14):1367-76. doi: 10.1001/jama.2017.14588.
14 **ESHRE Guideline Female fertility preservation [En ligne]. (Consulté le 22 août 2026). Disponible sur: www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Female-fertility-preservation.
15 *Kuwayama M. Highly efficient vitrification for cryopreservation of human oocytes and embryos: the Cryotop method. Theriogenology. 2007 Jan 1;67(1):73-80. doi: 10.1016/j.theriogenology.2006.09.014.
16 Varlas VN, Bors RG, Albu D, et al. Social Freezing: Pressing Pause on Fertility. Int J Environ Res Public Health. 2021 Jan;18(15):8088. doi: 10.3390/ijerph18158088.

* **à lire**
** **à lire absolument**

5 Cinq questions au Prof. Dr méd. Andreas Günthert, gyn-zentrum Lucerne



1. Quel rôle jouent les lactobacilles dans une flore vaginale saine ?
En abaissant le pH, ils sont essentiels à la prévention des infections urogénitales et contribuent au bien-être.

2. Quelles sont les options thérapeutiques pour combattre la vaginose bactérienne tout en préservant/ne détruisant pas les lactobacilles ?
Les antiseptiques locaux sont optimaux car ils n'attaquent généralement pas les lactobacilles. Les antibiotiques ne sont que partiellement appropriés pour les infections non compliquées, d'autant plus que la flore physiologique est également affectée, ce qui peut entraîner d'autres problèmes, comme par exemple les candidoses vulvo-vaginales. De plus, il y a bien sûr toujours le risque de développer une résistance.

3. Dans quels domaines d'application l'hexétidine (vagi-hex®) vous semble-t-elle plus judicieuse que d'autres antiseptiques vaginaux et antibiotiques, et pourquoi ?
Pour les vaginoses bactériennes symptomatiques non compliquées, l'hexétidine peut être administrée de préférence. Le spectre des effets secondaires est très faible, et elle possède en outre des propriétés antibactériennes, antifongiques, antivirales et légèrement anesthésiques locales. Elle a une forte affinité pour les muqueuses et reste donc efficace pendant 10 à 12 heures. La flore physiologique est préservée. À titre d'exemple, la plupart des infections à Gardnerella sont inoffensives et ne nécessitent pas de traitement spécifique.

4. À quelle fréquence observez-vous des récidives et comment traitez-vous les vaginoses bactériennes récidivantes ? Quel rôle joue l'absence de lactobacilles ?
a. Les récidives dépendent de l'hygiène intime, de la vie sexuelle et de l'âge. Une hygiène intime excessive est plutôt défavorable ; un jeune âge et des partenaires multiples favorisent aussi les infections.
b. Les lactobacilles sont essentiels pour prévenir les vaginoses bactériennes non compliquées, ainsi que pour le bien-être.

5. Pourquoi l'utilisation de l'hexétidine (vagi-hex®) chez la femme enceinte est-elle plus judicieuse que d'autres options thérapeutiques ?
a. Les antibiotiques tels que le métronidazole et la clindamycine ne sont pas optimaux : ils favorisent le développement de résistances et ne sont généralement pas indiqués.
b. Le profil d'effets indésirables est très bon chez la femme enceinte et l'acceptation est élevée.
c. Un traitement antibiotique spécifique au milieu de la grossesse n'est toutefois pas judicieux ; une élimination non antibiotique est souhaitable. En revanche, en cas d'infection avérée à streptocoques du groupe B au cours des dernières semaines de grossesse, un traitement antibiotique doit impérativement être administré pendant l'accouchement ; pour plus de détails, nous renvoyons à l'avis d'experts de la SSGO.

RMS_00000168

Informations complémentaires : Drossapharm SA, Birsweg 1, 4144 Arlesheim, Tél. : 061 705 10 00

Point sur les lésions vasculaires myométriales

AGATHE CONTIER[a] et Dr WAWRZYNIEC RIEDER[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1662-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.979.49396

L'hypervascularisation myométriale est une pathologie acquise. Elle est secondaire à l'invasion trophoblastique et souvent confondue, à tort, avec la malformation artérioveineuse congénitale, dont elle diffère par sa physiopathologie et son évolution. Le diagnostic repose sur l'échographie endovaginale, associant le mode B et le Doppler couleur. Le plus souvent asymptomatique, elle régresse spontanément après expulsion complète du trophoblaste. En cas de saignements significatifs, une prise en charge active peut s'avérer nécessaire, guidée par la sévérité clinique plutôt que par les critères d'imagerie seuls.

Uptade on myometrial vascular lesions

Enhanced myometrial vascularity is an acquired condition, secondary to trophoblastic invasion, often mistakenly confused with congenital arteriovenous malformation, from which it differs in its pathophysiology and evolution. Diagnosis is based on transvaginal ultrasound, combining B-mode and color Doppler imaging. Most often asymptomatic, it resolves spontaneously after complete expulsion of the trophoblast. In cases of significant bleeding, active management may be necessary, guided by the severity of symptoms rather than imaging criteria alone.

INTRODUCTION

La découverte d'anomalies vasculaires du myomètre est souvent source d'inquiétudes en imagerie gynécologique. Le terme de malformation artérioveineuse (MAV), largement répandu dans le langage courant médical, est fréquemment utilisé de manière erronée pour décrire toute image vasculaire suspecte au niveau utérin. Cette imprécision terminologique peut en effet conduire à des prises en charge thérapeutiques parfois inadaptées, dans la mesure où les différentes entités se distinguent tant par leur physiopathologie que par leur pronostic et leurs modalités de traitement. Cet article vise donc à clarifier cette nomenclature, faire le point sur les moyens diagnostiques, ainsi que sur les principes de prise en charge des anomalies vasculaires myométriales.

TERMINOLOGIE

Historiquement, les lésions vasculaires de l'utérus étaient divisées en MAV congénitales ou acquises. L'utilisation de ces termes était cependant imprécise quant à l'origine pathophysiologique, et sujette à confusion pour les praticiens.

En 2004, Van Schoubroeck et coll. sont les premiers à proposer le terme d'hypervascularisation myométriale (enhanced myometrial vascularity dans la littérature anglophone) plutôt que MAV acquise pour décrire les lésions vasculaires secondaires à la présence du trophoblaste, la couche cellulaire à l'origine du placenta indispensable à l'implantation embryonnaire ainsi qu'aux échanges entre la mère et le fœtus.[1] Le terme de fistule artérioveineuse (ou shunt artérioveineux), quant à lui, fait référence à une connexion pathologique entre les artères et les veines apparue à la suite d'un traumatisme du myomètre. Plus précise et proche de l'origine physiopathologique, cette nomenclature a largement été adoptée dans la littérature médicale.[2] L'utilisation du terme de MAV, qui ne devrait faire référence qu'aux lésions congénitales, reste cependant, très répandue en pratique courante pour décrire toute image vasculaire suspecte au niveau de l'utérus.

Les MAV congénitales sont des courts-circuits pathologiques entre les systèmes artériel et veineux, et résultent d'un mauvais développement embryonnaire. Leur localisation au niveau utérin reste cependant un évènement extrêmement rare, avec à peine une centaine de cas décrits dans la littérature. Contrairement aux néovascularisations, ces lésions ne régressent pas avec le temps et nécessitent un traitement chirurgical ou une embolisation.

L'invasion trophoblastique placentaire, qui survient au cours d'une grossesse, induit dès les premières semaines des remaniements des artères spiralées et entraine une hypervascularisation physiologique du myomètre. Cette néovascularisation régresse généralement en l'espace de quelques semaines après la fin de la grossesse. En cas de rétention de produits de conception, de rétention placentaire, de fausse couche, ou de grossesse extra-utérine, une hypervascularisation peut persister.[3]

L'hypervascularisation myométriale est donc un évènement secondaire et acquis, en rapport avec la présence de tissu trophoblastique et qui apparait sur un myomètre initialement sain. La prévalence exacte n'est pas connue. Il s'agit d'une complication régulièrement observée dans les suites de grossesses et mais dont la fréquence est probablement sous-estimée. Un traitement est rarement nécessaire et la régression spontanée est observée dans la grande majorité des cas.[4]

Les shunts artérioveineux sont également à distinguer des hypervascularisations myométriales liées à la grossesse. Il s'agit d'évènements post-traumatiques caractérisés par la présence d'une cavité iatrogène et d'une fistule entre une artère et une veine. Ils ont été décrits comme des complications pouvant survenir à la suite de différentes procédures, telles que les

[a]Service de gynécologie-obstétrique, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
agathe.contier@chuv.ch | wawrzy.rieder@chuv.ch

Action forte pour des femmes fortes[1,2,3]

en cas de **vaginose bactérienne** (infection mixte), candida albicans et vaginite[3]



- Grande efficacité[1,2,3]
- Préserve les lactobacilles[1,2]
- Traitement de courte durée*[2,3]
- Très bien toléré[1,3,4]
- Très bonne solubilité[1]

Admis par les caisses-maladie

vagi-hex® Composition : 1 comprimé vaginal contient 10 mg d'hexétidine. **Indications :** vaginites dues à des infections mixtes, des infections non spécifiques, des infections fongiques (candida albicans), après traitement par antibiotiques ou stéroïdes, infections à trichomonas. **Posologie :** pendant 6 jours, 1 comprimé vaginal le matin et 1 le soir avant le coucher, à introduire profondément dans le vagin en position couchée. **Contre-indications :** l'emploi n'a pas encore été testé chez les enfants ou adolescents. Premier trimestre de la grossesse. Aucune étude clinique permettant d'attester la sécurité et l'innocuité du produit au début de la grossesse n'a été menée durant cette période. Hypersensibilité à l'hexétidine ou un autre ingrédient selon la composition. **Interactions :** aucune connue. **Mises en garde et précautions :** chez des personnes présentant une hypersensibilité ou prédisposées aux allergies, vagi-hex® peut provoquer des réactions cutanées locales. Eviter les rapports sexuels pour favoriser une guérison plus rapide. La protection de certains produits en latex (p.ex. préservatifs) peut être diminuée. **Grossesse/allaitement :** les études de reproduction chez l'animal n'ont pas révélé de risque fœtal, mais on ne dispose pas d'études contrôlées chez la femme enceinte. Ne pas appliquer pendant le premier trimestre de la grossesse. En période de lactation seulement en cas de stricte nécessité. **Effets indésirables :** dans de rares cas, démangeaisons, brûlures, rougeurs ou douleurs au niveau vaginal. La possibilité d'une prolifération avec des germes non sensibles ne peut être exclue. Une surveillance dans ce sens est dès lors indiquée. **Remarques sur le stockage :** conserver les comprimés vaginaux vagi-hex® dans l'emballage d'origine au réfrigérateur (2–8 °C). Emballages: 12* et 24 pièces, *admis par les caisses. **Titulaire de l'autorisation :** Drossapharm SA, case postale 2660, 4002 Bâle. Catégorie de vente B. **Informations détaillées :** www.swissmedicinfo.ch ou Drossapharm SA, case postale 2660, 4002 Bâle/Arlesheim.

Références : 1 Weidinger H., Passloer H.J., Kovacs L., Berle B. (1991). The advantage of preventive vaginal antisepsis with hexetidine in obstetrics and gynecology. Geburtsh. u. Frauenheilk. 51:929–35. **2** Frey Tirri B. Antimicrobial Topical Agents used in the Vagina. Curr probl Dermatol. Volume 40. Seiten 36–47. (2011). **3** Information professionnelle vagi-hex® (2021) www.swissmedicinfo.ch. **4** Spitzbart H. Verträglichkeitsprüfung ausgewählter Antiseptika in einem In-vitro-Modell mit humaner Scheidenhaut. Hyg. Med. 1994; 19: 603–607.

Toutes les références sont disponibles auprès de Drossapharm.

* dans la mesure où aucun traitement de suivi à base de lactobacilles étrangers à l'organisme n'est en principe nécessaire[2,3]

DROSSA PHARM

RMS_00000166

DRO_I00028_12/2025

hystéroscopies, les curetages compliqués d'une perforation de la paroi utérine, les myomectomies ou encore les césariennes.[5]

Il est également important de ne pas confondre une hypervascularisation myométriale avec la dilatation de l'arc vasculaire utérin périphérique (veines communicantes localisées au tiers externe du myomètre), qui survient plutôt dans le contexte d'une dilatation plus globale du réseau veineux pelvien et qui peut être à l'origine d'un syndrome de congestion pelvienne.

De même, certaines pathologies bénignes du myomètre (fibromes, adénomyose) ou malignes (sarcome, cancer du col utérin) peuvent présenter des flux vasculaires importants, rendant le diagnostic difficile dans certaines circonstances. L'histoire clinique (présence de douleurs pelviennes et leur temporalité, l'absence de grossesse récente, etc.) peut aider à guider le diagnostic. Les diagnostic différenciel des lésions vasculaires utérines est résumé dans le **tableau 1**.

DIAGNOSTIC

Une hypervascularisation est en général mise en évidence lors d'un contrôle réalisé à la suite d'une grossesse. Il peut s'agir d'un contrôle de vacuité utérine en raison fausse couche spontanée, une interruption de grossesse médicamenteuse ou un doute sur une rétention placentaire par exemple. Les saignements utérins anormaux représentent le signe clinique principal.

L'angiographie a longtemps été considérée comme l'examen de référence pour diagnostiquer des lésions vasculaires pelviennes en général. Elle a depuis, été largement dépassée par des techniques d'imagerie non invasives. L'échographie endovaginale est aujourd'hui l'examen de choix tant pour le diagnostic des rétentions tissulaires que celui des hypervascularisations du myomètre.[6,7] En cas de chirurgie, elle permet également une cartographie précise de la lésion, contribuant ainsi à la diminution des risques opératoires.

Une rétention placentaire se manifeste par la présence de tissu hétérogène dans la cavité utérine, souvent hyperéchogène.[3] À l'endroit de l'insertion trophoblastique, la limite avec le myomètre peut être difficile à distinguer. Le recours à une sonographie avec contraste endocavitaire, par instillation de sérum physiologique (NaCl) ou de gel, peut aider au diagnostic et à une meilleure délimitation des lésions. En pratique, elle est rarement nécessaire dans ce contexte.

La zone d'hypervascularisation se présente en mode B (nuances de gris), comme une lésion focale, mal délimitée et hétérogène au sein du myomètre. Un épaississement localisé de la paroi utérine est souvent observé. Les vaisseaux dilatés forment des images hypoéchogènes, d'aspect serpigineux (**figure 1**). Le caractère vasculaire est confirmé à l'aide d'un Doppler couleur, par la présence de vaisseaux à flux turbulent.[8,9]

Au Doppler pulsé un flux à basse résistance et haute vélocité est en général observé, avec une vélocité systolique maximale (PSV: Peak Systolic Velocity) supérieure à 20 cm/s. La mesure de la PSV nécessite un réglage adéquat de la machine d'échographie, avec une fenêtre d'échantillonnage étroite, une augmentation progressive de la fréquence de répétition des impulsions pour identifier le vaisseau présentant la vélocité la plus élevée, et un ajustement de l'angle d'insonation au plus proche de 0° par rapport au vaisseau mesuré. Cette méthode en trois étapes est plus précise et reproductible qu'un échantillonnage à l'aveugle des néovaisseaux (**figure 2**).[10] Bien que l'intérêt du Doppler pulsé reste débattu, des vélocités supérieures à 80 cm/s sont souvent considérées comme un facteur de mauvais pronostic pour une résorption spontanée et comme un facteur de risque d'hémorragie.[11] La mesure de la PSV seule ne doit cependant pas constituer un critère déterminant dans le choix du traitement.[11]

En cas de besoin, un guidage échographique peropératoire peut également être effectué, évitant une intervention à l'aveugle et limitant ainsi le risque de complications.

L'apport d'un scanner ou d'une IRM est faible et leur utilisation reste limitée aux situations où il existe un doute diagnostique.

Enfin, les investigations peuvent être complétées par le dosage sanguin des β-hCG (β-human chorionic gonadotrophin). Un résultat positif oriente le diagnostic vers la persistance de tissu trophoblastique. Si une attitude conservatrice est envisagée, le dosage hormonal est également utile pour monitorer l'évacuation complète du trophoblaste restant.[12]

PRISES EN CHARGE

C'est la sévérité des symptômes, et non l'imagerie, qui est le facteur déterminant la prise en charge des hypervascularisations du myomètre. En l'absence de saignements importants, l'hypervascularisation myométriale peut être traitée de façon conservatrice, et ce même si l'image échographique parait

TABLEAU 1 **Diagnostic différentiel des images hypervasculaires utérines visibles à l'échographie**

hCG: human chorionic gonadotrophin.

Hypervascularisation utérine (en préménopause)					
Grossesse en cours		Grossesse récente	Antécédent de chirurgie utérine	Lésion utérine	Congénital
Grossesse ectopique, grossesse cicatricielle	Maladie trophoblastique gestationnelle	Hypervasucularisation du myomètre secondaire à l'invasion trophoblastique	Shunt artério-veineux	Endométriale: polype, cancer Myomètre: myome, sarcome, adénomyose	Malformation artérioveineuse
hCG +	hCG +++	hCG + en cas de rétention de matériel	–	–	–

(*Adapté de réf.*[15]).

FIG 1 **Échographie endovaginale en mode B**

Utérus 3 semaines postcuretage pour grossesse non évolutive: présence d'une lésion mal délimitée hétérogène (pointillés) au niveau de la corne gauche. Structures anéchogènes correspondant à de larges vaisseaux sanguins (flèche).

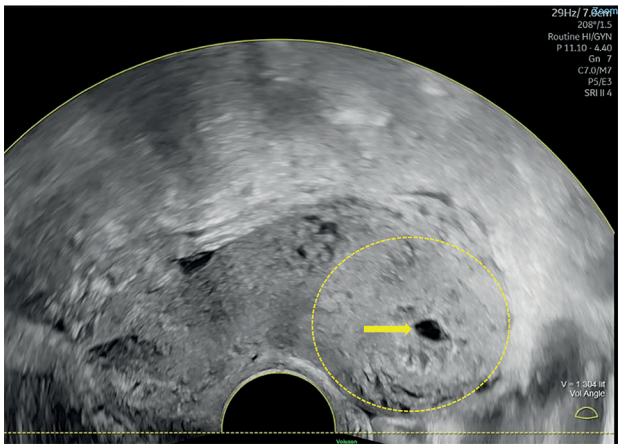
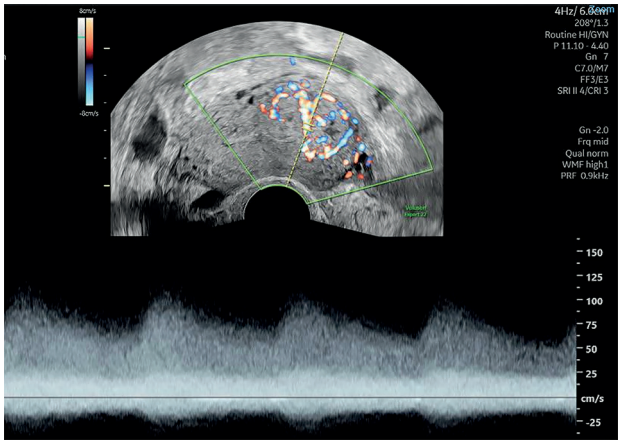


FIG 2 **Échographie endovaginale: Doppler**

Doppler couleur: hypervascularisation myométriale avec vaisseaux tortueux au sein du myomètre. Au Doppler pulsé, présence d'un flux à basse résistance et haute vélocité (environ 100 cm/s).



impressionnante. Une régression spontanée est en effet attendue en l'espace de quelques semaines à quelques mois, en l'absence de tissu trophoblastique.[4] L'expulsion du trophoblaste peut être facilitée par l'administration de misoprostol, par exemple.

En cas d'échec du traitement conservateur, de saignements significatifs ou d'instabilité hémodynamique de la patiente, une prise en charge plus active est nécessaire afin de permettre une expulsion rapide des tissus restants et un contrôle de l'hémorragie. L'hystéroscopie opératoire, réalisée sous contrôle visuel direct, permet une résection sélective et peu traumatique de la rétention tissulaire, ce qui constitue une option intéressante. La présence de sang dans la cavité utérine ne permet pas toujours d'obtenir une qualité d'image suffisante. Dans ce cas de figure, une procédure échoguidée par voie transabdominale ou transrectale reposant sur une aspiration, un curetage ou l'utilisation d'une pince atraumatique est nécessaire. Un contrôle direct permet une procédure potentiellement moins traumatique, minimisant les risques de perforation ou de synéchies par lésion directe de l'endomètre.

Une hémorragie persistante nécessite également la mise en œuvre de mesures additionnelles visant à optimiser la contraction utérine et l'hémostase, telles que la vidange vésicale, le massage utérin bimanuel, l'administration de médicaments utérotoniques ou d'acide tranexamique, ou encore la compression mécanique par ballonnet intra-utérin.

L'embolisation des vaisseaux utérins est rarement requise.[13] Cette procédure peut, de surcroît, se compliquer par la survenue d'évènements thromboemboliques, de fistules vésico-vaginales ou utéro-intestinales, d'une nécrose fessière ou labiale, ou d'un choc septique. Des conséquences obstétricales à long terme telles que des difficultés à concevoir, des anomalies de placentation, des synéchies intracavitaires ou une diminution de la réserve ovarienne ont également été observées.[14] Bien que rares, ces risques justifient de réserver l'embolisation, de même que l'hystérectomie d'hémostase, aux situations engageant le pronostic vital.

Des prises en charge spécifiques différentes s'appliquent à une hypervascularisation en lien avec une maladie trophoblastique telle qu'une môle, des grossesses cicatricielles ou une anomalie de placentation type placenta accreta, et ne sont pas abordées dans cet article.

CONCLUSION

Afin d'éviter tout risque de confusion, le terme d'hypervascularisation myométriale, et non celui de MAV, devrait être utilisé pour désigner la vascularisation utérine observée après une fausse couche ou un accouchement. Cette hypervascularisation régresse naturellement après l'expulsion complète des tissus trophoblastiques. En cas de saignements importants, un traitement s'avère nécessaire et l'évacuation des tissus résiduels doit être réalisée. La sécurité de cette prise en charge chirurgicale repose avant tout sur une cartographie préopératoire précise, la réalisation du geste sous guidage par hystéroscopie ou échographique, ainsi que l'expérience de la gestion des complications hémorragiques.

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

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la bibliographie uniquement et avoir ensuite validé la version finale de l'article.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La présence d'une hypervascularisation du myomètre liée à une grossesse est une problématique courante en gynécologie.
- Le diagnostic repose sur une évaluation échographique précise.
- La résolution est souvent spontanée.
- Une prise en charge active, rarement nécessaire, doit être guidée par la clinique et non les examens d'imagerie.

