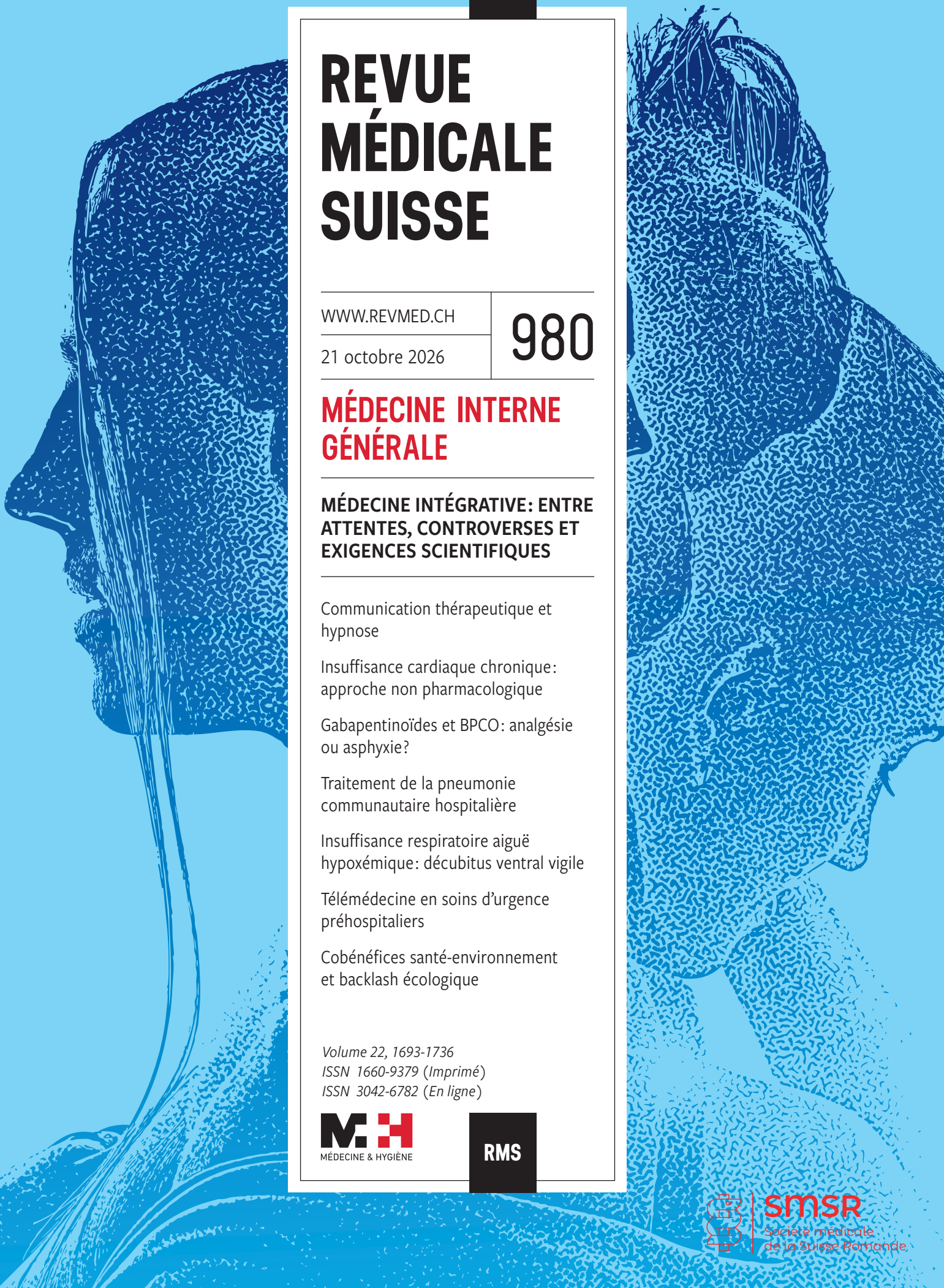


REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

21 octobre 2026

980

MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

MÉDECINE INTÉGRATIVE: ENTRE ATTENTES, CONTROVERSES ET EXIGENCES SCIENTIFIQUES

Communication thérapeutique et hypnose

Insuffisance cardiaque chronique: approche non pharmacologique

Gabapentinoïdes et BPCO: analgésie ou asphyxie?