1 Van Schoubroeck D, Van den Bosch T, Scharpe K, et al. Prospective evaluation of blood flow in the myometrium and uterine arteries in the puerperium. Ultrasound Obstet Gynecol. 2004 Apr;23(4):378-81.
2 **Dewilde K, Groszmann Y, Van Schoubroeck D, et al. Enhanced myometrial vascularity secondary to retained pregnancy tissue: time to stop misusing the term arteriovenous malformation. Ultrasound Obstet Gynecol. 2024 Jan;63(1):5-8.
3 *Van den Bosch T, Daemen A, Van Schoubroeck D, et al. Occurrence and outcome of residual trophoblastic tissue: a prospective study. J Ultrasound Med. 2008 Mar;27(3):357-61.
4 Grewal K, Al-Memar M, Fourie H, et al. Natural history of pregnancy-related enhanced myometrial vascularity following miscarriage. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 May;55(5):676-82.
5 Timor-Tritsch IE, Haynes MC, Monteagudo A, Khatib N, Kovács S. Ultrasound diagnosis and management of acquired uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations. Am J Obstet Gynecol. 2016 Jun;214(6):731.e1-10.
6 Timmerman D, Van den Bosch T, Peeraer K, et al. Vascular malformations in the uterus: ultrasonographic diagnosis and conservative management. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2000 Sep;92:171-8.
7 Timmerman D, Wauters J, Van Calenbergh S, et al. Color Doppler imaging is a valuable tool for the diagnosis and management of uterine vascular malformations. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003 Jun;21(6):570-7.
8 Van den Bosch T, Van Schoubroeck D, Lu C, et al. Color Doppler and gray-scale ultrasound evaluation of the postpartum uterus. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;20(6):586-91.
9 Algeri P, Spazzini MD, Seca M, Garbo S, Villa A. About uterine enhanced myometrial vascularity: Doppler ultrasound could reduce misdiagnosed life-threatening vaginal bleeding after pregnancy and guide the management. J Ultrasound. 2023 Sep;26(3):695-701.
10 *Kaelin Agten A, Ringel N, Ramos J, et al. Standardization of peak systolic velocity measurement in enhanced myometrial vascularity. Am J Obstet Gynecol. 2016 Dec;215(6):802-3.
11 Van den Bosch T, Van Schoubroeck D, Timmerman D. Maximum peak systolic velocity and management of highly vascularized retained products of conception. J Ultrasound Med. 2015 Sep;34(9):1577-82.
12 Hamel CC, van Wessel S, Carnegy A, et al. Diagnostic criteria for retained products of conception – a scoping review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021 Dec;100(12):2135-43.
13 Chen Y, Wang G, Xie F, et al. Embolization of uterine arteriovenous malformation. Iran J Reprod Med. 2013 Feb;11(2):159-66.
14 Ghanaati H, Alborzi Avanaki M, Ghavami N, et al. Pregnancy rate and outcomes following uterine artery embolization for uterine arteriovenous malformations: a systematic review and meta-analysis. J Vasc Interv Radiol. 2023 Jul;34(7):1184-91.e2.
15 Dewilde K, Somers B, Decoene J, Intra-uterine use of a Foley balloon catheter to tamponade an actively bleeding post-traumatic uterine arteriovenous shunt. Facts Views Vis Obgyn. 2026 Jun 22;18(2):141-6.

* **à lire**
** **à lire absolument**

Annonce

1010725



A LOUER
MOLIERE 22 – DELÉMONT
Bureaux de 490m²

Emplacement **idéal pour cabinet médical** (médecins, thérapeutes) **proche de la gare**
Plusieurs bureaux au 2e étage avec ascenseur, réception, salle d'attente, une cuisine/coin repas, deux toilettes.
Contactez-nous pour plus d'informations et une visite
032 422 98 22 – info@juraimmobilier.ch

Jur@immobilier SA
CHF 180.-/m²

Lynkuet®
elinzanetant

BAYER

Pour que votre vie ne s'arrête pas à la ménopause![1]



Avec Lynkuet® vos patientes gardent la tête froide face aux bouffées de chaleur.[2,3]

Double action ciblée, sans hormones[3]

Effet perceptible et durable dès 1 semaine[2]

Posologie simple et bonne tolérance[3]

Lynkuet® - pour le traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les femmes post-ménopausées ainsi que des SVM provoqués par un traitement endocrinien adjuvant dans le cadre d'un cancer du sein chez les patientes adultes.[3]

Références: 1. Nappi et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. Menopause. 2021 May 24;28(8):875-882. 2. Pinkerton et al. Elinzanetant for the Treatment of Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: OASIS 1 and 2 Randomized Clinical Trials. JAMA. 2024 Aug 22;332(16):1343-54. 3. Fachinformation LYNKUET®, www.swissmedicinfo-pro.ch, Stand 06|26.

Les données référencées ou les publications sont disponibles sur demande.

Information professionnelle abrégée Lynkuet® (élinzanétant): Antagoniste non hormonal des récepteurs de la neurokinine 1 et 3. **C :** capsule molle de 60 mg d'élinzanétant **I :** Traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées ou provoqués par un traitement endocrinien adjuvant dans le cadre d'un cancer du sein chez les patientes adultes. **P|ME :** Dose recommandée de 120 mg (2 capsules de 60 mg) 1x/jour avant le coucher. Pendant ou en dehors des repas. En cas de prise concomitante d'inhibiteurs modérés du CYP3A4 (p. ex. érythromycine, ciprofloxacine, fluconazole, vérapamil), 60 mg 1x/jour (1 capsule de 60 mg). Pas d'ajustement de la posologie en cas de troubles légers à modérés de la fonction rénale ; non recommandé en cas d'insuffisance rénale sévère (DFGe <30 ml/ min/1,73 m²). **CI :** insuffisance hépatique sévère, utilisation concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP3A4 (p. ex. itraconazole, clarithromycine, ritonavir ou cobicistat), hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, grossesse. **MG|P :** Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique chronique modérée (Child-Pugh B). Utilisation avec un THS systémique non recommandée. Lynkuet contient du sorbitol. **IA :** Inhibiteurs du CYP3A4 (cf. CI et P|ME), réduction possible de l'efficacité par les inducteurs du CYP3A4 (p. ex. carbamazépine). La prudence est de mise en cas d'administration concomitante d'élinzanétant et de substrats du CYP3A4 à fenêtre thérapeutique étroite (p. ex. ciclosporine, fentanyl ou tacrolimus). **EI très/fréquents :** Céphalées, envie de dormir, sensation vertigineuse, douleurs épigastriques, diarrhée, éruption, crampes/tension musculaire/s, fatigue/asthénie, infection des voies urinaires, diminution de l'appétit, dépression, humeur dépressive, vertige, élévation de l'ALT, alopécie, prurit, œdème périphérique, fièvre. **Liste B.** *Plus d'informations sur www.swissmedicinfo-pro.ch.* Distribution: Bayer (Schweiz) AG, 8045 Zurich. MA-M_ELZ-CH-0047-2_08.2026

▽ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, veuillez consulter l'information professionnelle / l'information destinée aux patients pour Lynkuet® sur www.swissmedicinfo-pro.ch

Bayer (Schweiz) AG, 8045 Zürich, www.bayer.ch

PP-LNK-CH-0016-2| 2026.09 RMS_00000153

Traitement non hormonal des SVM

Élinzanétant : premier antagoniste des récepteurs NK-1/NK-3

Les symptômes vasomoteurs (SVM) de la ménopause touchent jusqu'à 80% des femmes, avec bouffées de chaleur et sueurs nocturnes pouvant durer plus d'une décennie et altérant la qualité de vie.[1] L'hormonothérapie est efficace mais ne convient pas à toutes les femmes.[1-3] Innovation non hormonale : L'élinzanétant, premier antagoniste dual des récepteurs de la neurokinine 1 et 3 , est autorisé pour le traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées ainsi que chez les patientes adultes dont les SVM sont induits par un traitement endocrinien adjuvant dans le cadre d'un cancer du sein, et s'appuie sur des données cohérentes issues de trois études de phase III.[4-6]

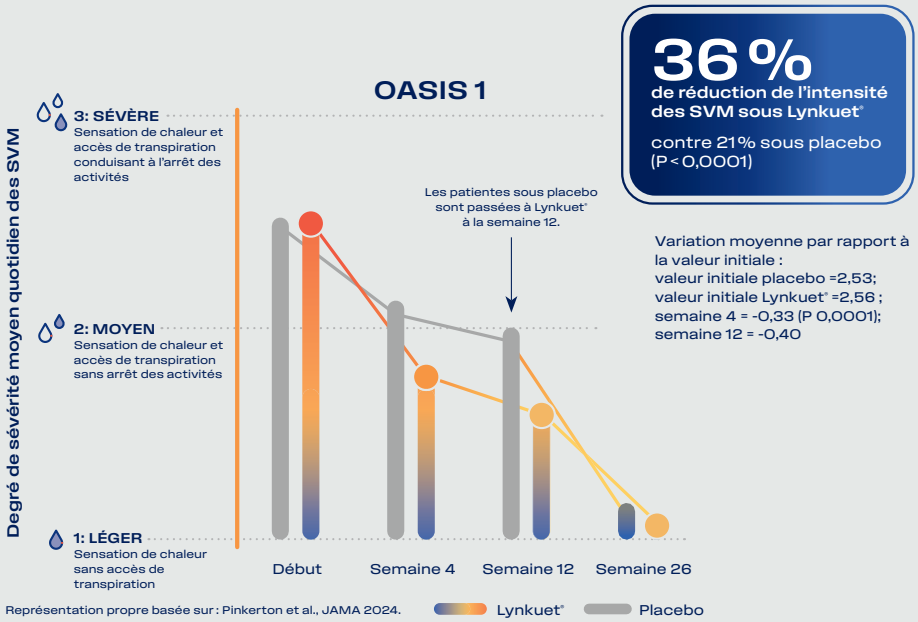
Le chaos hormonal de la ménopause s'accompagne, chez de nombreuses femmes, de bien plus que de simples modifications du cycle : autour de 51 ans débute la ménopause - une phase de profonds bouleversements, souvent au milieu d'une vie active.[1]

Les symptômes vasomoteurs (SVM) et les troubles du sommeil comptent parmi les plaintes les plus fréquentes à la ménopause et sont vécus par de nombreuses patientes comme pénibles, voire comme limitant fortement leur vie quotidienne. Malgré des options efficaces telles que l'hormonothérapie, un grand nombre de femmes restent non traitées. Parmi les raisons figurent notamment la honte, le manque d'information, des réticences culturelles, des contre-indications médicales ou des préoccupations de sécurité vis-à-vis des hormones. Cela montre qu'il reste nécessaire de renforcer l'information autour du thème de la ménopause et, plus encore, de mettre à disposition des femmes des options thérapeutiques adaptées à leur profil et à leur mode de vie.[1-3]

Avec Lynkuet® (élinzanétant), ce manque peut désormais être comblé. Sur la base des résultats du programme de développement clinique de phase III OASIS, Lynkuet® a permis de démontrer une réduction significative de la fréquence des SVM modérés à sévères. Des améliorations des troubles du sommeil ainsi qu'une augmentation de la qualité de vie ont également été observées, ce qui souligne le potentiel de bénéfice à long terme.[4-6]

Mode d'action à double contrôle

La diminution du taux d'œstrogènes à la ménopause entraîne une activité accrue des neurones KNDy dans l'hypothalamus ainsi qu'une stimulation renforcée des récepteurs NK-1 et NK-3.[7] Ces mécanismes neurobiologiques jouent un rôle déterminant dans la genèse des bouffées de chaleur et des troubles du sommeil. Les récepteurs NK-3 régulent la température corporelle et contribuent, lors d'une bouffée de chaleur, aux modifications typiques, tandis que les récepteurs NK-1, présents dans les vaisseaux cutanés périphériques, sont associés à la sudation et aux rougeurs et jouent en outre un rôle dans la régulation du sommeil.[8,9]



Représentation propre basée sur : Pinkerton et al., JAMA 2024.

L'élinzanétant est le premier antagoniste dual des récepteurs NK-1/NK-3 qui intervient de façon ciblée dans ces voies de signalisation.[4-6] En bloquant simultanément les deux récepteurs, il atténue l'hyperactivité des neurones KNDy, élargit la zone de neutralité thermique et permet ainsi de réduire les bouffées de chaleur et d'améliorer de manière synergique la qualité du sommeil.[4-6]

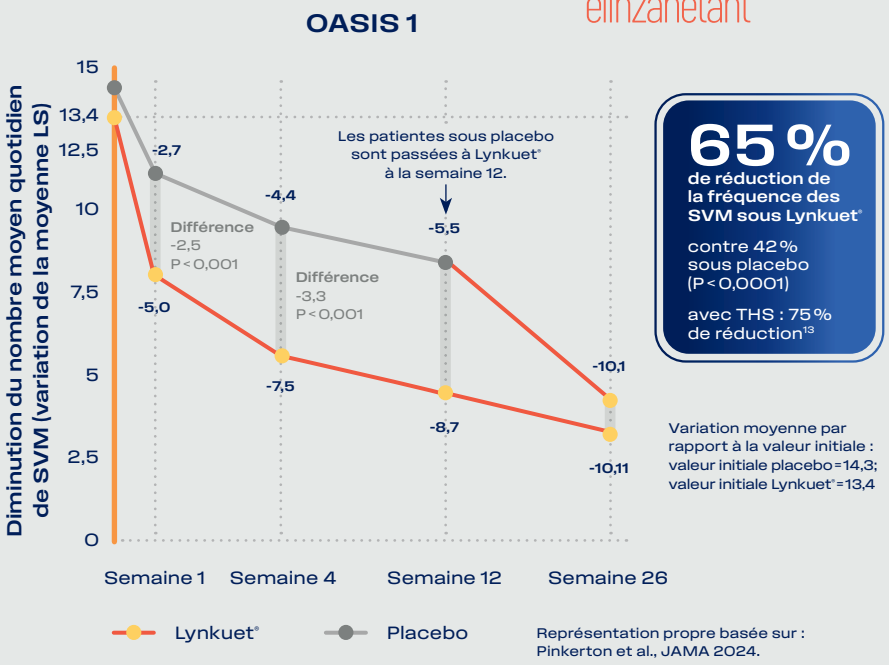
Oasis de l'évidence : études OASIS-1/-2 et -3

L'autorisation par Swissmedic repose sur les résultats du programme d'études cliniques de phase III OASIS. Celui-ci comprend les études de 26 semaines OASIS-1 et -2 ainsi que l'étude de sécurité à long terme OASIS-3, dans laquelle l'élinzanétant a été évalué pendant 52 semaines pour le traitement des SVM associés à la ménopause.[5,6]

L'élinzanétant a démontré un bénéfice durable et un profil de sécurité favorable dans une large population d'étude.

Les résultats de l'étude OASIS-1 incluent[5]:

- Effet perceptible dès la 1re semaine
- 65 % de SVM en moins après 12 semaines
- Réduction de 36 % de l'intensité des SVM après 12 semaines
- Rétablissement d'un comportement de sommeil normal dès 4 semaines*
- Profil de sécurité favorable : aucune indication d'hépatotoxicité



Dans le programme d'études OASIS-2, l'élinzanétant a montré de manière constante un profil de sécurité favorable : aucun événement indésirable grave lié au traitement n'a été observé ; aucune hyperplasie endométriale ni tumeur maligne endométriale n'a été constatée et aucun signal d'hépatotoxicité n'a été mis en évidence.[5,6]

Comme aucune augmentation du nombre de cas suggérant une atteinte hépatique induite par un médicament n'a été observée dans l'ensemble du programme OASIS, Swissmedic n'a pas exigé de monitorage hépatique.[4-6]

Chaque femme est unique.

Grâce à une gamme d'options, chaque femme peut trouver le traitement qui lui convient.

*Selon la classification du questionnaire PROMIS SF SD 8b

Contenu sponsorisé:
Avec le soutien de Bayer (Sui) AG

Références

1.DePree BJ, Shiozawa A, Kim J, Wang Y, Yang H, Mancuso S. Treatment satisfaction, unmet needs, and new treatment expectations for vasomotor symptoms due to menopause: women's and physicians' opinions. Menopause. 2024 Sep 1;31(9):769-780. **2.**Nappi et al. Global cross-sectional survey of women with vasomotor symptoms associated with menopause: prevalence and quality of life burden. Menopause. 2021 May 24;28(8):875-882. **3.**Constantine et al. Behaviours and attitudes influencing treatment decisions for menopausal symptoms in five European countries. Post Reprod Health. 2016 Sep;22(3):112-2. **4.**Information professionnelle LYNKUET®, www.swissmedicinfo-pro.ch, état 06/26. **5.**Pinkerton et al. Elinzanetant for the Treatment of Vasomotor Symptoms Associated With Menopause: OASIS 1 and 2 Randomized Clinical Trials. JAMA. 2024 Aug 22;332(16):1343-54. **6.**Panay et al. Efficacy and long-term safety of elinzanetant for the treatment of VMS associated with menopause: A phase 3 randomized trial (OASIS 3). JAMA Intern Med. 2025 Sep 8:e254421. **7.**Davis SR, Baber RJ. Treating menopause - MHT and beyond. Nat Rev Endocrinol 18, 490-502 (2022). **8.**Simon JA et al. Efficacy and safety of elinzanetant, a selective neurokinin-1,3 receptor antagonist for vasomotor symptoms: a dose-finding clinical trial (SWITCH-1). Menopause. 2023 Mar 1;30(3):239-246. **9.**Wong BJ et al. Neurokinin-1 receptor desensitization attenuates cutaneous active vasodilatation in humans. J Physiol. 2006 Dec 15;577(Pt 3):1043-51.
Ls données et publications référencées sont mises à disposition sur demande.

Information professionnelle abrégée Lynkuet® (élinzanétant): Antagoniste non hormonal des récepteurs de la neurokinine 1 et 3. **C :** capsule molle de 60 mg d'élinzanétant **I :** Traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées ou provoqués par un traitement endocrinien adjuvant dans le cadre d'un cancer du sein chez les patientes adultes. **P/ME :** Dose recommandée de 120 mg (2 capsules de 60 mg) 1x/jour avant le coucher. Pendant ou en dehors des repas. En cas de prise concomitante d'inhibiteurs modérés du CYP3A4 (p. ex. érythromycine, ciprofloxacine, fluconazole, vérapamil), 60 mg 1x/jour (1 capsule de 60 mg). Pas d'ajustement de la posologie en cas de troubles légers à modérés de la fonction rénale ; non recommandé en cas d'insuffisance rénale sévère (DFGe <30 ml/ min/1,73 m²). **CI : i**nsuffisance hépatique sévère, utilisation concomitante d'inhibiteurs puissants du CYP3A4 (p. ex. itraconazole, clarithromycine, ritonavir ou cobicistat), hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients, grossesse. **MG/P :** Non recommandé en cas d'insuffisance hépatique chronique modérée (Child-Pugh B). Utilisation avec un THS systémique non recommandée. Lynkuet contient du sorbitol. **IA :** Inhibiteurs du CYP3A4 (cf. CI et P/ME), réduction possible de l'efficacité par les inducteurs du CYP3A4 (p. ex. carbamazépine). La prudence est de mise en cas d'administration concomitante d'élinzanétant et de substrats du CYP3A4 à fenêtre thérapeutique étroite (p. ex. ciclosporine, fentanyl ou tacrolimus). **EI très/fréquents :** Céphalées, envie de dormir, sensation vertigineuse, douleurs épigastriques, diarrhée, éruption, crampes/tension musculaire/s, fatigue/asthénie, infection des voies urinaires, diminution de l'appétit, dépression, humeur dépressive, vertige, élévation de l'ALT, alopécie, prurit, œdème périphérique, fièvre. **Liste B.** *Plus d'informations sur www.swissmedicinfo-pro.ch.* Distribution: Bayer (Schweiz) AG, 8045 Zurich. MA-M_ELZ-CH-0047-2_08.2026

▼Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire. Pour plus d'informations, veuillez consulter l'information professionnelle / l'information destinée aux patients pour Lynkuet® sur www.swissmedicinfo-pro.ch
PP-LNK-CH-0017-2 / 2026.09

Bayer (Schweiz) AG
8045 Zürich
www.bayer.ch

RMS_00000152

Maturation cervicale ambulatoire: quelles méthodes et pour quelles patientes?

Dre VALERIA LOMBARDI FÄH[a] et Dre BEGOÑA MARTINEZ DE TEJADA[b,c]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1670-5 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.979.49339

La maturation cervicale ambulatoire constitue une alternative à l'hospitalisation chez des patientes sans comorbidité maternelle, sans pathologie fœtale ni complication obstétricale nécessitant une surveillance continue, après une évaluation maternofœtale rassurante. Les données disponibles suggèrent une efficacité et une sécurité comparables à une prise en charge hospitalière, en particulier avec les méthodes mécaniques, tout en réduisant le temps passé en unité d'accouchement. L'utilisation de méthodes pharmacologiques comme les prostaglandines est soutenue par des données probantes et globalement rassurantes, même si un événement indésirable rare reste possible. Au-delà du choix de la méthode, la sécurité de cette stratégie repose sur une sélection rigoureuse, un suivi organisé et des critères précis de retour à la maternité.

Outpatient cervical ripening: which methods and for which patients?

Outpatient cervical ripening is an alternative to hospitalization in patients without maternal comorbidity, foetal pathology or obstetric complications requiring continuous monitoring, after a reassuring maternal and foetal assessment. Available evidence suggests efficacy and safety comparable to inpatient management, particularly with mechanical methods, while reducing the time spent in the delivery unit. The use of pharmacological methods such as prostaglandins is supported by an overall reassuring body of evidence, even though a rare adverse event may still occur. Beyond the choice of method, the safety of this approach relies on careful patient selection, organized follow-up, and well-defined criteria for returning to the maternity unit.

INTRODUCTION

Le déclenchement du travail figure parmi les interventions les plus courantes en obstétrique et sa fréquence est en augmentation. Il vise à réduire les risques maternels et fœtaux lorsque la poursuite de la grossesse est considérée comme plus risquée que l'accouchement. En Suisse, parmi les 64573 accouchements hors césariennes programmées en 2023, le travail a été déclenché artificiellement dans 33% des cas contre 26% dix ans auparavant.[1]

[a]Service d'obstétrique, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [b]Université de Genève, Faculté de médecine, 1211 Genève 4, [c]GynEva-Women's Clinic, 1204 Genève
valeria.lombardifah@hug.ch | begona.martineztejada@unige.ch

Le déroulement du déclenchement dépend notamment de l'état initial du col utérin, habituellement évalué par le score de Bishop (**tableau 1**).[2] Lorsque l'état du col est défavorable, c'est-à-dire lorsque le score de Bishop est ≤ 6, une maturation cervicale (MC) préalable est habituellement nécessaire afin de favoriser son ramollissement, son effacement et sa dilatation, avant l'amniotomie et/ou l'administration d'ocytocine.[3] Cette phase peut durer plusieurs heures et prolonger le séjour hospitalier. En effet, un col défavorable est associé à un délai plus long jusqu'à l'accouchement, à davantage d'échecs de déclenchement et à un recours accru à la césarienne.[2]

Dans ce contexte, la MC ambulatoire s'est développée comme une alternative permettant de débuter la maturation en milieu hospitalier, puis, chez des patientes sans comorbidité maternelle, sans pathologie fœtale ni complication obstétricale nécessitant une surveillance continue, de poursuivre une partie de cette phase à domicile. L'objectif principal est de réduire le temps passé à l'hôpital sans compromettre la sécurité maternelle et infantile pendant la période périnatale, tout en favorisant une expérience maternelle satisfaisante.[4,5]

Cette revue résume les principales méthodes de MC ambulatoire à terme, leur efficacité et leur sécurité, les critères de sélection, l'organisation des soins et l'expérience maternelle.

PRINCIPES ET MÉTHODES DE MATURATION CERVICALE

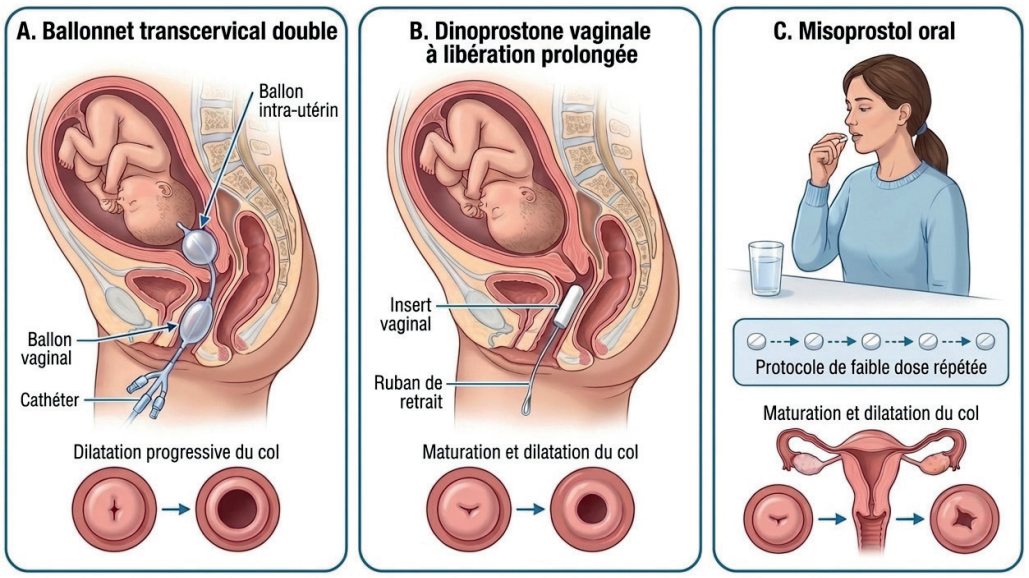
La MC peut être réalisée par des méthodes pharmacologiques, principalement à base de prostaglandines E1 (PGE1) et E2 (PGE2), ou par des méthodes mécaniques, essentiellement à l'aide de ballonnets transcervicaux (**figure 1**).

TABLEAU 1 Score de Bishop

Le score est obtenu par addition des points attribués à chaque paramètre clinique. Score de Bishop maximal: 13 points; Col défavorable: ≤ 6; Col favorable: > 6.

Paramètre	0	1	2	3
Dilatation cervicale (cm)	Col fermé	1-2	3-4	≥ 5
Effacement cervical (%)	0-30	40-50	60-70	≥ 80
Hauteur de la présentation	–3	–2	–1, 0	+1, +2
Consistance du col	Ferme	Moyenne	Molle	–
Position du col	Postérieure	Intermédiaire	Antérieure	–

FIG 1 Principales méthodes de maturation cervicale ambulatoire



Méthodes pharmacologiques

La dinoprostone, analogue de la PGE2, est utilisée sous différentes formulations vaginales, notamment sous forme de gel, de comprimé ou de dispositif à libération prolongée. En Suisse, elle est notamment disponible sous forme d'un dispositif vaginal à libération prolongée (Propess). Le misoprostol, analogue de la PGE1, constitue également une méthode efficace de MC; son administration orale à faible dose est proposée dans certaines recommandations internationales.[3] En Suisse, il est disponible sous forme de comprimés oraux (Angusta).

Les deux molécules peuvent entraîner une tachysystolie ou une hyperstimulation utérine et nécessitent une surveillance maternofœtale adaptée.[3] Une méta-analyse récente comparant directement le misoprostol oral à la dinoprostone vaginale retrouve des profils de sécurité maternelle et néonatale globalement comparables. Le misoprostol oral est associé à un taux plus faible de césarienne et à un moindre recours à l'ocytocine, tandis que la dinoprostone est associée à davantage d'accouchements vaginaux dans les 24 heures et à un délai entre le déclenchement et l'accouchement plus court.[6]

Méthodes mécaniques

Les méthodes mécaniques reposent principalement sur un ballonnet transcervical simple (sonde de Foley) ou double (ballonnet de Cook). La sonde de Foley, initialement destinée au drainage urinaire, est utilisée hors indication pour la MC, tandis que le ballonnet de Cook est spécifiquement destiné à la dilatation mécanique du col. La pression exercée sur le col favorise la dilatation et la libération locale de prostaglandines endogènes. Leur action essentiellement locale est associée à un risque moindre d'hyperstimulation que les méthodes pharmacologiques.[3,7] Par rapport à la PGE2 vaginale, les ballonnets présentent une efficacité globalement similaire sur le taux de césarienne, et engendrent moins d'hyperstimulation accompagnée d'anomalies du rythme cardiaque fœtal. Par rapport au misoprostol oral à faible dose, ils semblent légèrement moins efficaces, sans différence clairement établie concernant l'hyperstimulation accompagnée d'anomalies du rythme cardiaque fœtal.[7] Ils peuvent toutefois entraîner un inconfort lors de la pose et le déclenchement est plus souvent poursuivi par une amniotomie et/ou l'administration d'ocytocine.

Le choix de la méthode dépend de la situation obstétricale, du risque d'hyperstimulation, des contre-indications, des protocoles institutionnels et des préférences de la patiente. Le lieu de réalisation, la durée du processus, la douleur et le degré d'autonomie peuvent également influencer l'expérience du déclenchement.[4]

EXPÉRIENCE MATERNELLE

L'expérience du déclenchement du travail dépend non seulement de son issue obstétricale, mais aussi de la qualité de l'information reçue, de l'implication de la patiente dans les décisions, du sentiment de contrôle, du soutien de l'équipe soignante et de l'environnement de soins. Une expérience négative peut apparaître lorsqu'il existe un décalage entre les attentes de la patiente et le déroulement réel du déclenchement ou son degré de participation aux décisions.[4]

La nécessité d'une MC semble constituer un déterminant important du vécu du déclenchement. Dans une cohorte française, les femmes nécessitant une MC rapportaient une expérience moins favorable, notamment en cas de processus prolongé, d'inconfort important ou d'écart marqué entre leurs attentes et le déroulement réel du déclenchement.[8]

Le lieu de réalisation de la MC pourrait aussi influencer l'expérience. Dans l'essai clinique de Henry et al. en 2013, comparant l'utilisation d'un ballonnet de Foley ambulatoire à celle d'une PGE2 hospitalière, les patientes prises en charge à

domicile rapportaient moins d'inconfort et davantage de repos et de sommeil.[9] Une satisfaction plus élevée a également été rapportée avec la dinoprostone ambulatoire, malgré des données limitées.[10] Plus récemment, dans l'essai multicentrique d'Austad et al. (2025), l'expérience était globalement plus favorable avec le misoprostol oral ambulatoire et 89% des patientes choisiraient à nouveau cette modalité.[11]

Au-delà de l'efficacité et de la sécurité obstétricale, ces données soulignent ainsi l'importance du vécu maternel dans le choix du cadre de l'étape de maturation cervicale. Outre la volonté de réduire le temps d'hospitalisation et l'utilisation des ressources obstétricales, ce facteur a contribué au développement de la MC ambulatoire.

MATURATION CERVICALE AMBULATOIRE

Sur le plan pratique, la MC ambulatoire débute par une évaluation maternofœtale en milieu hospitalier, avant un retour temporaire à domicile jusqu'à une réévaluation programmée ou, si nécessaire, une réadmission anticipée. Les recommandations du NICE (National Institute for Health and Care Excellence) proposent cette organisation, ainsi que l'utilisation de la dinoprostone vaginale ou d'une méthode mécanique pour la MC, aux patientes sans comorbidité ni complication obstétricale souhaitant rentrer à domicile.[3] Plus récemment, l'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) a également considéré que la MC ambulatoire était une option sûre et efficace pour réduire le délai entre l'admission et l'accouchement chez des patientes à bas risque.[12] Une sélection appropriée, des consignes de retour claires et une réévaluation programmée restent indispensables.[3,12] Ces éléments pratiques sont résumés dans le **tableau 2**.

Sur le plan de la sécurité, les données comparatives sont rassurantes, mais restent limitées pour les événements maternels et néonataux rares, tels que la rupture utérine, l'hémorragie sévère du post-partum, le décès périnatal ou certaines morbidités néonatales sévères.[13]

Ballonnets transcervicaux

Une méta-analyse sur les données individuelles de 11 essais randomisés a montré une efficacité et une sécurité maternelle et infantile en période périnatale comparables entre MC mécanique ambulatoire et MC hospitalière réalisée selon les études par méthode mécanique ou dinoprostone vaginale.[5] Concernant spécifiquement les ballonnets, une revue systématique et méta-analyse a montré une réduction d'environ 7 heures du temps passé dans l'unité d'accouchement, sans augmentation des complications maternelles ou néonatales évaluées.[14] Les protocoles restent néanmoins hétérogènes concernant le dispositif utilisé, sa durée de pose et les modalités de surveillance.

Dinoprostone

La dinoprostone vaginale à libération prolongée a également été évaluée en ambulatoire. Une revue systématique n'a pas retrouvé de différence significative concernant les complications maternelles, la morbidité néonatale ou le taux de césarienne.[10] Une meilleure satisfaction des patientes et un recours plus fréquent à l'ocytocine étaient rapportés dans les groupes ambulatoires. Les données restent toutefois moins abondantes que pour les méthodes mécaniques.[10] Le caractère retirable du dispositif représente un avantage pratique, tandis que le risque de tachysystolie nécessite des modalités de surveillance et de retour clairement définies.

Misoprostol oral

Les données concernant le misoprostol oral en ambulatoire sont plus récentes. Dans une étude rétrospective appariée

TABLEAU 2 Sélection et surveillance en ambulatoire

Synthèse pratique issue des recommandations NICE, complétée par l'ACOG. ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists; NICE: National Institute for Health and Care Excellence.

Avant le retour à domicile	Contacter ou revenir à la maternité si
• Absence de comorbidité maternelle, de pathologie fœtale ou de complication obstétricale nécessitant une surveillance continue • Évaluation maternofœtale rassurante • Compréhension et accord de la patiente • Possibilité de contacter rapidement la maternité • Moyen de transport fiable et possibilité de rejoindre rapidement la maternité • Réévaluation programmée et consignes écrites	• Contractions régulières ou douleur importante • Rupture des membranes • Saignements • Diminution ou modification des mouvements fœtaux • Effet indésirable ou perte/expulsion du dispositif • Toute inquiétude de la patiente

TABLEAU 3 Principales méthodes de maturation cervicale ambulatoire

Méthode	Atouts	Limites/surveillance	Données ambulatoires
Ballonnet transcervical	• Action locale • Risque moindre d'hyperstimulation • Conservation simple	• Inconfort à la pose • Expulsion possible • Poursuite fréquente par amniotomie/ocytocine	• Données les plus solides • Sécurité comparable à la prise en charge hospitalière • Réduction du temps passé en unité d'accouchement
Dinoprostone vaginale à libération prolongée	• Dispositif retirable • Dispositif à libération prolongée	• Risque de tachysystolie/hyperstimulation • Surveillance initiale indispensable	• Données rassurantes mais moins abondantes que pour les méthodes mécaniques • Résultats globalement comparables • Recours plus fréquent à l'ocytocine
Misoprostol oral	• Administration orale • Faible dose • Absence de dispositif vaginal	• Dose administrée non retirable • Tachysystolie/hyperstimulation • Prises répétées selon protocole	• Données récentes • Cohorte comparative et essai randomisé • Réduction du temps hospitalier • Événements rares non exclus

VEOZA™
fezolinetant

FIGHT *the* FIRE

AVEC VEOZA™, PRODUIT NON HORMONAL



VEOZA – destiné au traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères, tels que les bouffées de chaleur, chez les patientes post-ménopausées.[1]

Référence : 1. Information professionnelle VEOZA™, www.swissmedicinfo.ch.

Information professionnelle abrégée de VEOZA™
C : Comprimés pelliculés contenant 45 mg de fézolinétant. **I :** Traitement des symptômes vasomoteurs (SVM) modérés à sévères chez les patientes post-ménopausées. **Pos :** La dose recommandée est de 45 mg une fois par jour, la dose maximale est de 45 mg par jour. Aucune donnée n'est disponible pour une durée de traitement supérieure à 12 mois. La prise peut se faire indépendamment des repas. L'utilisation est déconseillée chez les patientes présentant une légère insuffisance hépatique (Child-Pugh A). Il n'y a pas d'indication à un traitement par VEOZA pendant la grossesse. L'utilisation chez femmes qui allaitent est déconseillée. Aucune donnée n'est disponible sur l'initiation du traitement à un âge supérieur à 65 ans. Aucun ajustement de dose n'est nécessaire chez les patientes présentant une insuffisance rénale légère (eGFR de 60 à <90 ml/min/1.73 m²) ou modérée (eGFR de 30 à <60 ml/min/1.73 m²). **CI :** Insuffisance hépatique modérée ou sévère (Child Pugh B ou C), insuffisance rénale sévère ou terminale (c-à-d. eGFR <30 ml/min/1.73 m²), comédication avec inhibiteurs de CYP1A2, hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients. **Préc :** Nous vous prions de consulter l'information professionnelle complète et publiée (www.swissmedicinfo.ch). **I :** Le fézolinétant est essentiellement métabolisé par le CYP1A2 et, dans une moindre mesure, par le CYP2C9 et le CYP2C19. En cas d'utilisation concomitante de fézolinétant et d'inhibiteurs CYP1A2 le Cmax et l'ASC du fézolinétant sont augmentés dans le plasma. L'administration concomitante de fluvoxamine (un puissant inhibiteur du CYP1A2) a entraîné une augmentation de la Cmax du fézolinétant de 1.8 fois et de l'ASC de 9.4 fois. Aucune étude d'interaction avec des inhibiteurs modérés ou faibles de CYP1A2 n'a été réalisée. Le tabagisme (inducteur modéré du CYP1A2) a entraîné une réduction de 28 % de la Cmax du fézolinétant et de 52 % l'ASC par rapport aux non-fumeurs. Ces différences dans l'exposition ne sont pas jugées cliniquement pertinentes. Un ajustement posologique systématique chez les fumeuses n'est pas recommandé. **EI :** La sécurité d'emploi du fézolinétant a été évaluée chez 2203 femmes post-ménopausées atteintes de SVM, qui ont reçu 30 mg ou 45 mg de fézolinétant une fois par jour dans le cadre d'essais cliniques de phase III. Dans les études de phase III, les effets indésirables les plus fréquents sous fézolinétant étaient diarrhée (3.2%) et insomnie (3.0%). Les effets indésirables les plus fréquents conduisant à l'arrêt du fézolinétant 45 mg ont été une augmentation de l'alanine aminotransférase (ALT) (0.3%) et une insomnie (0.2%). Les effets indésirables observés dans le cadre d'études cliniques évaluant le fézolinétant sont énumérés ci-dessous conformément à la classification MedDRA. Les catégories de fréquence sont définies comme suit: très fréquent (≥1/10); fréquent (≥1/100 à <1/10), occasionnel (≥1/1000 à <1/100), rare (≥1/10'000 à <1/1000), très rare (<1/10'000). *Affections du système nerveux :* Fréquents : Insomnie. *Affections gastro-intestinales :* Fréquents : Diarrhée, douleurs abdominales. *Affections hépatiques et biliaires :* Fréquents : Elévation des transaminases. **Prés :** Plaquettes pour boîtes individuelles en carton de 30 et 100 comprimés pelliculés. Catégorie de remise : **B.** Vous trouverez plus d'informations dans la version complète de l'information professionnelle. Celle-ci est publiée sous www.swissmedicinfo.ch. **Astellas Pharma SA, Richtiring 28, 8304 Wallisellen, www.astellas.ch.**

▼ **Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire.**

RMS_00000165

astellas

Astellas Pharma SA, Richtiring 28, CH-8304 Wallisellen, www.astellas.ch

Date of preparation 05/2025, MAT-CH-VEO-2025-00054

portant sur 564 patientes, les taux d'accouchement vaginal étaient similaires entre les prises en charge ambulatoire et hospitalière, avec une réduction du temps passé à l'hôpital avant l'accouchement dans le groupe ambulatoire.[15] Plus récemment, un essai randomisé multicentrique portant sur 283 patientes à bas risque recevant du misoprostol oral 25 µg a montré une réduction de 21 heures du temps d'hospitalisation avant l'accouchement, avec des résultats obstétricaux comparables et une expérience maternelle légèrement plus favorable.[11] Malgré ces résultats encourageants, les effectifs restent insuffisants pour exclure la survenue d'événements rares avec cette méthode pharmacologique et les protocoles ambulatoires demeurent hétérogènes.

Les principales caractéristiques des trois approches sont résumées dans le **tableau 3**.

ENJEUX, LIMITES ET PERSPECTIVES

Les données suggèrent une efficacité obstétricale comparable entre MC ambulatoire et hospitalière chez des patientes sélectionnées. Les données sont plus robustes pour les méthodes mécaniques; celles sur la dinoprostone et le misoprostol oral, moins nombreuses, sont également rassurantes. L'approche ambulatoire réduit le temps passé à l'hôpital et pourrait améliorer l'expérience maternelle.[5,10,11,13-15]

Ces résultats doivent néanmoins être interprétés avec prudence. La méta-analyse de 2021 (30 essais randomisés, 10 cohortes, 9 618 participantes) n'a pas retrouvé de différence du taux de césarienne, mais les événements maternels et néonataux rares étaient moins bien documentés.[13] L'hétérogénéité des critères de sélection, des protocoles et de la surveillance limite aussi la généralisation.

La MC ambulatoire apparaît comme une approche prometteuse lorsqu'elle s'intègre dans un parcours structuré. Des études plus larges et standardisées restent nécessaires pour évaluer les événements rares, comparer les méthodes et préciser leurs impacts organisationnels, médico-économiques et sur l'expérience maternelle.

CONCLUSION

Chez des patientes sélectionnées, la MC ambulatoire réduit le temps passé à l'hôpital et pourrait améliorer l'expérience maternelle, sans augmentation mise en évidence des principaux événements maternels ou périnataux. Les méthodes mécaniques sont les mieux documentées; les données sur les prostaglandines sont rassurantes mais encore insuffisantes pour exclure des événements rares. Cette approche prometteuse doit s'inscrire dans un parcours structuré associant évaluation maternofœtale, décision partagée, consignes de retour, accès rapide à la maternité et réévaluation programmée.

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

Utilisation de l'IA: les auteures ont déclaré avoir utilisé un outil d'intelligence artificielle générative comme aide à la reformulation, à la relecture du manuscrit et au contrôle grammatical et orthographique, ainsi qu'à la création et à la mise en forme d'une figure scientifique à l'aide de FigureLabs. Les contenus textuels et graphiques ont été vérifiés, modifiés et validés 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:
V. Lombardi Fäh: https://orcid.org/0000-0002-1621-6653
B. Martinez De Tejada: https://orcid.org/0000-0001-5737-3586

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La maturation cervicale ambulatoire peut être proposée chez des patientes sélectionnées, sans indication à une surveillance maternofoetale continue.
- Les données les plus solides concernent les méthodes mécaniques.
- Des données récentes montrent que le misoprostol oral en ambulatoire réduit le temps de séjour hospitalier, mais des effectifs plus importants sont nécessaires pour évaluer l'effet de cette méthode sur la survenue d'événements rares.
- Une évaluation maternofœtale préalable, une décision partagée, des consignes de retour claires, un accès rapide à la maternité et une réévaluation programmée sont indispensables.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Une recherche PubMed/MEDLINE a été réalisée jusqu'en août 2026 en combinant les termes «induction of labour», «cervical ripening», «outpatient», «home induction», «balloon catheter», «Foley catheter», «dinoprostone», «misoprostol», «oral misoprostol», «maternal experience» et «satisfaction». Les recommandations, revues systématiques, méta-analyses et essais randomisés ont été privilégiés, ainsi que les études portant spécifiquement sur l'expérience maternelle.

1 Office fédéral de la statistique. Les naissances plus nombreuses de 30% les jours de la semaine que les week-ends [En ligne]. Rapport nos 2362-2300. 12 mai 2025. (Consulté le 15 août 2026). Disponible sur: www.bfs.admin.ch/news/fr/2025-0282
2 Teixeira C, Lunet N, Rodrigues T, Barros H. The Bishop Score as a determinant of labour induction success: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2012 Sep;286(3):739-53. DOI: 10.1007/s00404-012-2341-3.
3 National Institute for Health and Care Excellence. Inducing labour [En ligne]. Rapport no NG207. 4 novembre 2021. (Consulté le 1er août 2026). Disponible sur: www.nice.org.uk/guidance/ng207
4 Coates R, Cupples G, Scamell A, McCourt C. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. Midwifery. 2019 Feb;69:17-28. DOI: 10.1016/j.midw.2018.10.013.
5 **Patabendige M, Chan F, Wise MR, et al. Outpatient or Inpatient Setting for Cervical Ripening Before Induction of Labour: An Individual Participant Data Meta-Analysis. BJOG. 2025 Dec;132(13):1966-82. DOI: 10.1111/1471-0528.18253.
6 Yeretsian T, Mogharbel H, Rozzah R, et al. Oral Misoprostol Versus Vaginal Dinoprostone for Labor Induction: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Obstet Gynaecol Res. 2026 Aug;52(8):e70369. DOI: 10.1111/jog.70369.
7 *de Vaan MD, Ten Eikelder ML, Jozwiak M, et al. Mechanical methods for induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Mar 30;3(3):CD001233. DOI: 10.1002/14651858.CD001233.pub4.
8 Blanc-Petitjean P, Dupont C, Carbonne B, et al. Methods of induction of labor and women's experience: a population-based cohort study with mediation analyses. BMC Pregnancy Childbirth. 2021 Sep 14;21(1):621. DOI: 10.1186/s12884-021-04076-x.
9 Henry A, Madan A, Reid R, et al. Outpatient Foley catheter versus inpatient prostaglandin E2 gel for induction of labour: a randomised trial. BMC Pregnancy Childbirth. 2013 Jan 29;13:25. DOI: 10.1186/1471-2393-13-25.
10 Mazzoli I, O'Malley D. Outpatient versus inpatient cervical ripening with a slow-release dinoprostone vaginal insert

in term pregnancies on maternal, neonatal, and birth outcomes: A systematic review. Birth. 2023 Sep;50(3):473-85. DOI: 10.1111/birt.12687.
11 *Austad FE, Kessler J, Magnussen EB, Pripp AH, Rossen J. Outpatient Versus Inpatient Induction of Labour With Oral Misoprostol: A Multicentre Randomised-Controlled Trial. BJOG. 2025 Oct;132(11):1562-73. DOI: 10.1111/1471-0528.18296.
12 *ACOG Committee on Clinical Practice Guidelines-Obstetrics. Cervical Ripening in Pregnancy: ACOG Clinical Practice Guideline No. 9. Obstet Gynecol. 2025 Jul;146(1):148-60. DOI: 10.1097/AOG.0000000000005951.
13 **McDonagh M, Skelly AC, Tilden E, et al. Outpatient Cervical Ripening: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2021 Jun 1;137(6):1091-101. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004382.
14 Pierce-Williams R, Lesser H, Saccone G, et al. Outpatient Cervical Ripening with Balloon Catheters: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol. 2022 Feb 1;139(2):255-68. DOI: 10.1097/AOG.0000000000004644.
15 Hallén N, Amini M, Wide-Swensson D, Herbst A. Outpatient vs inpatient induction of labor with oral misoprostol: A retrospective study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2023 May;102(5):605-11. DOI: 10.1111/aogs.14550.