Traitement de la pneumonie communautaire hospitalière

Insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique: décubitus ventral vigile

Télémédecine en soins d'urgence préhospitaliers

Cobénéfices santé-environnement et backlash écologique

Volume 22, 1693-1736
ISSN 1660-9379 (Imprimé)
ISSN 3042-6782 (En ligne)

MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS

SMSR
Société médicale de la Suisse Romande

Carmenthin®

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

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

Crampes?

Douleurs?

Ballonnements?

Sensation de réplétion?



Admis aux caisses (LS)[2]

Sur ordonnance (Cat. remise B)[2]

2× par jour[1]

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

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

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

Schwabe Pharma
From Nature. For Health.

RMS_00000179
07/2026

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH
21 octobre 2026
980

MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

1695 **ÉDITORIAL** Médecine intégrative: entre attentes, controverses et exigences scientifiques. *M. Coen et J.-L. Reny*

1698 Communication thérapeutique basée sur l'hypnose: faire plutôt qu'essayer. *M. Giro, E. Marchetti, A. Berner et M. Coen*

1704 Prise en charge non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique. *M. Askari, A. Berner et S. Carballo*

1708 Gabapentinoïdes et BPCO: analgésie ou asphyxie? *J. H. Martin, T. Agoritsas, A. Rossel et P. Darbellay Farhoumand*

1714 Traitement de la pneumonie communautaire hospitalière en 2026: mise au point. *B. Pechère, V. Prendki, N. Garin, S. Perolini et C. Marti*

1719 Décubitus ventral vigile dans l'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique. *L. Falbriard, A. Kharat, S. Von Düring, M. Genoud, G. Albu et A. Rossel*

1697 Résumés des articles

12 MOIS - 12 ACTIONS

1724 Aborder la question de l'argent. *O. Rigumye, M. Piñon, C. Martinez-Fortis et S. Arsever*

eHEALTH

1725 Santé numérique. Télémédecine en soins d'urgence préhospitaliers: lumières et ombres d'une pratique émergente. *P. Martinelli, C. Mathy, R. Mosqueron, S. Fournier, B. Da Rocha Carvalho et L. Keopraseuth*

SANTÉ DE DEMAIN

1730 Santé-environnement. La puissance des cobénéfices santé-environnement face au backlash écologique. *L. Marrauld*

COURRIER

1733 Et si le problème n'était pas là où on nous dit qu'il est? *L. A Culebras Almeida*

ACTUALITÉ

1734 **Lu pour vous.** Entrepreneuriat des généralistes: un potentiel encore sous-exploité. *S. Auer*

1734 **Carte blanche.** *Indissimulable intime. V. Barthassat*

1735 **Dépendances en bref.** Dutastéride: option prometteuse pour réduire la consommation excessive d'alcool. *N. Bertholet*

CORTEX

1736 Placer la santé au cœur de la société. *C. Burton-Jeangros*

www.revmed.ch

EN LIGNE

MÉDECINE D'URGENCE

Morsures de vipère en Suisse: évaluation et prise en charge. *C. Frochaux, F. Selz Amaudruz et V. Frochaux*

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/Georges Peters
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980

Imprimé en Suisse

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

1120 pages
Format : 13.5 x 19.5 cm
Prix : CHF 75.- / 75€
ISBN : 9782880495664
© 2026



RMS EDITIONS

COMPAS 4e ÉDITION

STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE CLINIQUE EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE AMBULATOIRE