* à lire
** à lire absolument

Symposium annuel des services de pneumologique et de chirurgie thoracique du CHUV

« La maladie pulmonaire chez la personne âgée : quelles options thérapeutiques en 2026 ? »

Jeudi 30 octobre 2026 – 13h30 à 17h30
CHUV Lausanne, Bâtiment AGORA, Auditoire Paternot

Chères et chers Collègues,

Comment distinguer le vieillissement physiologique du poumon d'une véritable pathologie ? Quelle place pour la réhabilitation respiratoire dans la BPCO du sujet âgé ? Jusqu'où aller dans le traitement d'un cancer du poumon à 80 ans ? Ces questions seront abordées en deux temps : le poumon vieillissant puis le cancer pulmonaire chez le patient âgé, avec en clôture un débat sur l'âge comme frein au traitement.

Cette rencontre s'adresse aux pneumologues, oncologues, gériatres, internistes et médecins de famille, et plus largement à celles et ceux qui accompagnent une patientèle âgée atteinte de maladies pulmonaires, en cabinet, à l'hôpital ou en EMS.

Vous êtes cordialement invités à ce moment d'échange entre pratique hospitalière et médecine de premier recours, puis à l'apéritif qui suit l'événement.

PROGRAMME

13h30 **Accueil – Bienvenue :** *Pr Christophe von Garnier, Pr Thorsten Krueger*

1ère partie – Le poumon vieillissant

13h45 Vieillissement et poumon : quelles modifications physiologiques ?
Pr Lucas Liaudet, Médecine intensive adulte, CHUV

14h10 Vieillissement pulmonaire et maladies interstitielles fibrosantes : quels liens ?
Pre Manuela Funke-Chambour, Pneumologie, CHUV

14h35 La BPCO du sujet âgé : quelle place pour la réhabilitation respiratoire ?
Dr Bernard Egger, Pneumologie, Hôpital de Rolle, GHOL

15h00 Au-delà du souffle : évaluer le patient âgé dans sa globalité
Dr Jean Dumur, Gériatrie, CHUV

15h25 **Pause**

2ème partie – Cancer pulmonaire chez le patient âgé

15h55 Cancer du poumon chez le patient âgé : quels critères pour choisir le bon traitement ?
Dre Nabila Ferahta, Oncologie médicale, CHUV

16h20 Opérer le cancer du poumon à 80 ans : jusqu'où aller ?
Dr Etienne Abdelnour-Berchtold, Chirurgie thoracique, CHUV

16h45 L'âge, un frein au traitement du cancer pulmonaire ?
Pre Christine Clavien, Institut Éthique Histoire Humanités, Université de Genève

17h10 Perspectives et conclusion
Pr Christophe von Garnier, Pr Thorsten Krueger

Un apéritif sera servi à l'issue du symposium.

Inscription via le code QR :

Crédit formation continue des Sociétés suisses de (en voie d'obtention) : Pneumologie 4, Chirurgie thoracique 3, Médecine interne générale 3

RMS-0000169

Thrombopénie et grossesse : l'essentiel pour la pratique

HÉLÈNE LEGARDEUR[a], ALEXIA CUENOUD[b], DAVID BAUD[c] et MATHILDE GAVILLET[d]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1676-80 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.979.49277

La thrombopénie touche environ 10% des grossesses. Elle est le plus souvent bénigne (thrombopénie gestationnelle), mais certaines étiologies, notamment le purpura thrombopénique immunologique ou la prééclampsie, nécessitent une prise en charge spécifique. La démarche diagnostique et l'attitude pratique dépendent de l'anamnèse, des antécédents, du terme de la grossesse et de la sévérité de la thrombopénie. Un bilan ciblé permet d'exclure les causes graves, en particulier la prééclampsie et autres microangiopathies, qui nécessitent une prise en charge urgente. Le traitement, réservé aux thrombopénies sévères ou symptomatiques, dépend de l'étiologie sous-jacente. Cet article propose une démarche pratique, fondée sur les recommandations actuelles et l'expérience au CHUV, pour guider le médecin de premier recours.

Thrombocytopenia and pregnancy: a practical approach

Thrombocytopenia affects approximately 10% of pregnancies. It is most often benign (gestational thrombocytopenia), but some causes, particularly immune thrombocytopenia or preeclampsia, require specific management. The diagnostic approach and practical management depend on the medical history, background, gestational age, and severity of thrombocytopenia. A targeted work-up helps exclude serious causes, especially preeclampsia and other microangiopathies, that constitute a clinical emergency. Treatment, only required for severe or symptomatic thrombocytopenia, is tailored on the underlying etiology. This article proposes a practical, evidence-based approach, informed by current guidelines and experience at the CHUV, to guide the primary care physician.

INTRODUCTION

La thrombopénie, définie par un taux de plaquettes < 150 G/l, complique environ 10% des grossesses.[1,2] Dans la grande majorité des cas, elle reste modérée et sans conséquence. Elle peut toutefois révéler une pathologie nécessitant une prise en charge spécifique, en particulier la prééclampsie, les microangiopathies thrombotiques ou encore le purpura thrombopénique immunologique (PTI) (aussi appelé thrombopénie immune et anciennement nommé purpura thrombocytopénique idiopathique), qui peut comporter un risque hémorragique maternel et un risque de thrombopénie néonatale. Le défi pour le clinicien est d'identifier, parmi les nombreuses étiologies possibles, celles qui nécessitent une exploration ou un traitement, sans pour autant surmédicaliser les situations bénignes. Cet article propose une démarche pratique de bilan étiologique et d'attitude, construite à partir des protocoles du CHUV et des recommandations internationales récentes, pour guider le médecin de premier recours dans le suivi d'une patiente enceinte présentant une thrombopénie.

[a]Service d'obstétrique, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, [b]Service d'anesthésie, Département des centres interdisciplinaires, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne, [c]Service d'obstétrique, Département femme-mère-enfant, Centre hospitalier universitaire vaudois et Université de Lausanne, 1011 Lausanne, [d]Service et laboratoire d'hématologie, Département d'oncologie, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
helene.legardeur@chuv.ch | alexia.cuenoud@chuv.ch
david.baud@chuv.ch | mathilde.gavillet@chuv.ch

ÉTIOLOGIES À CONNAÎTRE

La thrombopénie gestationnelle (TG) est la cause de thrombopénie la plus fréquente, représentant 70 à 75% des cas.[3,4] Elle est physiologique, apparaît typiquement dès le 2e ou au 3e trimestre de grossesse, reste le plus souvent modérée (taux de plaquettes rarement < 80 G/l), ne comporte aucun risque pour le fœtus et se normalise spontanément dans les six semaines suivant l'accouchement. Une récidive lors des grossesses ultérieures est fréquente. Par définition, la numération plaquettaire est normale en dehors des grossesses.

Le PTI représente 3 à 5% des cas et constitue la première cause de thrombopénie en début de grossesse.[5,6] Il s'agit d'un phénomène auto-immun, pouvant survenir à n'importe quel moment, parfois préexistant à la grossesse, et pouvant se révéler ou s'aggraver pendant la grossesse. Sa sévérité est très variable, mais par définition, elle se caractérise par un taux de plaquettes < 100 G/l. Les anticorps maternels peuvent traverser le placenta et causer une thrombopénie néonatale dans environ un quart des cas, avec un risque faible d'hémorragie intracrânienne périnatale.[5,6]

À l'heure actuelle, il n'existe aucun test de certitude permettant de distinguer la TG du PTI. Cette distinction repose sur un faisceau d'arguments (chronologie, sévérité et comorbidités).[5]

Après 20 semaines d'aménorrhée, la prééclampsie et le HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelet Count) Syndrome constituent près de la moitié des cas de thrombopénie.[2]

D'autres étiologies sont plus rares: microangiopathies thrombotiques (purpura thrombotique thrombocytopénique, syndrome hémolytique et urémique), syndrome (catastrophique) des anticorps antiphospholipides, infections virales, thrombopénie familiale ou médicamenteuse, ou encore insuffisance de production médullaire.

Une carence en vitamine B12 et en folates doit être systématiquement recherchée car elle est souvent associée à la thrombopénie et peut être facilement corrigée.



CHOISISSEZ ENTRE I.V. ET S.C.
AVEC UNE EFFICACITÉ COMPARABLE.[1,2]

LA FLEXIBILITÉ EN DOUBLE*

OCREVUS® I.V. ET S.C.

***** Représente la possibilité de choisir entre OCREVUS® i.v. et s.c., à efficacité comparable et avec environ 6 mois sans traitement entre les administrations après la dose initiale complète. Injection s.c. : 10 min sans fractionnement de la dose initiale ; perfusion i.v. : 2,5 ou 3,5 h ; dose initiale fractionnée ; prémédication et surveillance non incluses.

Références : 1. Information professionnelle OCREVUS® sur www.swissmedicinfo.ch. **2.** Newsome SD, et al. Subcutaneous Ocrelizumab in Patients With Multiple Sclerosis: Results of the Phase 3 OCARINA II Study. Neurology. 2025 May 13;104(9):e213574. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000213574. • Toutes les références listées ici peuvent être demandées par des spécialites auprès de Roche Pharma (Suisse) SA.

OCREVUS® (ocrélizumab). Anticorps monoclonal humanisé recombinant (anti-CD20). **I:** Patients adultes atteints de formes actives de sclérose en plaques (SEP) récurrentes. Patients adultes atteints de sclérose en plaques primaire progressive (SEP-PP). Patients pédiatriques âgés de 12 ans et plus atteints de sclérose en plaques récurrente-rémittente (SEP-RR) active. **D Ocrevus i.v.:** *Dose initiale:* 600 mg en deux perfusions i.v. de 300 mg chacune à intervalle de deux semaines. *Doses suivantes:* Doses uniques de 600 mg tous les 6 mois. *Prémédication:* 100 mg de méthylprednisolone i.v. ou équivalent et un antihistaminique avant chaque perfusion. **D Ocrevus s.c.:** 920mg en dose unique sous-cutanée tous les 6 mois. *Prémédication:* 20 mg de dexaméthasone ou équivalent par voie orale et un antihistaminique oral avant chaque injection. **CI:** Hypersensibilité à l'ocrélizumab ou à l'un des excipients, insuffisance cardiaque sévère (stade NYHA IV), immunodépression sévère, infection active, affection active maligne existante, à l'exception des patients avec un carcinome basocellulaire, début du traitement durant la grossesse. **MP:** Réactions liées à la perfusion, Réactions liées à l'injection, Réactions d'hypersensibilité, Infections, LEMP, Réactivation de l'hépatite B, Neutropénie tardive, Colite à médiation immunitaire, Réactions cutanées, Vaccinations, Lésion du foie. **IA:** Aucune étude formelle sur les interactions médicamenteuses n'a été réalisée. Le risque d'interaction avec des médicaments utilisés de façon concomitante ne peut être exclu. **Gr/Al:** Ne pas utiliser OCREVUS pendant la grossesse, à moins que le bénéfice potentiel pour la mère ne prédomine sur le risque potentiel encouru par le fœtus. OCREVUS peut être utilisé pendant l'allaitement. Le traitement peut être débuté quelques jours après l'accouchement. **EI:** *Très fréquents:* Réactions liées à la perfusion, réactions à l'injection, infections des voies respiratoires supérieures, rhinopharyngite, grippe, taux d'IgM sériques réduits. *Fréquents:* Neutropénie, Bronchite, sinusite, gastro-entérite, infection virale, herpès buccal, infection des voies respiratoires, cellulite, zona, conjonctivite, toux, catarrhe, taux d'IgG sériques réduits. **P Ocrevus i.v:** 1 flacon de 10 ml de concentré pour solution pour perfusion contient 300 mg d'ocrélizumab. **P Ocrevus s.c. :** 1 flacon de 23 ml de solution injectable prête à l'emploi contient 920 mg d'ocrélizumab. **Catégorie de vente:** A. **Mise à jour de l'information:** Août 2026. Pour toute information supplémentaire, veuillez consulter l'information professionnelle (www.swissmedicinfo-pro.ch).

Roche Pharma (Suisse) SA • Grenzacherstrasse 124 • 4058 Bâle

08/2026 M-CH-00006052

RMS_00000137

Roche

OCREVUS® ocrelizumab

OCREVUS® ocrelizumab Subcutaneous injection

QUELS SONT LES ENJEUX?

Enjeux maternels: risque hémorragique limité mais seuil limite pour la pose d'anesthésie péridurale

Quelle que soit l'étiologie de la thrombopénie, les enjeux maternels sont fonction de la sévérité de la thrombopénie. Sur le plan maternel, le risque hémorragique reste très faible. Les recommandations basées sur les consensus d'experts établissent un seuil minimal sécuritaire de 30 G/l pour limiter le risque de saignement lors d'un accouchement vaginal et 50 G/l pour un accouchement par césarienne.[7] Au CHUV, considérant la possibilité de césarienne en urgence, toutes les parturientes sont maintenues à un taux plaquettaire > 50 G/l à l'approche de la date de l'accouchement.

L'enjeu principal est celui de l'anesthésie neuraxiale et la stratégie de prise en charge de la douleur en intrapartum. Selon le consensus interdisciplinaire de la Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology, une numération plaquettaire ≥ 70 G/l est associée à un risque très faible d'hématome épidural après une procédure neuraxiale chez les parturientes présentant une TG, un PTI ou une prééclampsie, en l'absence d'autres facteurs de risque hémorragique.[8] En dessous de ce seuil, la décision doit être individualisée en fonction du rapport bénéfice-risque clinique, tandis qu'une valeur < 50 G/l constitue généralement une contre-indication aux techniques neuraxiales. Il convient toutefois de souligner que ces seuils ne sont pas absolus et peuvent légèrement varier selon les recommandations locales, l'expérience des équipes et le contexte clinique, la décision reposant toujours sur une évaluation individualisée du rapport bénéfice-risque. Le CHUV retient un seuil pragmatique de 75 G/l pour une pose d'anesthésie péridurale et 50 G/l pour une pose de rachianesthésie.

Enjeux fœtaux et néonataux: distinguer TG et PTI

Sur le plan fœtal et néonatal, l'enjeu central est de distinguer la TG du PTI. Cette distinction, qui n'est pas toujours aisée, conditionne la vigilance à mettre en place pour l'accouchement et pour la surveillance néonatale.

La TG est une condition exclusivement maternelle n'impliquant aucun risque pour le nouveau-né. Aucune précaution particulière n'est nécessaire lors de l'accouchement ni pour la surveillance néonatale.[3,4]

À l'inverse, en cas de PTI, les anticorps maternels de type IgG traversent activement la barrière placentaire et peuvent induire une thrombopénie néonatale dans 10 à 15% des cas, avec un risque rare, mais redouté, d'hémorragie intracrânienne spontanée ou iatrogène chez le nouveau-né.[5,6] Par conséquent, en cas de PTI suspecté ou confirmé (dès le premier trimestre ou en cas de thrombopénie sévère), ce risque justifie une vigilance diagnostique tout au long de la grossesse, et impose des précautions particulières pour l'accouchement (détaillées dans la section suivante) et une surveillance néonatale systématique. Une numération plaquettaire sur sang de cordon doit être effectuée. L'absence de thrombopénie sur ce prélèvement n'exclut pas le diagnostic, et une surveillance doit être mise en place car elle peut apparaître plus tardivement, jusqu'au 5e jour de vie.

QUEL BILAN EFFECTUER?

Le bilan dépend de la date d'apparition de la thrombopénie, de la cinétique et de sa sévérité.

L'anamnèse recherche des antécédents personnels ou familiaux de thrombopénie, une thrombopénie néonatale lors d'une grossesse antérieure, une maladie auto-immune, une prise médicamenteuse, des symptômes infectieux récents et des antécédents de diathèse hémorragique. L'examen clinique évalue la présence de pétéchies, d'un ictère, d'une hypertension artérielle et des signes de prééclampsie.

Après 20 semaines d'aménorrhée, il convient de rechercher systématiquement une prééclampsie ou un HELLP Syndrome qui peuvent se révéler initialement par une thrombopénie.

Une thrombopénie isolée > 120 G/l au troisième trimestre chez une patiente ayant une numération plaquettaire normale en début de grossesse ne nécessite aucune exploration ni surveillance particulière: un suivi standard suffit. Il y a tout lieu de penser qu'il s'agit d'une TG. En dessous de ce seuil, et en dehors de ces conditions bien précises, un bilan doit être réalisé, quel que soit le terme.

Le bilan biologique comprend une formule sanguine complète (recherchant une atteinte des autres lignées ou des blastes), un bilan de coagulation (TP, aPTT), fibrinogène), un bilan hépatique et rénal (ASAT, ALAT), créatinine), un bilan d'hémolyse (réticulocytes, schizocytes, LDH), haptoglobine), un dosage de la vitamine B12, ainsi que les sérologies pour le virus d'Epstein-Barr et le cytomégalovirus si la patiente n'est pas immunisée. Un bilan auto-immun (anticorps antinucléaires et antiphospholipides) est demandé en cas d'anamnèse évocatrice d'atteinte d'autres organes. Les sérologies VIH, hépatites B et C ainsi que le bilan thyroïdien, en général déjà effectués en début de grossesse, doivent être vérifiés.

Un avis hématologique facilite l'interprétation des résultats et la conduite à tenir, en particulier si une cause autre que la TG est suspectée, notamment un PTI.

ATTITUDE PRATIQUE EN FONCTION DU TERME ET DE LA SÉVÉRITÉ DE LA THROMBOPÉNIE (tableau 1)

Dans tous les cas, il convient d'exclure une prééclampsie.

Avant 37 semaines d'aménorrhée

Comme discuté plus haut, il n'existe aucun examen de certitude pour distinguer une TG d'un PTI, mais cette distinction reste importante en raison du risque de thrombopénie fœtale ou néonatale propre au PTI.

Si le taux de plaquettes reste > 120 G/l, le suivi peut être habituel avec un contrôle des plaquettes lors des consultations standards.

Si le taux de plaquettes se situe entre 80 et 120 G/l, un bilan étiologique complet, comme décrit ci-dessus, est souhaitable.

TABLEAU 1 **Thrombopénie: attitude pratique selon sa sévérité et le terme de la grossesse**

FSC: formule sanguine complète; IgIV: immunoglobulines intraveineuses; SA: semaines d'aménorrhée; TTT: traitement.

Plaquettes	1er et 2e trimestres	27–37 SA	38 SA – terme	Accouchement
> 120 G/l	• Suivi standard	• Suivi standard	• Suivi standard	• Suivi standard • FSS dès l'entrée en salle de naissance
80-120 G/l	• Bilan une fois • Pas de TTT • Contrôle à chaque consultation	• Exclure une prééclampsie • Pas de TTT • Contrôle 1×/sem	• Exclure une prééclampsie • Pas de TTT • Contrôle 1×/sem • Provocation de l'accouchement à discuter si proche de 80 G/l	• Exclure une prééclampsie • FSS à l'entrée en salle de naissance • Plaquettes dosées sur sang de cordon
50-80 G/l	• Bilan une fois • Avis de l'hématologue, de l'obstétricien spécialisé en médecine maternelle et de l'anesthésiste • Pas de TTT	• Exclure une prééclampsie • Bilan une fois • Avis de l'hématologue, de l'obstétricien spécialisé en médecine maternelle et de l'anesthésiste • Pas de TTT	• Exclure une prééclampsie • Corticoïdes dès 38 SA (prednisone 1 mg/kg) • FSC à J4-J5 • Si échec: discuter IgIV	• Exclure une prééclampsie • IgIV 1 g/kg en urgence • Transfusion si seuil non atteint • Plaquettes dosées sur sang de cordon
< 50 G/l	• Bilan et avis hématologique urgent • TTT si symptomatique ou geste prévu	• Bilan et avis hématologique urgent • Consultation anesthésie • TTT si symptomatique ou geste prévu	• Corticoïdes ± IgIV dès 38 SA • Consultation anesthésie • FSC à J4-J5	• IgIV en urgence • Transfusion si seuil non atteint • Prévenir néonatologues • Plaquettes dosées sur sang de cordon

Aucun traitement n'est nécessaire et un contrôle de la formule sanguine simple est répété à chaque consultation. Si le taux de plaquettes était strictement normal en début de grossesse et que le bilan étiologique était négatif, la cause la plus probable reste la TG. Si la numération plaquettaire était déjà basse au premier trimestre ou en dehors de la grossesse, un PTI est l'hypothèse la plus probable et la prise en charge devra être adaptée par précaution, en considérant le PTI comme un diagnostic possible.

En dessous de 80 G/l, un avis hématologique, l'avis d'un obstétricien spécialisé en médecine maternelle et une consultation d'anesthésie sont recommandés.

Après 37 semaines d'aménorrhée

Après 37 semaines d'aménorrhée, l'attitude s'intensifie si les plaquettes sont < 100 G/l.

Entre 80 et 100 G/l, un contrôle hebdomadaire est proposé afin de s'assurer de ne pas passer sous le seuil des 75 G/l. Une provocation de l'accouchement peut être discutée si la numération plaquettaire diminue et atteint des valeurs proches de 80 G/l, et que l'on approche de 39 semaines d'aménorrhée.

Entre 50 et 80 G/l, en l'absence de prééclampsie, un avis hématologique, l'avis d'un obstétricien spécialisé en médecine maternelle et une consultation d'anesthésie sont recommandés. Un traitement par corticoïdes (prednisone 0,5-1 mg/kg le matin) peut être débuté dès 38 semaines d'aménorrhée, avec un contrôle plaquettaire après quatre ou cinq jours pour juger de la réponse initiale. En l'absence de bénéfice, ou en cas d'accouchement imminent, une perfusion d'immunoglobulines intraveineuses (IgIV) est discutée avec les hématologues. Les IgIV semblent avoir un effet plus rapide que les corticoïdes. Le traitement dépendra donc du délai prévisible jusqu'à l'accouchement.

En dessous de 50 G/l, le même schéma s'applique avec une prise en charge plus urgente, associant d'emblée corticoïdes et IgIV.

L'objectif thérapeutique est d'atteindre et de maintenir un taux > 75 G/l pour permettre la pose d'une anesthésie péridurale.