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

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

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

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

COMMANDE

BOUTIQUE.REVMED.CH

Je commande:
___ex. de **COMPAS 4e ÉDITION**

CHF 75.–/75 €

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

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

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture ☐

1010654



Articles publiés sous la direction de

JEAN-LUC RENY

Service de médecine interne générale
Département de médecine
Hôpitaux universitaires de Genève

Médecine intégrative : entre attentes, controverses et exigences scientifiques

Cosignataire de l'éditorial

MATTEO COEN

Service de médecine interne générale
Département de médecine
Hôpitaux universitaires de Genève

Dr MATTEO COEN et Pr JEAN-LUC RENY

Rev Med Suisse 2026; 22: 1695-6 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49394

Si l'on demande à son entourage ce que recouvre le terme «médecine intégrative», les réponses sont souvent diverses. Beaucoup l'associent à des approches telles que l'acupuncture, l'hypnose, la naturopathie ou encore l'homéopathie. Cette perception, partielle, reflète néanmoins l'intérêt croissant du public pour les approches complémentaires. Dans une enquête menée en 2021 auprès de la population romande, 75% des répondants[a] déclaraient avoir déjà eu recours à une approche complémentaire dans leur vie et 38% au cours des douze mois précédant l'enquête – une proportion qui concorde avec les données de l'Enquête suisse sur la santé. [1]

LA MÉDECINE INTÉGRATIVE NE SE RÉSUME PAS À UN ASSORTIMENT DE MÉDECINES DITES «DOUCES»

La médecine intégrative ne se résume toutefois pas à un assortiment de médecines dites «douces» ou non-conventionnelles destinées à complémenter, et encore moins à se substituer aux traitements d'efficacité démontrée. La médecine intégrative n'est pas une médecine alternative, mais correspond, selon la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à «une approche interdisciplinaire et fondée sur les preuves, de la santé et du bien-être, utilisant une combinaison de connaissances, de compétences et de pratiques biomédicales, traditionnelles et/ou complémentaires».[2] Autrement dit, comme le rappelle la Pre A.-F. Allaz dans un ouvrage récent, en reprenant une définition parue dans *Le Médecin du Québec* en 2008, «la médecine intégrative a donc pour but d'articuler les meilleurs soins de la médecine scientifique occidentale à ceux des approches complémentaires, afin de maintenir la santé et d'améliorer le bien-être des patients».[3] Un rapport de 2024 de l'OMS décrit plus en détail les différentes articulations entre médecines conventionnelle et complémentaires.[4]

Néanmoins, la médecine intégrative demeure l'objet de débats vifs et très polarisés. Certains observateurs considèrent que l'intégration de thérapies complémentaires dans les parcours de soins constitue une forme de régression, éloignée des principes de l'Evidence-Based Medicine (EBM), lorsque les preuves d'efficacité sont insuffisantes et/ou reposent sur des méthodologies peu robustes. Ils assimilent les approches de médecine intégrative à de la «pseudoscience». D'autres estiment au contraire qu'une meilleure connaissance de ces approches par les professionnels de santé pourrait permettre d'accompagner les patients de manière plus appropriée, de favoriser un dialogue éclairé et de prévenir le recours à certaines pratiques alternatives potentiellement problématiques lorsqu'elles sont utilisées en dehors de tout suivi médical conventionnel.

Effectivement, il ne faut pas oublier que si l'approche EBM privilégie les preuves issues de la recherche clinique, elle intègre aussi l'expertise clinique et, surtout, les valeurs et les attentes du patient. David Sackett, l'un des «pères fondateurs» de l'EBM, définit lui-même l'EBM comme «l'intégration des meilleures preuves issues de la recherche avec l'expertise clinique et les valeurs du patient», ces valeurs étant entendues comme «les préférences, préoccupations et attentes propres que chaque patient apporte à la rencontre clinique».[5]

Dans ce contexte, le mot «intégratif» ne doit donc se limiter ni aux pratiques, ni aux approches, mais renvoyer en premier lieu au patient lui-même, intégré, en tant que partenaire, dans sa globalité – corps, émotions, valeurs, selon l'approche biopsychosociale chère à la médecine psychosomatique – au sein de sa prise en charge.

En France, ces discussions ont trouvé un écho particulier dans plusieurs prises de

[a] Pour faciliter la lecture du document, le masculin générique est utilisé pour désigner les deux sexes.

position publiques. Des membres du Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires (CUMIC) ont publié une tribune dans Le Monde pour promouvoir une approche encadrée des médecines complémentaires, en s'appuyant sur les modèles allemand et suisse.[6] Ils ont également publié un article critiquant les arguments sceptiques contre ces thérapies, ce qui témoigne de la complexité du débat.[7] Les questions relatives à la médecine intégrative – efficacité, sécurité, régulation – suscitent des tensions non seulement en France, mais aussi à l'échelle internationale. Cependant, certaines thérapies complémentaires disposent de données probantes solides: l'hypnose bénéficie de preuves robustes en médecine procédurale et périopératoire, ainsi qu'en gestion de la douleur;[8] l'acupuncture présente des résultats particulièrement documentés pour certaines douleurs chroniques (musculo-squelettique, lombalgies, gonarthrose, migraines).[9]

Lors du congrès de printemps 2024 de la Société Suisse de Médecine Interne Générale, le Pr B. Bauer, directeur du programme de médecine complémentaire et intégrative de la Mayo Clinic, avait présenté la médecine intégrative comme une extension de la palette thérapeutique visant à répondre aux besoins des patients non suffisamment satisfaits par la médecine conventionnelle, en s'appuyant sur des données probantes tout en restant critique par rapport aux limites qui existent encore.[10]

L'un des principaux défis reste donc l'évaluation scientifique. Si certaines approches complémentaires disposent déjà d'un niveau de preuve satisfaisant dans des indications précises, d'autres nécessitent encore des données plus robustes. Cette exigence de validation scientifique est également soulignée par des institutions internationales impliquées dans la recherche en médecine intégrative.[11] Les essais cliniques contrôlés, lorsqu'ils sont méthodologiquement réalisables, ainsi que l'évaluation rigoureuse des résultats rapportés par les patients (PROMs) et de leur expérience de soins (PREMs), sans oublier des approches de type qualitatif ou des méthodes d'inférence causale propres aux interventions complexes, pourraient constituer des leviers importants pour mieux apprécier leur place potentielle dans les parcours de soins.

L'AVENIR DE LA MÉDECINE INTÉGRATIVE DÉPENDRA DE SA CAPACITÉ À PRODUIRE DES DONNÉES SCIENTIFIQUES DE QUALITÉ

Au-delà des convictions des partisans comme des détracteurs, l'avenir de la médecine intégrative dépendra probablement de sa capacité à produire des données scientifiques de qualité, transparentes et reproductibles. C'est à cette condition que les approches complémentaires susceptibles d'apporter un bénéfice démontré aux patients pourront trouver une place reconnue au sein des systèmes de santé fondés sur les preuves.