À l'accouchement

Le jour de l'accouchement, toutes les patientes thrombopéniques bénéficient d'un contrôle plaquettaire dès l'entrée en salle de naissance.

Si la patiente est en dessous du seuil établi pour la pose d'une anesthésie neuraxiale, une dose d'IgIV (1 g/kg) peut être administrée en urgence, avec un effet possible dès la 12e heure. En cas d'absence de réponse aux IgIV, (seuils sécuritaires non atteints), une transfusion de plaquettes est planifiée.

En cas de suspicion de PTI, le mode d'accouchement le moins traumatique doit être privilégié, sans qu'un bénéfice de la césarienne systématique par rapport à la voie basse n'ait été démontré.[9] Aucun prélèvement au scalp ne doit être effectué. En cas de nécessité d'une extraction instrumentale, le recours au forceps, plutôt qu'à la ventouse, est privilégié. Une numération plaquettaire du sang de cordon est recommandée, et les gestes invasifs non urgents, tels que l'injection intramusculaire de vitamine K, ne seront réalisés qu'après réception d'un résultat normal du taux de plaquettes sur ce prélèvement. Les néonatologues sont prévenus en cas de PTI non exclu ou d'un taux de plaquettes sur sang de cordon < 150 G/l.

En postpartum

En postpartum, en cas de suspicion de PTI avec des plaquettes maternelles > 50 G/l, une prophylaxie par héparine de bas poids moléculaire est indiquée pour les six semaines suivant l'accouchement.

Un contrôle des plaquettes à la visite postnatale de six semaines est recommandé. En cas de thrombopénie persistante, une consultation spécialisée en hématologie est souhaitable.

Concernant le nouveau-né, en cas de forte suspicion de PTI maternel, les néonatologues doivent être avertis pour mettre en place une surveillance.

CONCLUSION

La thrombopénie de la grossesse est fréquente et le plus souvent bénigne, mais sa prise en charge doit rester rigoureuse afin de ne pas méconnaître une prééclampsie ou un PTI. Les enjeux sont avant tout, d'une part l'accès à l'analgésie péridurale pour la mère, le risque hémorragique maternel pur restant très faible, et d'autre part la vigilance néonatale en cas de PTI, une étiologie pour laquelle une thrombopénie fœtale ou néonatale est à craindre, à la différence de la TG qui ne comporte aucun risque pour l'enfant. Une démarche structurée, fondée sur le terme et la sévérité de la thrombopénie, permet au médecin de premier recours d'orienter rapidement sa patiente. La collaboration pluridisciplinaire entre obstétriciens, anesthésistes et hématologues reste la clé d'une prise en charge optimale pour la patiente.

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

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

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

ORCID ID:
H. Legardeur: https://orcid.org/0000-0002-1124-847X
D. Baud: https://orcid.org/0000-0001-9914-6496
M. Gavillet: https://orcid.org/0000-0002-2485-8197

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Une thrombopénie > 120 G/l ne nécessite ni bilan ni surveillance particulière: un suivi standard suffit.
- Entre 50 et 120 G/l, un bilan étiologique unique doit être réalisé, en excluant systématiquement la prééclampsie après 20 semaines d'aménorrhée.
- L'enjeu maternel principal est l'accès à l'analgésie péridurale (seuil de sécurité: 75 G/l), le risque hémorragique maternel étant très faible même en deçà de ce seuil.
- La thrombopénie gestationnelle (TG) ne comporte aucun risque pour le fœtus; en cas de purpura thrombopénique immunologique (PTI) avéré ou suspecté, une thrombopénie néonatale est possible dans 10 à 15% des cas et justifie une prise en charge spécifique à l'accouchement et une surveillance néonatale systématique.
- Aucun examen ne permet de distinguer une TG d'un PTI.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Une recherche bibliographique a été effectuée dans PubMed/*Medline* pour recenser des articles publiés entre 2010 et 2026. Les mots-clés utilisés étaient: thrombocytopenia, pregnancy, gestational thrombocytopenia, immune thrombocytopenia, preeclampsia, platelet count, neuraxial anesthesia. Les articles en français et en anglais ont été retenus, en privilégiant les revues, recommandations internationales et études de cohorte récentes, complétées par les protocoles institutionnels du CHUV.

1 *Reese JA, Peck JD, Deschamps DR, et al. Platelet Counts during Pregnancy. N Engl J Med. 2018 July 5;379(1):32-43. DOI:10.1056/NEJMoa1802897.
2 Cines DB, Levine LD. Thrombocytopenia in pregnancy. Blood. 2017 Nov 23;130(21):2271-7. DOI:10.1182/blood-2017-05-781971.
3 **Fogerty AE, Kuter DJ. How I treat thrombocytopenia in pregnancy. Blood. 2024 Feb 29;143(9):747-56. DOI:10.1182/blood.2023020726.
4 Fogerty AE, Dzik W. Gestational thrombocytopenia: a case-control study of over 3500 pregnancies. Br J Haematol. 2021 Jul;194(2):433-8. DOI:10.1111/bjh.17611.
5 Bussel JB, Hou M, Cines DB. Management of Primary Immune Thrombocytopenia in Pregnancy. N Engl J Med. 2023 Aug 10;389(6):540-8. DOI:10.1056/NEJMra2214617.
6 Provan D, Arnold DM, Bussel JB, et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. Blood Adv. 2019 Nov 26;3(22):3780-817. DOI:10.1182/bloodadvances.2019000812.
7 ACOG Practice Bulletin No. 207: Thrombocytopenia in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2019 Mar;133(3):e181-e193. DOI:10.1097/AOG.0000000000003100.
8 *Bauer ME, Arendt K, Beilin Y, et al. The Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology Interdisciplinary Consensus Statement on Neuraxial Procedures in Obstetric Patients With Thrombocytopenia. Anesth Analg. 2021 Jun 1;132(6):1531-44. DOI:10.1213/ANE.0000000000005355.
9 Matusiak K, Malinowski AK, Arnold DM. A practical approach to immune thrombocytopenia in pregnancy. Hematology Am Soc Hematol Educ Program. 2025 Dec 5;2025(1):503-10. DOI:10.1182/hematology.2025000743.

* **à lire**
** **à lire absolument**

Mise à jour des lignes directives

Canephron® – une option thérapeutique conforme aux lignes directives en cas d'infections urinaires non compliquées [1–4,*]

Les recommandations actuelles favorisent les approches thérapeutiques non antibiotiques

Même si les antibiotiques ne sont pas toujours nécessaires en cas d'infections urinaires non compliquées, ils restent fréquemment prescrits.[3] En ce qui concerne le traitement des infections urinaires (IU), plusieurs recommandations pertinentes ont été mises à jour, notamment celles de l'Association Européenne d'Urologie (EAU), la ligne directive allemande S3 ainsi que l'avis d'experts de Gynécologie suisse (SSGO).[1–3] L'une des principales caractéristiques de ces mises à jour est l'importance croissante accordée aux options thérapeutiques non antibiotiques, qui ont été intégrées dans les recommandations correspondantes.

Canephron – basé sur des preuves pour les IU non compliquées

Canephron est une association phytothérapeutique à base de feuilles de romarin, de petite centaurée et de racine de livèche qui contribue à soulager les symptômes typiques des infections urinaires grâce à son action multimodale aux propriétés antiphlogistiques, spasmolytiques, antiadhésives et antinociceptives.[4, 5]

L'intégration de Canephron dans diverses recommandations (EAU, S3, avis d'experts de la SSGO) souligne les données cliniques existantes concernant ce phytomédicament.[1–3, 5] (voir fig. 1)

Canephron – succès thérapeutique similaire à celui de la fosfomycine

La non-infériorité de Canephron par rapport à la fosfomycine a notamment été évaluée dans le cadre de l'étude randomisée et contrôlée CanUTI-7, menée auprès de 659 patientes souffrant d'une infection urinaire non compliquée.[5]

Les résultats de Canephron montrent:

- Une réduction comparable des symptômes de l'IU typique
- Chez 84 % des patientes, il a été possible de renoncer à un traitement antibiotique

Ces résultats sont étayés par des données du monde réel (Real World Data) et confirment le statut de Canephron comme option de traitement des infections urinaires non compliquées.[6]

Antibiotic stewardship – contribution à la réduction de la résistance

En cas d'infections urinaires non compliquées, les traitments non antibiotiques gagnent en importance comme alternative aux traitements antibiotiques. Cette approche constitue un aspect central du programme d'antibiotic stewardship, dont l'objectif est de réduire le recours inutile aux antibiotiques et de lutter contre l'antibiorésistance croissante.[7] La mise à jour de ces recommandations constitue donc une avancée significative vers une prise en charge différenciée et responsable des infections urinaires non compliquées.[1–3]

Europe	Allemagne	Suisse
EAU Guideline Urological Infections 2025[1]	**Directive S3 pour les IVU 2024**[2]	**Avis d'experts de la SSGO pour les IVU 2025**[3]
European Association of Urology	Société allemande d'urologie	Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique
Canephron La directive de l'EAU classe le **niveau de preuve** pour l'utilisation de Canephron dans le soulagement des symptômes en cas de cystite aiguë comme étant **élevé.**	**Canephron** Recommandation conforme aux directives, basée sur des preuves en cas de cystite aiguë non compliquée. **Niveau de preuve 1a**	**Canephron** est recommandé pendant la phase aiguë d'une infection des voies urinaires.

Fig. 1: Aperçu de la place de Canephron dans les lignes directrices et recommandations d'experts actuelles concernant l'infection urinaire aiguë non compliquée

Canephron® (Médicament phytothérapeutique) **C:** Petite centaurée, racine de livèche, feuilles de romarin. **I:** Symptômes légers dans le cadre d'infections non compliquées des voies urinaires basses chez la femme. **P:** Adolescents dès 12 ans (sur prescription) et adultes: 1 comprimé 3 fois par jour. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants du médicament, apiacées ou anéthol, ulcère gastro-duodénal. **P:** Maladies urologiques graves, maladies concomitantes significatives. **IA:** Aucune connue. **G/A:** Grossesse: sur prescription médicale. Allaitement: ne pas utiliser. **EI:** Fréquents: nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales et autres symptômes gastro-intestinaux. Indéterminée: réactions d'hypersensibilité. **E:** 30 comprimés enrobés. **Cat.** D. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch. V03.0126

Références: 1 EAU Guidelines on: Urological Infections (2025). www.uroweb.org, consulté le 10.04.2026. | **2** Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen (HWI). Registernummer: 043-044 (Aktualisierung 2024). www.awmf.org, consulté le 10.04.2026. | **3** Betschart C et al. SGGG Expertenbrief No 93 – Akute und rezidivierende Harnwegsinfektionen (Stand 2025). www.sggg.ch, consulté le 10.04.2026. | **4** Canephron. www.swissmedicinfo-pro.ch, consulté le 10.04.2026. | **5** Wagenlehner FM et al. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomycin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, Randomized, Multicentre, Non-Inferiority Phase III Trial. Urol Int 2018; 101(3): 327-336. | **6** Höller M et al. Treatment of Urinary Tract Infections with Canephron® in Germany: A Retrospective Database Analysis. Antibiotics 2021; 10(6): 685. | **7** Antimicrobial Stewardship in Ambulatory care Platform – Kollegium für Hausarztmedizin. khm-cmpr.ch/asap_de/, consulté le 10.04.2026. Les références sont disponibles sur demande.

* Utilisé traditionnellement comme traitement de soutien pour des cas de symptômes légers dans le cadre d'infections non compliquées des voies urinaires basses chez la femme après exclusion d'une maladie grave.

RMS_00000142

BIOMED® Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf
© Biomed AG, 4/2026. All rights reserved.

La patiente Témoin de Jéhovah en obstétrique: défis et stratégies

Dr NORDINE BEN ALI[a], Pr ARRIGO FRUSCALZO[a], Dre DOMINIQUE SCHNEIDER-LAUPER[b], Dre CORINNE GRANDJEAN-PROGIN[b] et Pr ANIS FÉKI[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1682-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.979.49062

Le refus transfusionnel des patientes Témoins de Jéhovah est un défi majeur en obstétrique. Bien que la transfusion soit rare (1,4% en obstétrique), l'absence de recours au sang lors d'une hémorragie sévère augmente considérablement le risque de décès maternel. Cet article analyse le changement de paradigme éthique en Suisse, marqué par le passage du paternalisme vers le respect de l'autodétermination de la patiente capable de discernement. Il détaille les stratégies de gestion du capital sanguin (PBM), de l'optimisation anténatale de l'hémoglobine à l'hémostase chirurgicale précoce. La planification multidisciplinaire et la formalisation d'un plan de soins individualisé demeurent les piliers d'une prise en charge respectueuse des valeurs et de la sécurité médicale.

Jehovah's witness patients in obstetrics: challenges and strategies

The refusal of blood transfusions by Jehovah's Witness patients is a major challenge in obstetrics. Although transfusions are rare (1.4% in obstetrics), the lack of blood transfusions during severe hemorrhage significantly increases the risk of maternal death. This article analyzes the shift in the ethical paradigm in Switzerland, marked by the transition from paternalism to respect for the self-determination of the competent patient. It details blood management strategies (PBM), ranging from antenatal hemoglobin optimization to early surgical hemostasis. Multidisciplinary planning and the formalization of an individualized care plan remain the cornerstones of care that respects both values and medical safety.

INTRODUCTION

Le mouvement des Témoins de Jéhovah (TJ), fondé dans les années 1870, s'appuie sur une interprétation littérale de textes bibliques (Lévitique, Actes des Apôtres) prohibant la «consommation» de sang.

En obstétrique, cette conviction entre en conflit direct avec la stratégie de prise en charge de l'hémorragie du postpartum (HPP), dont l'incidence suisse était d'environ 7,2% en 2016.[1,2] Si la plupart des urgences sont gérables sans transfusion, le refus des globules rouges allogéniques peut transformer une complication standard en une situation potentiellement létale. La prise en charge de ces patientes exige donc une modification des procédures techniques et une rigueur éthique exemplaire.

[a]Unité d'obstétrique, Service de gynécologie et obstétrique, Hôpital cantonal de Fribourg, 1700 Fribourg, [b]Service d'anesthésiologie et réanimation, Hôpital cantonal de Fribourg, 1700 Fribourg
nordine.benali@h-fr.ch | arrigo.fruscalzo@h-fr.ch | dominique.schneider@h-fr.ch
corinne.grandjean@h-fr.ch | anis.féki@h-fr.ch

La confrontation d'un obstétricien à une situation de transfusion massive en salle de naissance concerne environ 5 accouchements sur 10 000.[3] En Suisse, le nombre de femmes TJ en âge de reproduction est estimé à 4 700 personnes.[4] Pour un taux de fécondité suisse de 1,3 à 1,5 enfant par femme cela représente une estimation de 173 accouchements par an de patientes TJ sur l'ensemble du pays.

Il n'existe pas de directive nationale suisse unique spécifique aux femmes enceintes TJ. Idéalement, chaque maternité devrait avoir ses propres protocoles internes que ses médecins-cadres rédigent selon leur conviction construite sur l'importance du respect du cadre légal et de l'éthique actuelle.

Les estimations britanniques de surmortalité maternelle de 44 à 160 fois supérieures à la population générale proviennent d'époques ou de contextes où les programmes de gestion du capital sanguin (ou PBM: Patient Blood Management) n'existaient pas.[5,6] Les données contemporaines dans des centres ayant mis en place une prise en charge protocolisée et anticipée (optimisation anténatale de l'hémoglobine (Hb)) par fer intraveineux et/ou érythropoïétine (EPO), récupération sanguine peropératoire (nommée aussi Cell Salvage et acceptée par une partie des patientes TJ sous réserve d'un circuit continu), administration d'antifibrinolytiques, abaissement du seuil d'hystérectomie, présence d'un médecin-cadre) suggèrent que le risque peut être substantiellement réduit et possiblement se rapprocher de celui de la population générale.[7] Le facteur déterminant n'est pas le refus de transfusion en lui-même, mais la qualité de l'anticipation et de la réponse à l'hémorragie.

Tirant parti d'une expérience de 14 ans à l'Hôpital cantonal de Fribourg où les refus transfusionnels ont été exclusivement le fait de patientes Témoins de Jéhovah, une directive interne a été formalisée en concertation avec les Comités de liaison hospitaliers (CLH). Ce travail illustre comment une réponse institutionnelle ciblée s'articule avec les principes du patient blood management (PBM), au bénéfice universel de toutes les patientes obstétricales.

CONVICTIONS RELIGIEUSES ET SÉLECTIVITÉ DU REFUS

L'attitude des TJ a évolué avec les progrès de la biotechnologie. Si le sang total et ses composants majeurs (érythrocytes, leucocytes, plaquettes, plasma) sont proscrits, l'acceptation des «fractions mineures» (albumine, immunoglobulines, facteurs de coagulation) est laissée à la conscience individuelle. Des études montrent que près de 50% des patientes acceptent ces fractions si elles sont dûment informées.[8]

Un point crucial concerne les dispositifs d'aspiration et de réadministration des pertes sanguines peropératoires. Le cell salvage (CS) ou l'hémodilution sont généralement acceptés, à condition qu'il n'y ait aucune interruption physique entre le circuit et le système circulatoire de la patiente. Le sang ne doit jamais cesser de «faire partie de l'organisme».

CADRE JURIDIQUE ET ÉTHIQUE: DU PATERNALISME À L'AUTONOMIE

En droit suisse, le consentement libre et éclairé est le préalable indispensable à tout acte médical (LSP, art. 21). Transfuser une patiente capable de discernement contre sa volonté explicite constitue formellement une atteinte à l'intégrité corporelle (code pénal, art. 122).

Historiquement, la position médicale suisse était marquée par un certain paternalisme. En 2004, le Conseil d'éthique clinique des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) considérait comme «irréaliste et impraticable» de laisser mourir une accouchée par défaut de transfusion, le devoir de préserver la vie l'emportant sur l'autonomie.[9,10]

Toutefois, en 2021, une révision majeure de cet avis a renversé ce paradigme.[11] Désormais, l'autodétermination de la patiente doit primer, même au prix de son décès, pour autant que son refus soit libre, éclairé et constant.

L'arrêt du Tribunal fédéral rappelle l'art. 128 CP (omission de prêter secours) et l'obligation générale du médecin de porter assistance. Mais cela ne transforme pas un refus éclairé de transfusion en autorisation de transfuser. La situation pourrait devenir juridiquement beaucoup plus délicate si, par exemple, le médecin:

- N'avait pas correctement vérifié la capacité de discernement.
- N'avait pas établi clairement que le refus concernait également une situation mettant immédiatement la vie en danger.
- Avait omis des traitements alternatifs acceptés par le patient.
- Avait provoqué ou aggravé l'hémorragie par une faute médicale.
- Avait affaire à un mineur, situation dans laquelle l'analyse juridique est très différente.

STRATÉGIES CLINIQUES: LE PATIENT BLOOD MANAGEMENT

Le PBM se décline en trois phases visant à minimiser le risque transfusionnel.

Phase anténatale: optimisation de la masse sanguine

Le dépistage et la correction systématique de l'anémie sont impératifs dès le premier trimestre de grossesse.

Fer et rarement l'érythropoïétine

À défaut d'une correction de la carence martiale par fer per os, l'utilisation de fer intraveineux permet d'augmenter l'Hb de 10 g/l par semaine. Le but est d'atteindre une Hb cible supérieure à 110 g/l avant l'accouchement. L'usage de l'EPO est «off-label» dans des indications autres que l'anémie rénale chez la femme enceinte.

Planification

La patiente doit rencontrer dès le second trimestre de grossesse un obstétricien-cadre et un anesthésiste pour établir un plan de soins individualisé, écrit et révisable. Une hystérectomie doit toujours être discutée comme possibilité non négociable. Il appartient à chaque centre de rédiger une information écrite et adaptée aux procédures locales à l'intention des parturientes TJ enceintes.

L'établissement doit garantir la formation du personnel médical et l'accès à des techniques spécifiques dans des temps optimisés: délivrance dirigée, pose rapide d'un ballonnet de compression endo-utérine, mise à disposition de la radiologie interventionnelle et d'opérateurs formés aux techniques chirurgicales d'hémostase.

La délivrance placentaire dirigée par administration prophylactique d'ocytocine est préférée à l'absence de traitement utérotonique. L'injection prophylactique d'ocytocine pourrait réduire le risque de pertes de sang et la probabilité de recours à d'autres ocytociques, mais il n'y a pas de preuve scientifique que son usage réduise la nécessité de recours aux transfusions sanguines. L'essai CHAMPION, publié en 2018, a comparé l'ocytocine 10 U en intramusculaire à la carbétocine 100 µg en intramusculaire dans une indication préventive après une naissance par voie basse.[12] Il a permis de démontrer la non-infériorité de la carbétocine par rapport à l'ocytocine mais pas sa supériorité.

Phase perpartum: réduction des pertes et hémostase précoce

En phase perpartum, la vigilance doit être maximale. Le saignement doit être quantifié objectivement par sac de recueil et non pas visuellement.

Pharmacologie

L'acide tranexamique (AT) doit être utilisé précocement (moins de 3 heures) dès le diagnostic d'HPP. Son administration préventive avant une césarienne ou un accouchement par voie basse, chez des patientes sans risque hémorragique, ne permet pas de diminuer le risque d'HPP ≥ 500 ml, le risque de transfusion et l'incidence de la mortalité. L'utilisation d'AT n'est donc pas recommandée de manière systématique dans la prévention de l'HPP.[13]

Le facteur VII activé recombinant (rFVIIa) est à considérer dans les HPP réfractaires, bien que son efficacité dépende de conditions hémostatiques minimales (fibrinogène suffisant, plaquettes présentes, pH et température corrects). Les preuves scientifiques reposent sur des séries de cas et des registres: la revue systématique de Franchini et coll. rapporte une réduction ou un arrêt du saignement dans environ 90% des cas, avec une réponse le plus souvent obtenue en 15 à 30 minutes.[14]

Récupération de sang peropératoire ou cell salvage

Le CS représente une voie de contournement acceptable pour un grand nombre des patientes TJ, à condition que le circuit

sanguin reste en continuité avec leur circulation (certains TJ exigent un circuit extracorporel «en circuit fermé», sans interruption de continuité). La principale réticence au CS en obstétrique a longtemps été le risque théorique d'embolie amniotique par réadministration de liquide amniotique. Cette contre-indication est aujourd'hui réfutée par l'ensemble de la littérature disponible.[15]

L'autotransfusion par CS lors d'accouchement par voie basse est faisable, elle peut être discutée en consultation prénatale et acceptée par une partie des TJ, mais cela n'est pas encore intégré dans les protocoles institutionnels standards.

Techniques chirurgicales

En complément aux utérotoniques, l'escalade thérapeutique par le recours à des techniques invasives d'hémostase doit être réalisée plus rapidement en cas de refus de transfusion. La disponibilité de l'anesthésiste doit permettre la réalisation rapide d'une révision utérine et la pose d'un ballon de compression endo-utérine. L'hystérectomie d'hémostase doit être réalisée plus précocement (à partir d'Hb à 80-90 g/l), avant que la patiente ne soit dans un état critique. Sachant qu'une perte de 1000 ml de sang entraîne en moyenne une chute d'Hb de 15,3 g/l, on peut estimer grossièrement qu'une perte de 2000 ml de sang abaisserait le taux d'Hb au niveau du seuil critique de 80 g/l, en considérant que le taux d'Hb initial est de 110 g/l.