Conflit d'intérêts: M. Coen est coresponsable du projet pour la création du Centre multidisciplinaire de médecine intégrative des Hôpitaux universitaires de Genève, membre du conseil de fondation de l'Institut Romand d'Hypnose Suisse et du comité de l'Académie en médecine psychosomatique et psychosociale. J.-L. Reny n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Enquête auprès de la population romande concernant la santé intégrative. Santé Intégrative et Société, 2022. (Accessed 11.8, 2026, at www.santeintegrative.ch/download/32949/1009281.)
2 Traditional, Complementary and Integrative Medicine. World Health Organization. (Accessed 11.8, 2026, at www.who.int/health-topics/traditional-complementary-and-integrative-medicine#tab=tab_1.)
3 Allaz AF. Douleurs et émotions: Vigot; 2021.
4 WHO global report on traditional, complementary and integrative medicine 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. World Health Organization, 2024. (Accessed 11.8, 2026, at https://iris.who.int/bitstreams/f67507c0-30a3-41c0-b497-2fa9034b197d/download.)
5 Sackett DL. Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM: Churchill Livingstone; 2000.
6 Il est temps d'accorder une place raisonnée aux médecines alternatives dans le système de soins. Tribune par le Collège Universitaire des Médecines Intégratives et Complémentaires. Le Monde 22.11.2022.
7 Berna F, Lecardeur L, Verneuil L, Nizard J, Evrard R. «Il est urgent de contrer le développement de la médecine intégrative et de sauver la vraie médecine». Analyse critique de dix arguments rationalistes sceptiques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2024;182:332-9.
8 Rosendahl J, Alldredge CT, Haddenhorst A. Meta-analytic evidence on the efficacy of hypnosis for mental and somatic health issues: a 20-year perspective. Front Psychol 2023;14:1330238.
9 Hempen M, Hummelsberger J. The state of evidence in acupuncture: A review of metaanalyses and systematic reviews of acupuncture evidence (update 2017-2022). Complement Ther Med 2025;89:103149.
10 Prasad K, Prasad A, George M, et al. Temporal Trends in Use of Complementary Therapies Among Patients With Cardiovascular Disorders. Am J Cardiol 2022;167:118-24.
11 National Center for Complementary and Integrative Health. National Institutes of Health, 2025. (Accessed 11.8, 2026, at www.nih.gov/about-nih/nih-almanac/national-center-complementary-integrative-health-nccih.)

Résumés

Rev Med Suisse 2026; 22: 1719-23

Décubitus ventral vigile dans l'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique

L. Falbriard, A. Kharat, S. Von Düring, M. Genoud, G. Albu et A. Rossel

Le décubitus ventral (DV) améliore l'oxygénation et réduit la mortalité des patients intubés pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Parallèlement, l'oxygénation à haut débit a permis de baisser le recours à l'intubation en cas d'insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë. Lors de la pandémie de Covid-19, l'accès limité à la ventilation mécanique a motivé la recherche sur le DV vigile chez les patients non intubés. Les résultats encourageants dans cette population ont conduit à son évaluation pour d'autres indications. Ce moyen thérapeutique simple et peu coûteux pourrait améliorer la prise en charge des patients hypoxémiques non intubés, mais la tolérance au maintien de la position pendant une durée suffisante pour obtenir un bénéfice clinique reste un défi majeur.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1704-7

Prise en charge non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique

M. Askari, A. Berner et S. Carballo

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) nécessite un diagnostic précis et une prise en charge multimodale, intégrant traitements pharmacologiques et interventions non médicamenteuses. La place de ces dernières est désormais bien établie, malgré un niveau d'évidence variable. Cet article synthétise les principales interventions non pharmacologiques chez les patients atteints d'ICC stable. Les données actuelles restent insuffisantes pour légitimer une restriction hydrique systématique, tandis qu'une restriction sodée modérée s'avère préférable à une restriction stricte. L'éducation thérapeutique structurée, la réhabilitation basée sur l'exercice et la prise en charge multidisciplinaire améliorent la qualité de vie, réduisent les hospitalisations et, pour certaines interventions, la mortalité.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1698-702

Communication thérapeutique basée sur l'hypnose: faire plutôt qu'essayer

M. Giro, E. Marchetti, A. Berner et M. Coen

La communication fait partie intégrante du soin. En situation clinique, le patient développe un état d'hypersuggestibilité proche de la transe hypnotique, où chaque mot peut apaiser ou, à l'inverse, amplifier la douleur et l'anxiété. La communication thérapeutique basée sur l'hypnose met à profit cet état: grâce à des stratégies verbales et non verbales simples, sans hypnose formelle ni matérielle, elle transforme l'échange ordinaire en un outil thérapeutique. Plusieurs essais randomisés montrent qu'elle réduit la douleur et l'anxiété lors des gestes invasifs. Cet article en expose les principes et propose des outils pratiques, comme bannir les négations et les minimisations, préférer les suggestions positives, se synchroniser, distraire et complimenter, le tout réuni dans une fiche mémo (pocket card) directement applicable en clinique.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1708-12

Gabapentinoïdes et BPCO: analgésie ou asphyxie?

J. H. Martin, T. Agoritsas, A. Rossel et P. Darbellay Farhoumand

Les gabapentinoïdes sont largement prescrits chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), malgré des alertes de plusieurs agences réglementaires concernant leur potentiel effet dépresseur respiratoire. Trois études observationnelles de grande envergure menées au Canada, en Grande-Bretagne et au Japon, ont été publiées entre 2024 et 2025. Elles rapportent de façon concordante une association entre l'initiation d'un traitement par gabapentinoïdes et une augmentation de 20 à 40% du risque d'exacerbation de la BPCO. Cette revue synthétise ces nouvelles données, discute de leurs limites et de leur interprétation, et examine leurs implications pour la pratique clinique.

Rev Med Suisse 2026; 22: 1714-8

Traitement de la pneumonie communautaire hospitalière en 2026: mise au point

B. Pechère, V. Prendki, N. Garin, S. Perolini et C. Marti

La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est fréquemment traitée empiriquement. Les données récentes suggèrent qu'une bithérapie associant bêtalactamines et macrolides est indiquée pour les patients hospitalisés en unité non monitorée, en présence de signes de sévérité (p. ex. score SOFA – Sequential Organ Failure Assessment ≥ 2), notamment en raison d'un possible effet anti-inflammatoire des macrolides, malgré une faible prévalence des germes atypiques. L'élargissement du spectre antibiotique contre les bactéries multirésistantes devrait reposer sur la sévérité de la pneumonie et les facteurs de risque individuels de colonisation, plutôt que sur le seul lieu d'acquisition afin d'éviter une surprescription. Enfin, la corticothérapie adjuvante pourrait bénéficier aux PAC de sévérité modérée avec une C-Reactive Protein (CRP) élevée.

Communication thérapeutique basée sur l'hypnose: faire plutôt qu'essayer

Dr MAXIMILIANO GIRO[a], Dre EVA MARCHETTI[b], Dre AMANDINE BERNER[a] et Dr MATTEO COEN[a,c]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1698-702 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49181

La communication fait partie intégrante du soin. En situation clinique, le patient développe un état d'hypersuggestibilité proche de la transe hypnotique, où chaque mot peut apaiser ou, à l'inverse, amplifier la douleur et l'anxiété. La communication thérapeutique basée sur l'hypnose met à profit cet état: grâce à des stratégies verbales et non verbales simples, sans hypnose formelle ni matérielle, elle transforme l'échange ordinaire en un outil thérapeutique. Plusieurs essais randomisés montrent qu'elle réduit la douleur et l'anxiété lors des gestes invasifs. Cet article en expose les principes et propose des outils pratiques, comme bannir les négations et les minimisations, préférer les suggestions positives, se synchroniser, distraire et complimenter, le tout réuni dans une fiche mémo (pocket card) directement applicable en clinique.

Hypnosis-based therapeutic communication: doing rather than trying

Communication is an integral part of care. In clinical situations, patients develop a state of heightened suggestibility akin to hypnotic trance, in which every word may soothe or, conversely, amplify pain and anxiety. Hypnosis-based therapeutic communication harnesses this state: through simple verbal and non-verbal strategies that require neither formal hypnosis nor equipment, it turns ordinary exchange into a therapeutic tool. Several randomized trials show that it reduces pain and anxiety during invasive procedures. This article sets out its principles and suggests practical tools – avoiding negations and minimizations, favoring positive suggestions, synchronizing, distracting, complimenting – gathered into a «pocket card» ready for use at the patient's bedside.