Phase postpartum: optimisation de la tolérance à l'anémie

L'anémie extrême peut être tolérée chez une patiente jeune par une limitation de la consommation d'O_2 (sédation, ventilation hyperoxique) en milieu de soins intensifs. Un cas extrême de survie d'une parturiente TJ de 32 ans a été rapporté après un nadir d'Hb à 1,3 g/l. En pratique clinique pour une parturiente TJ, les seuils de déclenchement d'interventions maximalistes (CS, EPO, oxygène hyperbare, coma chimique) sont à considérer bien avant d'atteindre ce nadir extrême, précisément parce que la marge de récupération physiologique se réduit brutalement en dessous de 40-50 g/l.

CONTRAT DE SOINS ET DIMENSION ÉTHIQUE PRATIQUE

Le succès repose sur la confiance. L'entretien doit être mené seul à seul pour exclure toute pression communautaire. La confidentialité absolue doit être garantie si la patiente accepte une transfusion en dernier recours, sans mention dans les documents de sortie.

PROTOCOLE ET MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE

La prise en charge sécurisée d'une parturiente Témoin de Jéhovah repose sur une stratégie proactive et multidisciplinaire visant à minimiser le risque de transfusion tout en respectant l'autonomie de la patiente dans un établissement préparé (**tableau 1**). Elle comprend:

- Une anticipation anténatale: l'identification précoce de la patiente dès le premier trimestre de grossesse est capitale pour instaurer une stratégie de gestion du capital sanguin PBM. Une optimisation de la masse sanguine par fer per os et/ou intraveineux doit viser une Hb cible > 110 g/l avant le terme.
- Une planification multidisciplinaire: des consultations répétées (aux 15e, 20-30e et 32-35e semaines d'aménorrhée) avec un obstétricien-cadre et un anesthésiste sont impératives pour établir un plan de soins écrit détaillant précisément les fractions sanguines et techniques (par exemple, CS) acceptées ou refusées.
- Une gestion active de l'accouchement: la délivrance doit être dirigée de façon systématique. En cas de rétention placentaire, la délivrance artificielle doit être réalisée sans délai dès 30 minutes (voire avant si antécédents de HPP chez une multipare TJ). L'utilisation de l'AT doit être précoce dès le diagnostic d'HPP.
- Une escalade thérapeutique accélérée: le recours aux techniques invasives (ballonnet de compression, embolisation artérielle, ligatures vasculaires) doit être plus rapide que pour une patiente ayant accepté d'être transfusée. L'hystérectomie d'hémostase doit être anticipée, idéalement avant que l'Hb ne chute sous le seuil critique de 80-90 g/l et/ou après des pertes de sang mesurées à plus de 2000 ml.
- Un cadre éthique et de confidentialité: le refus de transfusion doit être confirmé lors d'entretiens seul à seul (sans le conjoint ni l'entourage religieux) pour garantir un choix libre de toute pression communautaire. Si la patiente

TABLEAU 1 Prérequis pour l'accouchement d'une patiente TJ

rFVIIa: Facteur VII activé recombinant; TJ: Témoin de Jéhovah.

Domaines de prise en charge	Conditions et protocoles spécifiques
Cadre médico-légal	• Consentement éclairé et écrit spécifique à la patiente TJ et présence de directives internes de service dédiées
Gestion de la délivrance	• Pose sac de recueil du sang si accouchement par voie basse • Protocole rigoureux de délivrance dirigée par ocytocine et artificielle systématique à 30 minutes sans délai • Carbétocine en premier choix pour les césariennes • Disponibilité du rFVIIa
Anesthésie	• Anesthésiste présent à l'accouchement • Accouchement sous péridurale encouragé pour faciliter les interventions d'urgence
Dispositifs d'hémostase	• Présence immédiate de matériels de compression endo-utérine (par exemple, ballonnet de Bakri) en salle de naissance
Expertise chirurgicale de proximité	• Obstétricien sur place capable de poser rapidement un garrot de compression des artères utérines (méthode du tourniquet via cathéter de Foley)
Escalade thérapeutique	• Disponibilité rapide d'un obstétricien expérimenté pour réaliser des ligatures vasculaires et/ou une hystérectomie d'hémostase précoce
Plateau technique lourd	• Accès 24 h/24 à une équipe de radiologie interventionnelle (embolisation) et à une unité de soins intensifs
Récupération de sang peropératoire	• Si patiente consentante, recommandée lors de toute césarienne programmée ou en urgence

Sans calcul compliqué ?

MAGNESIUM
Diasporal®

La solution : 1 × par jour, 12 mmol*, 100 % citrate[1,2,3]

12 mmol*

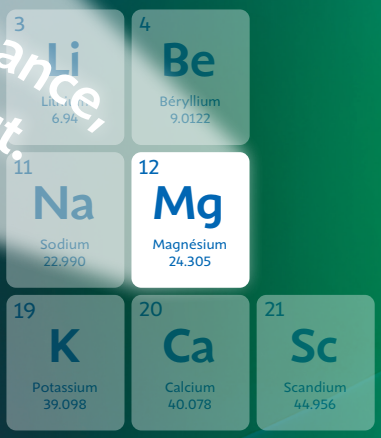
Mg

Magnésium

une seule prise en l'espace de 24 heures

1 × PRISE QUOTIDIENNE[1,2,3]
12 mmol[1*]
ADMIS PAR LES CAISSES MALADIE[4]

La performance, droit au but.



- **1 × prise quotidienne[1,2,3]**
- **12 mmol[1*]**
- **admis par les caisses-maladie[4]**



admis par les caisses-maladie[4]

* conformément à la recommandation posologique autorisée

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

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

DOETSCH GRETHER SA, 4051 Bâle, tél. 061 287 34 11, info@doetschgrether.ch, www.doetschgrether.ch

DOETSCH GRETHER

DG.R.03.022025.103 1010836

accepte une transfusion en dernier recours, la confidentialité absolue doit être garantie vis-à-vis de sa communauté. Aucun document écrit ne doit mentionner cette transfusion (y compris la facturation).
- Un soutien des équipes: les institutions doivent mettre en place des protocoles internes clairs et organiser des débriefings systématiques pour prévenir la détresse morale des soignants confrontés au risque de décès évitable d'une accouchée.

CONCLUSION

La gestion obstétricale des TJ exige une excellence technique (PBM) et une rigueur éthique totale. Le passage vers un respect absolu de l'autonomie impose aux institutions de se doter de protocoles internes clairs et d'équipes formées aux techniques d'épargne sanguine.

Depuis le 18 septembre 2026, l'acceptation de nombreux produits sanguins majeurs relève de la décision personnelle de chaque patiente TJ. Bien que l'impact clinique à long terme sur la santé maternelle reste à évaluer, cette évolution souligne la valeur fondamentale d'un plan de soins individualisé coconstruit dès le début de la grossesse.

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 lors de la préparation de cet article de revue pour faciliter la synthèse croisée des sources documentaires, optimiser la clarté rédactionnelle du résumé et assurer la conformité bibliographique, ainsi que l'exactitude des identifiants numériques (DOI) des références bibliographiques. Les auteurs ont validé la version finale de l'article.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le refus transfusionnel chez les patientes témoins de Jéhovah (TJ) augmente significativement le risque de mortalité maternelle (facteur 44 à 160 selon les séries) en l'absence de stratégie spécifique.
- L'autodétermination de la patiente capable de discernement l'emporte désormais sur l'obligation de sauver sa vie, à condition que le refus soit libre et éclairé.
- L'approche du Patient Blood Management est impérative: optimisation préopératoire (fer, érythropoïétine), réduction des pertes (Cell Salvage, acide tranexamique) et tolérance de l'anémie.
- La gestion repose sur un contrat de soins négocié lors d'entretiens seul à seul, détaillant précisément les fractions sanguines et les techniques de récupération acceptées.

1 Patterson J, Roberts CL, Bowen JR, et al. Blood transfusion during pregnancy, birth, and the postnatal period. Obstet Gynecol. 2014 Jan;123(1):126-33. DOI: 10.1097/AOG.0000000000000054.
2 Walther D, Halfon P, Desseauve D, et al. Postpartum Hemorrhage: Differences in Definition, Data and Incidence. Int J Popul Data Sci. 2018 Aug 30;3(4). DOI: 10.23889/ijpds.v3i4.779.
3 Thurn L, Wikman A, Westgren M, Lindqvist PG. Massive blood transfusion in relation to delivery: incidence, trends and risk factors: a population-based cohort study. BJOG. 2019 Dec;126(13):1577-86. DOI: 10.1111/1471-0528.15927.
4 Témoins de Jéhovah. Les Témoins de Jéhovah aux quatre coins du monde [En ligne]. (Consulté le 13 juin 2026). Disponible sur: www.jw.org/fr/temoins-de-jehovah/aux-quatre-coins-du-monde/CH
5 *Berg L, Dave A, Fernandez N, et al. Women who decline blood during labour: Review of findings and lessons learnt from 52 years of Confidential Enquiries into maternal mortality in the United Kingdom (1962-2019). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2022 Apr 1;271:20-6. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2022.01.028.
6 **Surbek D, Vial Y, Girard T, et al. Patient blood management (PBM) in pregnancy and childbirth: literature review and expert opinion. Arch Gynecol Obstet. 2020 Feb;301(2):627-41. DOI: 10.1007/s00404-019-05374-8.
7 Wai Yan Ng V, Tin Yan Seto M, Wang Cheung K. Multidisciplinary care to optimise pregnancy outcomes among Jehovah's Witness: Case series over fifteen years in a tertiary teaching hospital. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 Dec 1;303:53-6. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2024.10.017.
8 Husarova V, Donnelly G, Doolan A, et al. Preferences of Jehovah's Witnesses regarding haematological supports in an obstetric setting: experience of a single university teaching hospital. Int J Obstet Anesth. 2016 Feb;25:53-7. DOI: 10.1016/j.ijoa.2015.09.005.
9 Chevrolet JC. Avis consultatif du Conseil d'éthique sur la question du refus des transfusions de sang par les membres de l'Association des Témoins de Jéhovah. Genève: HUG, 2004.
10 Chassot PG, Kern C, Ravussin P. Hemorrhage and transfusion: the case of Jehovah's witnesses. Rev Med Suisse. 2006 Nov 22;2(88):2674-9.
11 Conseil d'éthique clinique des HUG. Avis consultatif sur le refus des transfusions de sang par les membres de l'Association des Témoins de Jéhovah. Révision partielle. Genève: HUG, 2021.
12 Widmer M, Piaggio G, Nguyen TMH, et al. Heat-stable Carbetocin versus Oxytocin to Prevent Hemorrhage after Vaginal Birth. N Engl J Med. 2018 Aug 23;379(8):743-52. DOI: 10.1056/NEJMoa1805489.
13 Bouthors AS, Hureau M. Acide tranexamique en obstétrique: quand, comment, à quelle dose et avec quelles précautions? Analyse de la littérature. Prat Anesth Reanim. 2025 Jun;29(3):154-9.
14 Franchini M, Franchi M, Bergamini V, et al. A critical review on the use of recombinant factor VIIa in life-threatening obstetric postpartum hemorrhage. Semin Thromb Hemost. 2008 Feb;34(1):104-12. DOI: 10.1055/s-2008-1066022.
15 Dey T, Brown D, Cole MG, et al. Cell salvage for the management of postpartum haemorrhage. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Dec 20;12(12):CD016120. DOI: 10.1002/14651858.CD016120.

*** à lire**
**** à lire absolument**

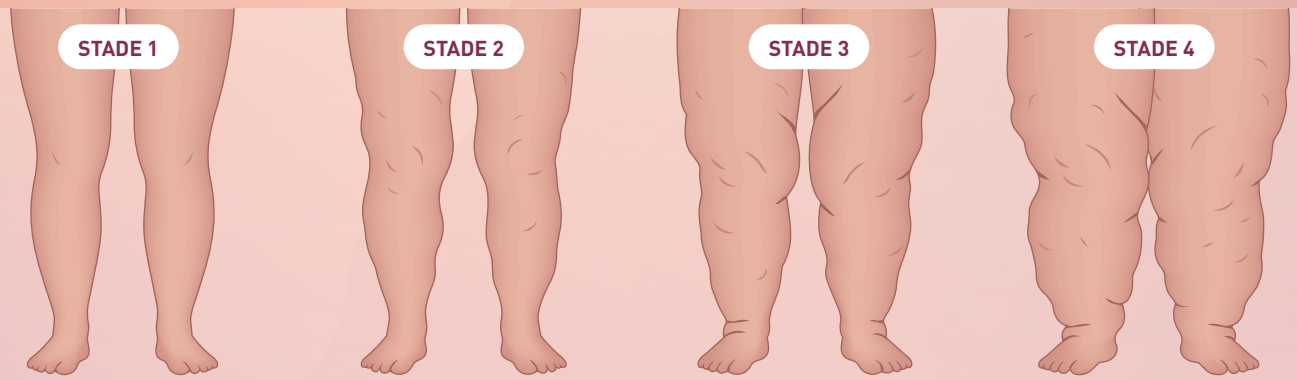
Le lipœdème

Le lipœdème est une maladie chronique touchant presque exclusivement les femmes. Il se caractérise par une accumulation anormale et douloureuse de graisse sous la peau, principalement au niveau des membres inférieurs. Souvent confondu avec l'obésité ou le lymphœdème, il peut avoir un impact important sur la qualité de vie, la mobilité et l'image corporelle.

10%
des femmes environ seraient concernées par le lipœdème, à des degrés divers.

LES STADES DU LIPŒDÈME

Le lipœdème évolue progressivement au fil des années. On distingue généralement quatre stades, selon l'aspect de la peau et le niveau d'accumulation de tissu graisseux.



STADE 1 — Peau lisse en surface, mais épaississement du tissu graisseux sous-cutané. De petits nodules peuvent être détectés à la palpation.

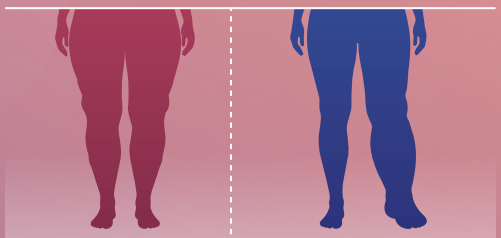
STADE 2 — La peau devient irrégulière ou « festonnée ». Des nodules graisseux plus volumineux apparaissent.

STADE 3 — Le tissu graisseux augmente fortement de volume et crée des amas qui déforment les cuisses, les genoux ou les jambes.

STADE 4 — Le lipœdème s'accompagne d'un lymphœdème (ou lipo-lymphœdème). Les membres sont très déformés et gonflent beaucoup.

LIPŒDÈME OU LYMPHŒDÈME ?

Le lipœdème est parfois confondu avec une autre maladie : le lymphœdème, qui résulte d'un mauvais drainage du liquide lymphatique.
En voici les symptômes distinctifs :



Lipœdème	Lymphœdème
Douleurs fréquentes	Douleur absente ou modérée
Bleus fréquents	Bleus rares
Pieds épargnés	Pieds souvent atteints
Atteinte symétrique	Souvent unilatéral
Affecte quasi exclusivement les femmes	Affecte aussi bien les femmes que les hommes
Test du godet souvent négatif (la pression du doigt sur la peau ne laisse pas de marque persistante)	Test du godet souvent positif (la pression du doigt sur la peau laisse un creux qui persiste)
Sensation de jambes lourdes	

CAUSES

Les causes du lipœdème restent mal connues. Plusieurs facteurs semblent toutefois jouer un rôle dans son développement :

- Prédisposition génétique
- Facteurs hormonaux, notamment les œstrogènes
- Obésité

Les premiers signes apparaissent souvent lors de périodes de changements hormonaux :

Puberté → Grossesse → Prise de contraception hormonale → Ménopause

TRAITEMENTS

Il n'existe actuellement aucun traitement qui guérisse le lipœdème. Une prise en charge multidisciplinaire vise à soulager les symptômes, améliorer la mobilité et ralentir l'évolution de la maladie. Elle inclut :

- Activité physique régulière, particulièrement en milieu aquatique
- Maintien d'un poids stable
- Bas ou collants de compression sur mesure
- Drainage lymphatique manuel
- Physiothérapie
- Éducation thérapeutique et suivi spécialisé
- Soutien psychologique si nécessaire
- Traitement chirurgical par liposuccion dans certains cas

planète santé

Texte : Clémentine Fitaire
Expert : Dr Ali Modarressi, spécialiste chirurgie plastique, reconstructive et esthétique (Genève)
Octobre 2026

Les patients vont-ils remplacer leur médecin généraliste par l'intelligence artificielle?

Pre STÉPHANIE SIDORKIEWICZ

Rev Med Suisse 2026; 22: 1688-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.979.49467

Les patients ne remplaceront pas demain le médecin généraliste par l'intelligence artificielle (IA). Ils ont déjà commencé à le faire.

En 2026, un programme pilote, mené dans l'Utah et reposant sur un agent d'IA, est déjà capable de renouveler certaines prescriptions pour des patients atteints de maladie chronique.[1] Le patient s'identifie, répond à des questions, échange avec un chatbot et, si les critères sont remplis, la prescription est renouvelée. Un patient, un écran, une pharmacie. Pas de salle d'attente, pas de retard, pas de consultation, pas de médecin pressé.

Plus récemment, une start-up californienne annonçait être la première plateforme d'IA autorisée par la Food and Drug Administration pour permettre l'ajustement de posologies entre deux consultations.

On pourrait considérer ces exemples comme spécifiquement américains, donc lointains. Ce serait une erreur. Nos patients, en France, en Suisse, en Europe et ailleurs, utilisent déjà l'IA comme interlocuteur de santé.

Je pense à Monsieur T., 43 ans, dont je suis la médecin traitante. Depuis deux ans, il consommait des benzodiazépines à doses importantes. Il était suivi par un psychiatre et par moi-même. Comme souvent en médecine générale, nous avancions lentement: consultations manquées, rechutes, stratégies progressives, petits progrès.

Il y a quelques mois, il est venu me voir, très fier, pour m'annoncer qu'il était sevré. J'ai d'abord pensé que notre accompagnement avait porté ses fruits. En réalité, il avait demandé un programme de sevrage à un agent conversationnel, l'avait suivi et allait mieux. Il m'a dit avoir trouvé l'outil d'IA «plus empathique» que son psychiatre «qui disait toujours pareil».

Sur le plan médical, cette situation est insatisfaisante. Un sevrage de benzodiazépines ne devrait pas être guidé par un outil probabiliste, sans responsabilité clinique, sans connaissance réelle du patient, sans continuité ni capacité d'évaluation du risque. Mais du point de vue du patient, l'IA avait répondu immédiatement, sans être pressée, sans chercher à rattraper un retard. Elle avait reformulé, encouragé, structuré. Elle avait fait une partie de ce que nous promettons de faire, mais que nos conditions d'exercice nous empêchent parfois d'accomplir pleinement.

Ce n'est pas seulement une impression isolée. En 2023, une étude[2] qui avait comparé des réponses de médecins et de ChatGPT à des questions de patients a montré que les réponses de ChatGPT étaient jugées plus empathiques. Et quelques années auparavant, une revue systématique[3] rappelait que l'empathie des étudiants en médecine tendait quant à elle à diminuer au cours de la formation médicale.

La question n'est donc plus seulement: les patients vont-ils remplacer leur médecin généraliste par l'IA? Elle devient: quelle médecine générale l'IA risque-t-elle de remplacer?

Si notre métier se réduit à renouveler des traitements, valider des bilans, produire des certificats avec un stéthoscope autour du cou, appliquer des arbres décisionnels et répondre à des demandes standardisées, alors oui, l'IA nous remplacera. Tout ce qui, dans notre pratique, ressemble à une procédure, à un tri, à un protocole ou à une réponse automatisable sera tôt ou tard absorbé par l'IA.

Si, face à une fatigue, notre seule réponse devient un «bilan fatigue» préformaté; si la prévention se résume à un «check-up» complet sans hiérarchisation du risque, sans discussion des bénéfices attendus, des faux positifs, de l'anxiété générée et des examens en cascade;[4] si la ménopause devient un «pack» biologique, la douleur un bon d'imagerie selon la région anatomique, et l'inquiétude du patient une case à cocher dans un formulaire, alors oui, l'IA nous remplacera.

Et l'IA sera plus rapide, plus systématique, rédigera des comptes-rendus plus complets, ne prendra pas de vacances, ne sera jamais en congé maternité, et *in fine*, sera plus rentable.

Mais peut-être n'est-ce pas entièrement une mauvaise nouvelle. Car dans cette médecine-là, nous ne faisons plus de la médecine générale: nous produisons des réponses standardisées à des demandes, sans tenir compte de la personne qui les formule.

Si l'IA remplace cette médecine générale dégradée, industrielle, pressée, alors elle ne remplace pas véritablement le médecin généraliste. Elle révèle plutôt que, sur certains pans du soin, nous avions déjà cessé de l'être.

L'exemple de la téléconsultation devrait nous rendre prudents. On nous avait promis qu'elle rapprocherait les soins des plus isolés et sauverait les déserts médicaux. Elle y contribue parfois. Mais les données de la DREES[5] rappellent qu'en France, les utilisateurs de la téléconsultation sont surtout des patients jeunes, urbains et socialement favorisés. Ce que la téléconsultation accomplit parfois sans pleinement soigner, l'IA saura le reproduire: plus vite, plus systématiquement et, dans certains cas, mieux. Rassurer devant un symptôme bénin? Renouveler un traitement stable? Adapter une posologie selon un résultat biologique? L'IA le fera.

Mais aller voir, pendant une vague de chaleur, une patiente âgée, veuve, seule au troisième étage sans ascenseur, pour vérifier qu'elle boit réellement? Non. L' IA ne remplit pas les verres d'eau.

Comprendre qu'un patient qui consulte pour une douleur d'épaule vient en réalité parce que son fils ne lui parle plus? Non. L'IA ne perçoit pas le silence lourd d'une consultation.

Décider de ne pas prescrire un examen précisément parce que l'on connaît la personne, son histoire, ses peurs et les explorations déjà réalisées? Non. L'IA

prescrit selon ce qu'elle a appris pendant son entraînement, non selon ce qu'elle partage d'une histoire clinique.

Accompagner un homme jusqu'à son dernier souffle en lui tenant la main? Non. L'IA ne tient pas les mains des corps qui s'en vont.

Oui, les patients remplaceront une partie du médecin généraliste par l'IA: le médecin gestionnaire de flux, assigné à la productivité, transformé en guichet d'accès à la biologie, à l'imagerie et aux certificats.