INTRODUCTION

«Les paroles sont l'outil le plus puissant qu'un médecin possède, mais les paroles, comme une épée à double tranchant, peuvent blesser aussi bien que guérir.»
Bernard B Lown, *The lost art of Healing* (traduction de MC)

COMMUNICATION ET INFLUENCE DANS LES SOINS

La communication est un élément incontournable de toute relation humaine et, a fortiori, du soin. En situation clinique, en particulier, elle agit comme une épée à double tranchant:[1,2] elle peut moduler douleur et anxiété, tout comme les aggraver.[3]

[a]Service de médecine interne générale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [b]Service de médecine interne et de soins intensifs, Groupement hospitalier de l'Ouest lémanique, 1260 Nyon, [c]Unité de développement et de recherche en éducation médicale, Université de Genève, 1211 Genève 4
maximiliano.girolarraz@hug.ch | eva.marchetti@ghol.ch
amandine.berner@hug.ch | matteo.coen@hug.ch

Chaque patient fait face à des situations émotionnellement intenses, telles que lors d'un diagnostic, d'une hospitalisation, ou d'un geste technique redouté en raison de sa douleur anticipée. Ces événements agissent comme de véritables déclencheurs, susceptibles de mener à un état non ordinaire de conscience, similaire à la transe hypnotique et caractérisé par une hypersuggestibilité. Cette dernière est définie par une prédisposition accrue à accepter et à intérioriser, sans filtrage critique, des influences, des idées ou des consignes extérieures, susceptible de générer des changements chez celui ou celle qui les reçoit, comme notamment une modulation de la douleur. Ceci explique la sensibilité remarquable des patients aux effets de la communication.[1,2,4]

Lors de cet état d'hypersuggestibilité, l'exposition à des suggestions négatives (comme «attention, je pique», «cela va faire mal» ou encore «n'ayez pas peur»), peut induire chez le patient un état qualifié de «transe négative», dans lequel la peur et l'anxiété s'amplifient, altérant les réponses physiologiques et psychologiques, et augmentant notamment la perception de la douleur et du stress.[5] En revanche, des suggestions positives, lors de cet état d'hypersuggestibilité, peuvent avoir des effets bénéfiques notables, comme exposé ci-dessous.

COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE BASÉE SUR L'HYPNOSE: ENJEUX ET ÉVIDENCES

Dans ce contexte, la communication thérapeutique basée sur l'hypnose (CTBH) est une approche particulière de la communication pratiquée au lit du malade qui s'appuie sur les principes de l'hypnose clinique. Elle repose sur le concept de transe, laquelle émerge naturellement de la situation de soins sans être induite formellement par un soignant formé en hypnose clinique. La CTBH utilise des stratégies verbales et non verbales, afin d'amplifier les effets bénéfiques et de minimiser les suggestions négatives.[6] Il faut rappeler que, dans la communauté francophone d'hypnose clinique, le terme «communication thérapeutique» désigne spécifiquement cette communication enrichie par les techniques hypnotiques, tandis qu'en dehors de cette communauté, la communication thérapeutique correspond à une approche fondée sur les principes de la théorie psychanalytique, de la psychologie humaniste et de la psychologie interpersonnelle, sans recourir aux techniques hypnotiques. Pour cette raison, le terme précis de CTBH sera employé tout au long de cet article afin d'éviter toute ambiguïté.

La diffusion de la CTBH se heurte à l'absence de standardisation des formations. À ce jour, aucun *curriculum* harmonisé

Biotine-Biomed® forte 5 mg

En cas de troubles de la croissance des cheveux et des ongles dus à une carence en biotine[1]



Seulement 1 comprimé par jour[1]



La biotine joue un rôle important dans la formation et le renouvellement des cheveux et des ongles.[1]

- Participe à la croissance des cellules matricielles des cheveux et des ongles[2]
- Favorise la différenciation des cellules matricielles et le début de la formation de kératine[3]
- Améliore la structure de la kératine[1]

Biotine-Biomed® forte 5 mg (préparation de biotine). **C:** Biotine. **I:** Carence en biotine, troubles de la croissance des cheveux et des ongles. **P:** 1 compri-mé par jour. **CI:** Aucune connue. **P:** Eventuelles incidences sur les analyses de laboratoire. **IA:** Anti-convulsivants, blanc d'oeuf cru. **G/A:** Selon l'avis du médecin. **EI:** Très rares: réactions cutanées al-lergiques, troubles gastro-intestinaux légers. **E:** 30 et 90 comprimés. **Cat. D.** Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch. V05.0126.