Mais si nous revenons à la définition européenne de la médecine générale portée par la WONCA Europe[6] – une médecine de premier contact, continue, globale, coordonnée, centrée sur la personne, prenant en compte le contexte, l'incertitude et la complexité – alors la conclusion change. Si nous défendons une médecine qui tient ensemble le biologique, le psychologique, le social, le culturel et l'environnemental, une médecine qui ne trie pas seulement les symptômes mais accompagne les vies, alors les patients ne remplaceront pas le médecin généraliste par l'IA.

L'IA pourra nous aider à classer, surveiller, repérer, synthétiser. Elle nous donnera peut-être les moyens de refaire notre métier: celui que nous avons choisi.

Une question provocatrice pourrait alors cependant se poser: si l'IA prend en charge l'accès à la connaissance, la synthèse documentaire, la technique, les calculs de risque et une partie des recommandations, à quoi bon former si longtemps les médecins? Si la machine sait tout, si elle retrouve tout, si elle calcule tout, si elle connaît les posologies, si elle pense même aux diagnostics rares, si elle traduit les conclusions compliquées du radiologue en langage compréhensible pour les patients, si elle repère les interactions médicamenteuses: ne pourrait-on pas déléguer la technique et ne garder du médecin que la relation humaine?

Justement non.

Car notre expertise ne se réduit pas à l'alliance thérapeutique, à la communication ou à la relation. Elle réside dans notre capacité à faire de ces dimensions le socle d'une décision médicale complexe. Notre expertise est de savoir quoi faire quand plusieurs recommandations se contredisent chez un même patient multimorbide.[7] Notre expertise est de tenter de réduire le fardeau du traitement de ce même patient.[8] Notre expertise est de reconnaître qu'une recommandation repose parfois sur des preuves fragiles, sur des populations qui ne ressemblent pas à notre patient, ou sur une absence presque complète de données. Notre expertise est de décider avec une personne réelle, dans un contexte réel, quand appliquer la preuve, quand la nuancer, quand s'en écarter, et quand assumer de ne pas savoir. Notre expertise est d'anticiper les transformations sociales, les inégalités, les vulnérabilités, les effets du climat, de la précarité, de l'isolement, du numérique, sur la santé des populations.

Si l'IA nous libère de la part mécanique de notre métier, alors elle ne doit pas appauvrir la formation médicale. Elle doit au contraire nous obliger à la renforcer là où elle est la plus exigeante: dans la complexité, l'incertitude, la décision partagée, la multimorbidité, la hiérarchisation des risques, l'esprit critique et la lecture réelle des preuves. Elle peut enfin redonner aux soins primaires leurs lettres de noblesse: non pas une médecine de second choix, non pas une médecine de tri, mais peut-être le lieu le plus difficile et le plus nécessaire de l'Evidence-Based Medicine au sens authentique du terme:[9] l'articulation entre les meilleures données disponibles, l'expertise clinique et les valeurs, préférences et conditions de vie du patient.

Alors, peut-être que la vraie question n'est pas de savoir si les patients remplaceront leur médecin généraliste par l'IA. La vraie question est de savoir ce que nous accepterons de laisser remplacer.

Si nous abandonnons à l'IA la part automatique, standardisée, répétitive de notre métier, il nous restera peut-être enfin ce qui en constitue le cœur: la présence, le discernement, la responsabilité, la continuité, la capacité à partager une décision avec une personne singulière, à habiter l'incertitude et à soigner quand les données ne suffisent plus à dicter une conduite.

Et ce cœur-là n'est pas un supplément d'âme.

C'est la médecine générale.

À condition que nous ayons encore les moyens – et le courage – de l'exercer.

Cette publication fait suite à une intervention dans le cadre de la 30e conférence de WONCA Europe, Paris 2026.

1 Mello MM. Utah's Experiment With AI-Driven Prescription Renewals. JAMA Health Forum. 2026 Mar 19;7(3):e261001.
2 Ayers JW, Poliak A, Dredze M, et al. Comparing Physician and Artificial Intelligence Chatbot Responses to Patient Questions Posted to a Public Social Media Forum. JAMA Intern Med. 2023 Jun 1;183(6):589-96.
3 Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, et al. Empathy Decline and Its Reasons: A Systematic Review of Studies With Medical Students and Residents. Acad Med. 2011 Aug;86(8):996-1009.
4 Raffle A, Sullivan F, McCartney M. Commercial self-testing is misleading and overdiagnosing healthy people. BMJ. 2026 Aug 19;394:e100605.
5 Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les jeunes, les diplômés et les habitants des grandes villes recourent davantage aux téléconsultations. Paris: DREES; 2026 Feb. (Études et Résultats; no 1366).
6 WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine [Internet]. WONCA Europe; 2023. Disponible sur: https://www.woncaeurope.org/file/41f61fb9-47d5-4721-884e-603f4afa6588/WONCA_European_Definitions_2_v7.pdf
7 Boyd CM, Darer J, Boult C, et al. Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. JAMA. 2005 Aug 10;294(6):716-24.
8 May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ. 2009 Aug 11;339:b2803.
9 Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996 Jan 13;312(7023):71-2.

PRE STÉPHANIE SIDORKIEWICZ

Center for research in epidemiology and statistics (CRESS), Inserm, INRAE, Université Paris Cité et Université Sorbonne Paris Nord, France
Département de médecine générale, Université de Paris Cité, France
stephanie.sidorkiewicz@u-paris.fr

LU POUR VOUS

NSTEMI chez la personne âgée et fragile: l'approche invasive est-elle toujours recommandée?

Cette analyse exploratoire prédéfinie d'un sous-groupe de patients âgés présentant un NSTEMI (infarctus du myocarde sans sus-décalage du segment ST) enrôlés dans un essai randomisé a évalué les effets d'une stratégie invasive par rapport à un traitement conservateur chez les patients fragiles, selon l'échelle de Fried. La stratégie invasive consistait en une coronarographie d'emblée et une revascularisation au besoin. Parmi les participants à l'essai initial âgés de plus de 75 ans, 469 (32,4%) présentaient des critères de fragilité avec un âge médian de 83 ans, et 240 (51,2%) étaient de sexe féminin. L'événement primaire – un décès d'origine cardiovasculaire ou un infarctus non fatal – est survenu chez 87 des 231 participants (37,7%) dans le groupe invasif et chez 70 des 238 participants (29,4%) du groupe de traitement conservateur (HR: 1,21; IC 95%: 0,88-1,67). Durant le suivi, le groupe invasif présentait plus de saignements (7,3 vs 3,9%, HR: 2,26; IC 95%: 0,80-6,51), mais moins de coronarographies secondaires (10,0 vs 30,7%; HR: 0,28; IC 95%: 0,16-0,51). Les auteurs ont conclu que la stratégie invasive chez les patients fragiles n'apporte pas de bénéfice en termes de mortalité cardiovasculaire et d'infarctus non fatal.
Commentaire: même si cette étude porte sur une population souvent absente des essais randomisés, elle présente les mêmes limites que l'essai initial; à savoir un nombre important de coronarographies secondaires dans le groupe conservateur durant le suivi (21,8%) et une mortalité élevée dans les deux groupes (25,3 vs 28,1%), ce qui réduit la capacité à mettre en évidence une différence entre ces deux stratégies. En plus des limitations liées à l'analyse de sous-groupes (puissance statistique réduite et nature exploratoire des résultats), certains participants du groupe invasif n'ont pas bénéficié de la coronarographie initiale (16,9%) en raison d'une décision clinique ou d'un état général jugé insuffisant. Il est donc difficile de conclure sur les bénéfices d'une stratégie invasive dans cette population. Toutefois, ces résultats plaident pour une approche individualisée plutôt qu'une stratégie invasive systématique chez les patients les plus fragiles.

Dr Gaël Grandmaison
HFR Fribourg

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

Rubino F, Mossop H, Ripley DP, et al. Invasive vs Conservative Strategy for Frail Older Patients With Myocardial Infarction: A Secondary Analysis of the SENIOR-RITA Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2026 Apr 1;9(4):e267316. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2026.7316.

CARTE BLANCHE

LAUSANNE, 2050: CHRONIQUE D'UNE CONSULTATION ORDINAIRE*



Simon Golay
Étudiant Mmed 2
Faculté de médecine, École de médecine
Université de Lausanne, 1011 Lausanne
simon.golay@unil.ch

Coauteurs:
Patrick Bodenmann, Unisanté, Lausanne
Elisa Milcent-Fernandez, UNIL, Lausanne

Il est 16 heures. L'horloge annonce à Léa la fin de son premier ECP, l'enseignement au cabinet du praticien. Elle qui, d'ordinaire si sûre de son avenir, remet soudain en question son choix de carrière.
Depuis toujours, elle rêvait de chirurgie plastique, une vocation née d'une opération subie par son père. Mais cette journée a eu l'effet d'un bulldozer sur ses certitudes.
Pour la première fois, elle a vu la Dre Amrani pratiquer une autre forme de chirurgie: reconstruire des familles entières. Ce boulanger que son apnée du sommeil empêchait de se lever. Cette grand-mère qui voyait peu ses petits-enfants à cause d'une hanche douloureuse. À travers ces suivis, elle ne traitait pas seulement des maladies: elle permettait à chacun de retrouver sa place dans son quotidien.
Des généralistes, Léa en avait pourtant croisé tout au long d'un cursus désormais tourné vers le premier recours. 85% des heures d'enseignement leur revenaient et le nombre de vocations avait quadruplé en vingt ans. C'était aussi ce qu'elle redoutait: en sixième année, une place de stage en périphérie se méritait presque au tirage au sort.
Pensive, mais le sourire aux lèvres, elle quitte le cabinet. Derrière elle, la journée continue.
Le téléphone sonne.
«Docteure, Noé tousse depuis ce matin. Pas de fièvre, il joue et mange bien. Je voulais juste vérifier.»
«Laissez-le jouer. Du paracétamol si la fièvre monte, et on se voit demain si ça ne va pas mieux.»
Dre Amrani raccrocha, elle aussi un sourire au coin des lèvres. Vingt ans qu'elle suit cette famille. Le père reconnaît désormais les signes qui, autrefois, l'auraient envoyé aux urgences. Derrière ces quelques phrases, vingt ans de confiance, d'éducation et surtout de prévention. Cette petite victoire était aussi la sienne.
Une porte s'entrouvre et un jeune médecin assistant, passe la tête pour demander un avis.



© gettyimages/sturti

Ils en discutent dans le couloir: six portes, plusieurs spécialités, un seul cabinet. Médecine de famille, gynécologie, pédiatrie, physiothérapie. Ici, personne n'exerce vraiment seul face à un diagnostic qui résiste.
Plus tard, le médecin salue la stagiaire pour son dernier jour. Il se revoit cinq ans plus tôt, hésitant sur ce même pas de porte. L'an prochain, il reprendra le poste d'une collègue qui partira à la retraite, apaisée.
Peu à peu, les lumières s'éteignent. Dehors, la pluie tombe, fine. Aucune ambulance en trombe, aucune sirène.
En rentrant chez elle, la stagiaire entend quelques notes s'échapper d'une fenêtre.
Dr Maison. Le générique, reconnaissable entre mille.
Là-haut, une famille est probablement serrée sur un canapé.
À l'écran, pas de bloc opératoire à sauver in extremis. Simplement un médecin de famille qui explique le diabète du grand-père ou répond aux questions d'une future mère sur les vaccins. Il prend le temps.
Ce salon ressemble à des centaines d'autres. La médecine de premier recours s'est invitée jusque dans les imaginaires, aussi naturellement qu'un repas partagé.

2026. Lausanne

Tout cela paraît utopique. Ça l'est encore un peu.
Dehors, il pleut aussi. Quelque part, un cabinet cherche toujours son deuxième généraliste. Ailleurs, une salle d'attente déborde. Les soins restent fragmentés et les vocations inégalement valorisées.
Pourtant, chacun de ces leviers existe déjà. Sous forme d'un projet pilote ici ou d'une ligne dans un rapport de commission là-bas.
Il ne faut cependant pas se tromper de combat. Généraliste ou spécialiste n'a jamais été la bonne question. L'un ne s'élève pas sur les ruines de l'autre. Un orchestre. Chacun sa partition.
Le patient, lui, passe de l'un à l'autre avec une seule histoire. Notre défi n'est pas d'ajouter des instruments, mais de les faire jouer ensemble.
Et peut-être qu'alors, Lausanne 2050 cessera d'être une fiction pour devenir une consultation ordinaire.

*Texte inspiré d'un séminaire mené lors d'un atelier au CMPR (Congrès de médecine de premier recours), invitant à imaginer des solutions au manque de MPR.

ZOOM

D-dimères ajustés à l'âge pour limiter les échographies

La thrombose veineuse profonde (TVP) des membres inférieurs est une pathologie fréquente dont le diagnostic repose sur la combinaison du score de Wells, du dosage des D-dimères et de l'échographie de compression veineuse. Si la spécificité des D-dimères diminue avec l'âge, un seuil ajusté à celui-ci (âge × 10 µg/l chez les ≥ 50 ans) a démontré son efficacité pour l'embolie pulmonaire (EP) et est désormais intégré dans les recommandations internationales. Des données rétrospectives ont montré des signaux favorables pour les TVP. Cette étude cherche donc à valider son utilisation pour ces dernières.



© gettyimages/Kittisak Kaewchalun

Méthode: étude prospective multicentrique et internationale (27 centres en Europe et Amérique du Nord; 2015-2022) de gestion diagnostique (diagnostic management study). Population: adultes ≥ 18 ans aux urgences pour suspicion de TVP des membres inférieurs. Exclusion: grossesse, anticoagulation en cours, symptômes d'EP concomitante, espérance de vie < 3 mois. Intervention: stratégie diagnostique séquentielle associant le score de Wells (version 2 niveaux en Amérique du Nord, 3 niveaux en Europe), dosage des D-dimères interprétés selon le seuil ajusté à l'âge, puis si positif une échographie de compression. Suivi à 3 mois par téléphone. Issue primaire: taux d'événements thromboemboliques veineux symptomatiques à 3 mois chez les patients dont la TVP était exclue sur la base de D-dimères compris entre 500 µg/l et leur seuil ajusté à l'âge (seuil de sécurité prédéfini: borne supérieure de l'IC 95%: < 3%). Issues secondaires: gain diagnostique absolu du seuil ajusté à l'âge, stratifié par tranches d'âge.
Résultats: inclusion de 3205 adultes avec un âge médian de 59 ans, dont 54% de femmes. Parmi les 2169 adultes à probabilité clinique faible ou intermédiaire, 24,5% avaient des D-dimères < 500 µg/l. Le seuil ajusté à l'âge a permis d'exclure la TVP chez 161 patients supplémentaires (gain absolu de 7,4%), sans qu'aucun d'entre eux ne développe un événement thromboembolique à 3 mois. Ce bénéfice était par ailleurs croissant avec l'âge avec un gain absolu de +17,4% chez les ≥ 75 ans. Le taux d'échec global de la stratégie diagnostique était de 0,5% (IC 95%: 0,3-0,8%).
Discussion et limites: cette étude démontre la sécurité de l'utilisation du seuil de D-dimères ajusté à l'âge dans la TVP. Le bénéfice est particulièrement important chez les patients âgés avec moins d'anticoagulation empirique, moins d'imagerie et donc des durées de séjours aux urgences plus courtes. Points forts: large cohorte internationale, adjudication indépendante et en aveugle de tous les événements, critère primaire ciblant spécifiquement le sous-groupe d'intérêt. Limitations: 11 kits de D-dimères différents utilisés (tous hautement sensibles), population légèrement plus jeune qu'attendu (médiane 59 ans) réduisant le nombre de patients dans la fenêtre du seuil ajusté, déviations protocolaires avec la réalisation d'échographies chez certains patients malgré des D-dimères inférieurs au seuil, résultats non extrapolables aux thromboses d'autres territoires (membres supérieurs, cérébral, splanchnique) ou aux patients dans d'autres situations que les urgences, biais de rappel possible au vu du suivi.
Conclusion: l'utilisation d'un seuil de D-dimères ajusté à l'âge permet d'exclure la TVP de façon sûre chez les patients à probabilité clinique faible ou intermédiaire aux urgences. Cette étude permet donc d'harmoniser le seuil des D-dimères pour l'EP et la TVP aux urgences, facilitant son intégration dans la pratique clinique.

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

Le Gal G,et al. Age-adjusted d-dimer cutoff levels to rule out deep vein thrombosis. JAMA 2026 Feb 3;335(5):416-24. DOI:10.1001/jama.2025.21561

CORTEX

Soignants de tout bord: unissez-vous

L'anthropologie l'a établi de longue date: toute société confie à une instance déterminée la prérogative de dire la maladie, d'en désigner les causes et d'en prescrire le remède. Le devin qui pose un diagnostic enquête sur les conflits du groupe, les rivalités, les faux pas; son examen mêle clinique et procédure judiciaire. Dans les sociétés occidentales, la médecine a conquis le monopole de la définition légitime de la maladie et, avec lui, le contrôle de son propre travail comme de celui des autres métiers du soin. Elle exerce un pouvoir de normalisation: définir le pathologique, et ce qui est bon ou mauvais pour la santé. Cette extension promeut volontiers le médecin au rang de devin, expert bien au-delà de sa spécialité: il peut se faire sociologue ou philosophe. L'inverse est moins vrai.

Ce constat ne tient compte toutefois qu'imparfaitement de la réalité. Pour le nuancer, il faut en premier lieu, distinguer l'autorité du pouvoir: le statut reconnu d'un côté, et la capacité effective de faire (ou de faire faire) de l'autre. La pratique, actuellement, rappelle que l'un et l'autre ne sont pas toujours alignés: le turnover dans les soins est une réalité qui ne se discute plus, l'abandon de la profession par les néo-entrants est tout aussi réel, et l'augmentation de la charge administrative au détriment de l'activité clinique est bien documentée. Si les soignants font toujours autorité, leur pouvoir d'agir perd en reconnaissance.

Ce désalignement entre pouvoir et autorité a une cause identifiable: la maîtrise des coûts, devenue le principe organisateur du système, a installé son propre régime. Pour contenir les dépenses, il faut mesurer; pour mesurer, il faut tracer. Cette surveillance rend visible ce qui se facture et invisibilise ce qui n'a pas de valeur comptable ou administrative. Écouter, expliquer, rassurer, coordonner, revenir vers une famille inquiète: autant de tâches essentielles qui n'entrent pas, ou moins, dans les nomenclatures en vigueur.

Ces tâches deviennent alors du travail «en plus» ou «à côté». Dans une enquête d'anthropologie menée par Florence Weber,[1] le travail «à côté» désigne les activités productives que les ouvriers déploient hors du salariat (jardin, bricolage, élevage): un travail libéré de la chaîne de production, qui vaut moins par son rendement que par l'autonomie qu'il procure dans la sphère privée. Weber le désigne comme un moyen de réappropriation, par lequel les ouvriers redeviennent maîtres de leur ouvrage. Dans le champ de la santé, ce travail «en plus» ou «à côté» a été identifié par Céline Bourquin et Friedrich Stiefel.[2] Ils démontrent comment pris dans un étau bureaucratique, les soignants sont amenés à faire toujours davantage, quitte à se consumer par-delà l'épuisement et le temps pour lequel ils sont rémunérés. Le moteur de ce dépassement n'est autre que la «passion» ou la vocation qui se réalise dans des activités placées aussi en marge de l'appareil institutionnel.

POUR CONTENIR LES DÉPENSES, IL FAUT MESURER; POUR MESURER, IL FAUT TRACER

Ce travail «en plus» rejoint celui d'acteurs dont l'investissement a toujours été considéré comme secondaire: celui des patients qui ajustent leurs traitements et arbitrent entre des injonctions médico-administratives contradictoires; celui des proches qui coordonnent les intervenants, surveillent les symptômes de leur parent, et se transforment progressivement en soignants. Ou encore celui d'organisations d'entraide ou de pair-aidants qui offrent un espace d'écoute, de mise en commun des expériences ou d'accompagnement. Dans une recherche récente menée en 2026, avec Barbara Müller,[3] nous avons pu montrer comment les personnes qui s'investissent dans ces groupes d'entraide peuvent se financer (ou non). Les assurances sociales, les rentes AVS et AI en particulier, y jouent un rôle de bailleurs indirects. Le travail fourni par les patients et leurs proches est, quant à lui, du travail gratuit qui se déroule dans les interstices laissés libres par une activité salariée. Et donc que dire de ce rapprochement entre des soignants débordant leur cadre salarial et des acteurs qui ne disposent que d'un financement précaire et une faible reconnaissance?

Une première réponse consisterait à le traiter comme une anomalie: une frange non négligeable de soignants professionnels glisse vers la marge, il faudrait les ramener vers le centre. Et laisser les autres à la périphérie? Quand des salariés et des bénévoles doivent se battre pour soigner et accompagner, c'est que le système est en train d'expulser ce qui le fait tenir. L'humanité du soin n'a pas disparu. Elle est soumise au joug de réglementations qui, sous couvert de libéralisme, la bureaucratisent. Le désenchantement ambiant ne traduit donc pas un manque de force ou de pouvoir d'agir: les ressources pour faire bien existent et sont toujours à l'œuvre, il faut que celles et ceux qui contribuent à leur maintien, de manière interdisciplinaire et interprofessionnelle, fassent pencher la balance. Pas uniquement les médecins: maintenant qu'ils ont mis un pied à côté de leur piédestal, qu'ils y remontent accompagnés de l'ensemble des acteurs concernés, du corps infirmier aux pairs-aidants, des patients à leurs proches. L'union fait la force. Elle fera autorité aussi.

1 Weber F. Le travail à côté: étude d'ethnographie ouvrière. Aubervilliers: INRA; Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 1989
2 Bourquin C., Stiefel F . La clinique aux médecins? In Y. Papadaniel (dir.). Le procès d'Hippocrate: ce que soigner veut encore dire. Chêne-Bourg: Georg, 2025; pp. 49-54
3 Müller, B., & Papadaniel, Y. (2026). L'implication en question: dépasser les incertitudes, prolonger l'élan, Rapport de mandat. Fondation Leenaards (disponible auprès des auteurs).

PR YANNIS PAPADANIEL

Filière travail social
Haute école de travail social
et de la santé Lausanne (HETSL) HES-SO
Ch. des Abeilles 14 – 1010 Lausanne
yannis.papadaniel@hetsl.ch
https://orcid.org/0009-0000-6470-5286

Rev Med Suisse 2026; 22: 1692
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.979.49008

Qui soigne les soignants? Briser le tabou de la santé mentale des médecins

Dre OLIVIA MASSARD[a] et Dre MARIE KRATZER[a,b]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1-4 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.979.e48546

La santé mentale des médecins est un enjeu central de qualité et de sécurité des soins, mais demeure largement taboue dans la profession. Près de 30% des médecins présentent des symptômes dépressifs, jusqu'à 24% des symptômes anxieux et plus d'un sur trois un burnout clinique. En Suisse, environ 20% des médecins de premier recours rapportent un épisode récent de dépression ou d'anxiété. Pourtant, près de 40% des médecins hésitent à consulter par crainte de la stigmatisation et de répercussions sur leur droit d'exercer. Cet article analyse les mécanismes qui entretiennent ce tabou et propose des pistes concrètes: formation, organisation du travail, soins dédiés confidentiels et déstigmatisation institutionnelle. Prendre soin de soi est une compétence professionnelle, non une faiblesse.

Who cares for the carers? Breaking the taboo of physicians' mental health

Physicians' mental health is a key determinant of quality and safety of care yet remains largely taboo within the profession. Nearly 30% of physicians report depressive symptoms, up to 24% anxiety symptoms, and more than one in three meets criteria for clinical burnout. In Switzerland, about 20% of primary care physicians report a recent episode of depression or anxiety. Yet nearly 40% of physicians are reluctant to seek help for a mental health condition, fearing stigma and consequences for their license. This article summarizes recent data, analyzes the individual and systemic mechanisms sustaining this taboo, and proposes concrete measures: training, work organization, confidential access to dedicated care, and institutional destigmatization. Self-care is a professional skill, not a weakness.

INTRODUCTION

L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être permettant à une personne de se réaliser, de faire face aux tensions normales de la vie, de travailler de manière productive et de contribuer à la communauté. Des auteurs européens ont complété cette définition en insistant sur un état dynamique d'«équilibre interne» incluant la capacité à reconnaître et moduler ses émotions, à faire face aux événements adverses et à maintenir une harmonie corps-esprit.[1]

Dans la profession médicale, ce concept est souvent dissocié de la réalité quotidienne: la formation et la culture privilégient la performance scientifique, la maîtrise technique et la résistance au stress, au détriment du soin de soi et de la prévention des troubles psychiques. Les étudiants et médecins en formation apprennent très tôt à minimiser leurs besoins de repos, leurs difficultés émotionnelles et leurs vulnérabilités, au nom de la responsabilité envers les patients et de la peur d'être perçus comme faibles.[2] En Suisse, comme dans d'autres pays à haut revenu, la pression de productivité, la surcharge administrative et les contraintes économiques s'additionnent à l'exposition quotidienne à la souffrance et à la mort.

Cet article propose un «arrêt sur image» sur la santé mentale des médecins, en combinant données épidémiologiques, analyse des mécanismes de stigmatisation et pistes de transformation pour favoriser une culture où prendre soin de soi est considéré comme une responsabilité professionnelle.

SANTÉ MENTALE DES MÉDECINS: DONNÉES CLÉS

Prévalence des troubles psychiques

Une revue internationale récente estime qu'environ 29% des médecins présentent des symptômes dépressifs, jusqu'à 24% des symptômes anxieux, et entre 4 et 16% un trouble de stress post-traumatique, toutes étapes de carrière confondues.[3] Le burnout concerne plus d'un médecin sur trois, avec des taux dépassant régulièrement 40% dans certaines spécialités particulièrement exposées (médecine d'urgence, soins intensifs, chirurgie).[3] Ces données sont résumées dans le **tableau 1**.

En Suisse, une étude nationale menée auprès de médecins de premier recours a montré qu'environ 21% rapportaient un épisode de dépression ou d'anxiété au cours des cinq

TABLEAU 1 Prévalence estimée de troubles psychiques chez les médecins

Trouble psychique	Prévalence estimée	Commentaire
Symptômes dépressifs[3]	Environ 29%	Tous stades de carrière, souvent sous-diagnostiqués
Symptômes anxieux[3]	Jusqu'à 24%	Fréquemment associés au burnout
Trouble de stress post-traumatique[3]	4-16%	Plus fréquent dans les spécialités d'urgence
Burnout (critères cliniques)[3]	> 35-40%	Prévalence élevée dans de nombreuses spécialités
Idées suicidaires (12 derniers mois)[3]	6-10%	Plus élevées que dans la population générale

[a]Service d'anesthésiologie, Département de médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [b]Département d'anesthésiologie, pharmacologie, soins intensifs et urgences, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4
oliviamassard@gmail.com | marie.kratzer@etu.unige.ch

TABLEAU 2 Santé mentale des médecins en Suisse: quelques chiffres

Indicateur (Suisse)	Estimation	Source
Médecins de premier recours avec dépression/anxiété (5 ans)[4]	Environ 21%	Étude Swiss primary care physicians
Médecins de premier recours avec burnout (5 ans)[4]	Environ 21%	Même cohorte
Médecins d'urgence présentant au moins 1 critère de burnout[5]	> 50%	Étude sur l'urgence en Suisse
Médecins d'urgence avec dépression modérée à sévère[5]	Environ 20%	Environ 4 x la population générale

dernières années, et 21% un burnout, alors que plus de 80% déclaraient simultanément être en «bonne» ou «très bonne» santé.[4] Ces indicateurs suisses sont détaillés dans le **tableau 2**. Une enquête récente auprès des médecins d'urgence suisses a montré que plus de 50% de répondants présentaient au moins un critère de burnout, et près de 20% une dépression modérée à sévère, soit environ quatre fois plus que dans la population générale.[5]

Les tendances longitudinales sont préoccupantes: une étude suisse a mis en évidence une augmentation significative des niveaux de burnout chez les médecins sur une période de 20 ans, en particulier chez les médecins de premier recours et dans les régions francophones.[6] Au niveau international, des données issues d'études de cohorte indiquent que la proportion de médecins présentant un burnout a augmenté d'environ 10 points de pourcentage en quelques années, parallèlement à une dégradation de la satisfaction vis-à-vis de l'équilibre vie privée-vie professionnelle.[3]

Idées suicidaires et suicide

La littérature montre des taux d'idéation suicidaire chez les médecins allant de 6% à plus de 10%, selon la spécialité et le stade de carrière.[7] Chez les chirurgiens, par exemple, 6,3% ont rapporté des idées suicidaires au cours des 12 mois précédents, avec une fréquence 1,5 à 3 fois plus élevée que dans la population générale après 45 ans.[7] Paradoxalement, les médecins ont souvent moins d'antécédents de tentatives que la population générale, mais un risque plus élevé de passage à l'acte létal en raison d'un accès privilégié aux moyens et d'une détermination plus grande.

Malgré ces chiffres, les données sur le suicide des médecins restent fragmentaires, en raison de la faible participation aux études et de la crainte des conséquences professionnelles des déclarations.

LE TABOU ET LA STIGMATISATION: POURQUOI LES MÉDECINS NE DEMANDENT-ILS PAS D'AIDE?

Facteurs individuels: perfectionnisme et autostigmatisation

Les médecins présentent fréquemment des traits de personnalité tels que perfectionnisme, sens du devoir, besoin de contrôle et forte exigence envers eux-mêmes. Ces traits, utiles pour la performance académique et clinique, deviennent des facteurs de risque lorsqu'ils conduisent à percevoir toute difficulté psychique comme un échec moral ou une preuve d'incompétence.[8]

Plusieurs travaux montrent que les médecins interprètent leurs symptômes de dépression ou d'anxiété comme un manque de résilience, ressentent de la honte et de la culpabilité, et ont tendance à se replier sur eux-mêmes plutôt qu'à chercher du soutien.[8] L'automédication, les «consultations informelles» auprès de collègues et le déni sont des stratégies fréquentes, qui retardent une prise en charge adéquate.

Facteurs systémiques: crainte pour l'autorisation de pratiquer et la carrière

Au-delà des facteurs individuels, des mécanismes institutionnels renforcent la stigmatisation. Dans plusieurs pays, notamment aux États-Unis, les formulaires de licence exigent encore la déclaration de tout antécédent de trouble psychique, indépendamment de l'état actuel du médecin, nourrissant l'idée que trouble mental rime avec inaptitude.[9] Une vaste enquête menée aux États-Unis a montré que près de 40% des médecins se disent réticents à consulter pour un problème psychiatrique par peur de répercussions sur leur licence ou leur carrière.[10]

En parallèle, des enquêtes montrent qu'environ 40% des médecins pensent que «beaucoup de collègues considèrent qu'un médecin ayant des antécédents de dépression ou d'anxiété est moins compétent», et que près de la moitié estiment que ces médecins ont moins de chances d'être recrutés.[8] Cette représentation alimente un cercle vicieux: plus les médecins se taisent, plus la norme implicite reste celle d'une invulnérabilité supposée.

Culture médicale: endurance, silence et tabou

Dès les études de médecine, la souffrance psychique est rarement abordée de manière structurée, et le message implicite est que «tenir» fait partie de l'identité professionnelle.[2] Les étudiants rapportent des niveaux élevés de symptômes anxieux et dépressifs, mais hésitent à consulter par peur du jugement des superviseurs et des conséquences sur leur carrière.

En formation postgraduée et à l'âge adulte, la culture de la performance et de la disponibilité permanente est renforcée par la surcharge de travail, les gardes prolongées, l'exposition répétée à la mort et à la détresse, et parfois par le manque de reconnaissance institutionnelle. Dans ce contexte, exprimer sa vulnérabilité, demander une pause ou une aide psychologique peut être interprété comme un manquement à l'idéal du «bon médecin».

IMPACT SUR LES PATIENTS ET LES SYSTÈMES DE SOINS

La souffrance psychique des médecins ne se limite pas à un enjeu individuel: elle a des conséquences documentées sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Le burnout est associé à une augmentation des erreurs médicales auto-

rapportées, à une moindre adhésion aux bonnes pratiques et à une diminution de l'empathie.[11] Des études montrent que les médecins en burnout rapportent plus d'erreurs, davantage de conflits avec les patients et une satisfaction moindre de ces derniers.

À l'inverse, les interventions visant à améliorer le bien-être des médecins, programmes de réduction du stress, groupes Balint, Schwartz Rounds, dispositifs de soutien par les pairs, sont associées à une diminution des symptômes de burnout et, dans certaines études, à des indicateurs de meilleure qualité des soins.[11] Prendre soin de la santé mentale des médecins est donc une mesure de sécurité des patients autant qu'une exigence éthique envers les professionnels.

PISTES DE TRANSFORMATION: DE LA PRISE DE CONSCIENCE À L'ACTION

Intégrer la santé mentale des soignants dans la formation

Les auteurs de travaux récents consacrés à la stigmatisation en santé mentale dans la profession médicale[12] s'accordent sur la nécessité d'introduire des enseignements obligatoires dédiés à la santé mentale des soignants dans les curricula de médecine et de formation postgraduée. Ces modules devraient aborder la reconnaissance des signes précoces de détresse, la reconnaissance du syndrome de l'imposteur, le perfectionnisme, la régulation émotionnelle, et la manière de demander de l'aide sans crainte de jugement.

Des dispositifs tels que les groupes Balint ou les Schwartz Rounds permettent aux médecins et étudiants de partager des situations cliniques émotionnellement difficiles dans un cadre sécurisé, réduisant l'isolement et le risque de stratégies d'adaptation délétères. Leur intégration systématique dans les hôpitaux universitaires pourrait contribuer à normaliser la vulnérabilité comme dimension inhérente au soin.

Réorganiser le travail médical pour prévenir le burnout

La littérature identifie des facteurs organisationnels clés dans le développement du burnout: surcharge de travail, manque d'autonomie, conflits de rôles, manque de soutien hiérarchique et déséquilibre effort-récompense.[3] Des interventions ciblant ces déterminants (limitation des heures excessives, réduction des tâches administratives non cliniques, amélioration des ratios de personnel et de la prévisibilité des horaires) sont associées à une baisse mesurable du burnout.

Les institutions de santé peuvent aussi développer des programmes structurés de bien-être professionnel, incluant du temps protégé, un accès à des ressources psychologiques et une reconnaissance explicite de la santé mentale comme priorité stratégique. Ces mesures exigent une volonté politique et managériale, mais constituent un investissement pour la sécurité des patients et la durabilité des équipes.

Créer des dispositifs de soins dédiés aux médecins

Plusieurs pays ont mis en place des programmes spécifiques pour la santé mentale des médecins, offrant un accès gratuit, confidentiel et indépendant de la hiérarchie à des soins psychiatriques ou psychologiques.[13] C'est notamment le cas du Practitioner Health Programme au Royaume-Uni et du programme espagnol PAIME (Programa de Atención Integral al Médico Enfermo), actif depuis 1998. L'expérience de programmes spécialisés montre qu'un tel modèle peut réduire significativement les obstacles liés à la peur de la stigmatisation et de la confidentialité.

En Suisse, le réseau ReMed, mis en place par la FMH, offre aux médecins en difficulté un soutien confidentiel, indépendant de la hiérarchie et accessible 24 h/24 (www.swiss-remed.ch), avec une prise de contact garantie dans les 72 heures.[14] Mieux faire connaître cette ressource dès les études de médecine et la compléter par des consultations dédiées et des réseaux de pairs formés pourrait représenter un levier puissant pour faciliter la demande d'aide à un stade précoce, avant que la situation ne se complique en arrêt de travail prolongé ou en mise en danger de la patientèle.

Réformer les procédures de licence et de recertification

Les pratiques de déclaration obligatoire d'antécédents psychiatriques pour l'obtention ou le renouvellement d'une licence médicale sont identifiées comme un moteur majeur de la stigmatisation.[15] En Suisse, ni l'octroi ni le renouvellement de l'autorisation de pratiquer n'exigent une telle déclaration systématique d'antécédents psychiatriques: le rappeler clairement aux médecins pourrait, à lui seul, lever un frein majeur à la demande d'aide. Des recommandations internationales invitent désormais à limiter ces déclarations aux seuls troubles causant une atteinte actuelle à la capacité d'exercer, à offrir des dispositifs de «safe-haven» pour les médecins en traitement, et à utiliser un langage non stigmatisant.

L'exemple du General Medical Council britannique, qui ne distingue pas les troubles physiques et psychiques et se focalise sur la présence d'un risque actuel pour les patients plutôt que sur le diagnostic lui-même, fournit un modèle équilibré conciliant protection des patients et destigmatisation.[16] Une réflexion similaire en Suisse, associant autorités, ordres professionnels et psychiatres, pourrait contribuer à réduire le «coût» perçu d'une demande d'aide.

CONCLUSION

Les données récentes confirment que la santé mentale des médecins est gravement mise à l'épreuve: environ un médecin sur trois présente un burnout, près d'un sur trois des symptômes dépressifs, et une proportion non négligeable des idées suicidaires. Pourtant, une part importante des médecins hésite à demander de l'aide par peur du jugement social, de la stigmatisation professionnelle et de conséquences sur la licence, prolongeant la souffrance et augmentant le risque d'issues dramatiques.

Il est temps de considérer la santé mentale des médecins comme un indicateur central de la qualité du système de santé et non comme une affaire privée laissée à la discrétion de chacun. Intégrer le soin de soi dans la formation, réorganiser le travail, développer des dispositifs de soutien dédiés et réformer les procédures de licence sont autant de leviers

complémentaires pour aligner les valeurs de la médecine, humanité, bienveillance, respect de la vulnérabilité, avec la réalité vécue par celles et ceux qui soignent. Les autrices en sont convaincues: la bienveillance, envers soi-même, envers ses collègues et envers ses patients, n'est pas un supplément d'âme, mais le socle de la prise en charge quotidienne. À l'heure où l'on n'a jamais autant parlé de communication et de développement personnel, revenir à cet essentiel est peut-être l'innovation la plus urgente de la médecine. Prendre soin de soi pour mieux soigner n'est pas un luxe, mais une condition de possibilité de la médecine que nous voulons pratiquer.

Conflit d'intérêts: les autrices n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en lien avec cet article.
Utilisation de l'IA: les autrices ont utilisé l'IA comme aide à la recherche et à la synthèse de la littérature, ainsi que pour l'amélioration stylistique, grammaticale et orthographique du texte. L'ensemble du contenu a été vérifié et validé par les autrices, 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).

ORCID ID:
O. Massard: https://orcid.org/0000-0002-3201-1850
M. Kratzer: https://orcid.org/0009-0002-2926-0706

IMPLICATIONS PRATIQUES

Cinq mesures concrètes, applicables sans délai dans les hôpitaux et les cabinets suisses:

- Intégrer systématiquement la santé mentale des soignants dans les programmes d'enseignement pré et postgradués.
- Mettre en place, au niveau institutionnel, des offres de soutien psychologique confidentielles et accessibles aux médecins.
- Adapter l'organisation du travail (horaires, charge, tâches administratives) pour prévenir le burnout.
- Réviser les procédures de licence et de recertification pour réduire la stigmatisation des troubles psychiques.
- Promouvoir une culture professionnelle qui reconnaît la vulnérabilité comme composante normale de l'exercice médical.

1 Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, et al. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry. 2015 Jun;14(2):231-3. DOI: 10.1002/wps.20231.
2 Sayburn A. Why medical students' mental health is a taboo subject. Student BMJ. 2015;23:h722. DOI: 10.1136/sbmj.h722.
3 Patel M, Swift S, Digesu A. Mental health among clinicians: what do we know and what can we do? Int Urogynecol J. 2021 May;32(5):1055-9. DOI: 10.1007/s00192-021-04805-y.
4 Sebo P, Favrod-Coune T, Mahler L, et al. A cross-sectional study of the health status of Swiss primary care physicians. Sci Rep. 2021 Dec 6;11(1):23459. DOI: 10.1038/s41598-021-02952-2.
5 Heymann EP, Romann V, Lim R, et al. Physician wellbeing and burnout in emergency medicine in Switzerland. Swiss Med Wkly. 2024 May 26;154:3421. DOI: 10.57187/s.3421.
6 Arigoni F, Bovier PA, Sappino AP. Trend of burnout among Swiss doctors. Swiss Med Wkly. 2010 Aug 9;140:w13070. DOI: 10.4414/smw.2010.13070.
7 **Harvey SB, Epstein RM, Glozier N, et al. Mental illness and suicide among physicians. Lancet. 2021 Sep 4;398(10303):920-30. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)01596-8.
8 *Ng IKS, Tan BC, Goo S, Al-Najjar Z. Mental health stigma in the medical profession: where do we go from here? Clin Med (Lond). 2024 Jan;24(1):100013. DOI: 10.1016/j.clinme.2024.100013.
9 Federation of State Medical Boards. License application questions: a handbook for medical boards. Euless (TX): FSMB, 2006.
10 *Dyrbye LN, West CP, Sinsky CA, et al. Medical licensure questions and physician reluctance to seek care for mental health conditions. Mayo Clin Proc. 2017 Oct;92(10):1486-93. DOI: 10.1016/j.mayocp.2017.06.020.
11 **West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018;283(6):516-29. DOI: 10.1111/joim.12752.
12 Brower KJ. Professional stigma of mental health issues: physicians are both the cause and solution. Acad Med. 2021 May 1;96(5):635-40. DOI: 10.1097/ACM.0000000000003998.
13 Braquehais MD, Tresidder A, Du-Pont RL. Service provision to physicians with mental health and addiction problems. Curr Opin Psychiatry. 2015 Jul;28(4):324-9. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000166.
14 ReMed – Réseau de soutien pour les médecins. Fédération des médecins suisses (FMH) [En ligne]. Disponible sur: www.swiss-remed.ch
15 Mehta SS, Edwards ML. Suffering in silence: mental health stigma and physicians' licensing fears. Am J Psychiatry Resid J. 2018;13(11):2-4. DOI: 10.1176/appi.ajp-rj.2018.131101.
16 General Medical Council. Good medical practice – Domain 2: Safety and quality – Risks posed by your health [En ligne]. 2013. Disponible sur: www.gmc-uk.org

* **à lire**
** **à lire absolument**

Forum maisons de santé

2e Forum Romand des Maisons de Santé

Intégrer le social : un enjeu clé pour les maisons de santé

Beaulieu-Lausanne | *Crédits : 3 SSMIG*

26 novembre 2026, 9h15-17h00

Programme et inscription
forum-maisons-sante.ch

Organisateur :

unisanté
Centre universitaire de médecine générale et santé publique · Lausanne

Partenaire média :

REVUE MÉDICALE SUISSE

RMS_00000127

Canephron®

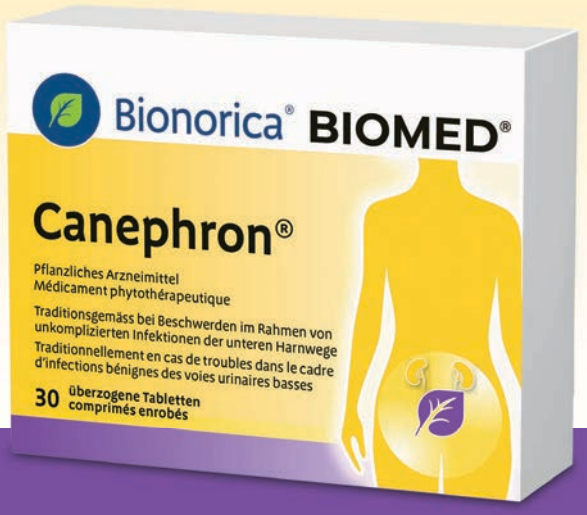
Option thérapeutique conforme aux directives

en cas d'infections urinaires non compliquées.[1-4,*]



Soulage les troubles de manière ciblée grâce à une action quadruple [5]

- antiphlogistique
- spasmolytique
- antiadhésif
- antinociceptif



Soulage les symptômes typiques d'une IU non compliquée au même titre que la fosfomycine.[5]

* Utilisé traditionnellement comme traitement de soutien pour des cas de symptômes légers dans le cadre d'infections non compliquées des voies urinaires basses chez la femme après exclusion d'une maladie grave.

Canephron® (Médicament phytothérapeutique) **C:** Petite centaurée, racine de livèche, feuilles de romarin. **I:** Symptômes légers dans le cadre d'infections non compliquées des voies urinaires basses chez la femme. **P:** Adolescents dès 12 ans (sur prescription) et adultes: 1 comprimé 3 fois par jour. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants du médicament, apiacées ou anéthol, ulcère gastro-duodénal. **P:** Maladies urologiques graves, maladies concomitantes significatives. **IA:** Aucune connue. **G/A:** Grossesse: sur prescription médicale. Allaitement: ne pas utiliser. **EI:** Fréquents: nausées, vomissements, diarrhée, douleurs abdominales et autres symptômes gastro-intestinaux. Indéterminée: réactions d'hypersensibilité. **E:** 30 comprimés enrobés. **Cat.** D. Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch. V03.0126

Références: 1 EAU Guidelines on: Urological Infections (2025). www.uroweb.org, consulté le 24.03.2026. **| 2** Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen (HWI). Registernummer: 043-044 (Aktualisierung 2024). www.awmf.org, consulté le 24.03.2026. **| 3** Betschart C et al. SGGG Expertenbrief No 93 – Akute und rezidivierende Harnwegsinfektionen (Stand 2025). www.sggg.ch, consulté le 24.03.2026. **| 4** Canephron. www.swissmedicinfo-pro.ch, consulté le 24.03.2026. **| 5** Wagenlehner FM et al. Non-Antibiotic Herbal Therapy (BNO 1045) versus Antibiotic Therapy (Fosfomycin Trometamol) for the Treatment of Acute Lower Uncomplicated Urinary Tract Infections in Women: A Double-Blind, Parallel-Group, Randomized, Multicentre, Non-Inferiority Phase III Trial. Urol Int 2018; 101(3): 327-336. Les références sont disponibles sur demande.

RMS_00000144

BIOMED® Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf.
© Biomed AG. 03/2026. All rights reserved.