Références: 1. Biotine-Biomed® forte 5 mg. www.swissmedicinfo-pro.ch, consulté le 09.02.2026. **2.** Bitsch R & Bartel K. Biotin – Wissenschaftliche Grundlagen, klinische Erfahrungen und therapeutische Einsatzmöglichkeiten, Stuttgart: Wissenschaftlich Verlagsgesellschaft mbH, 1994. **3.** Fritsche A et al. Pharmakologische Wirkungen von Biotin auf Epidermiszellen. Schweiz Arch Tierheilkd 1991; 133: 277-283. (in vitro).

Les références sont disponibles sur demande.

BIOMED®

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

RMS_00000112

n'existe. Le seul programme de formation standardisé ayant fait l'objet d'une publication est le programme «Rel@x». Destiné aux professionnels de santé pédiatriques, il comprend neuf heures de formation, combinant des ateliers pratiques, des simulations et une plateforme de formation en ligne.[7] En Suisse romande, des formations à la CTBH ont vu le jour au niveau hospitalo-universitaire, notamment aux HUG et au CHUV. Leur principale limite réside dans leur mise en œuvre, souvent tardive au cours du parcours professionnel, alors que des habitudes de communication potentiellement délétères sont déjà établies. Afin de répondre à cette problématique, une formation prégraduée de base en CTBH a été mise en place en 2021 à la Faculté de médecine de Genève.

La littérature en faveur de l'utilisation de l'hypnose clinique est en croissance et étayée par des données de plus en plus probantes. Or, il est parfois difficile de distinguer les études ayant utilisé des séances d'hypnose formelle de celles ayant eu recours à des techniques hypnotiques intégrées au discours clinique, c'est-à-dire utilisant la CTBH telle que définie dans cet article. Une revue narrative à ce sujet a récemment été publiée dans la *Revue Médicale Suisse*[6] et seuls quelques articles clés en seront présentés dans cette section. L'essai randomisé publié par Lang et coll. dans *The Lancet* en 2000[8] a constitué un tournant majeur. Cette étude prospective, menée auprès de 241 patients soumis à des procédures vasculaires et rénales percutanées, a montré que, par rapport à la communication standard et à la relaxation, la CTBH permettait un meilleur contrôle de la douleur et de l'anxiété. Des résultats similaires ont été démontrés par l'étude multicentrique KTHYPE,[9] menée auprès de 272 patients subissant une ponction veineuse périphérique, où l'utilisation de la CTBH était associée à une réduction significative de la douleur et de l'anxiété, par rapport à une communication comportant des suggestions évoquant la douleur ou à une communication neutre. Plus récemment, une étude pilote[10] a montré l'intérêt de cette approche chez 50 patients âgés présentant des troubles cognitifs et subissant des ponctions lombaires. Au-delà d'un effet bénéfique sur la perception de la douleur et de l'anxiété, les patients rapportaient que la procédure s'était déroulée de manière plus favorable qu'ils ne l'avaient anticipée.

L'étude récente POPAIN,[11] ayant étudié l'effet de la CTBH sur la douleur lors d'une gazométrie artérielle, n'a pas montré d'avantage significatif, ni sur la douleur ni sur l'anxiété. L'absence d'effet sur la douleur pourrait s'expliquer par une intensité douloureuse initialement faible, ce qui suggère que les procédures étaient intrinsèquement peu algogènes, limitant ainsi la marge d'amélioration (effet plancher).

MIEUX VAUT UNE ONCE DE PRATIQUE QU'UNE TONNE DE THÉORIE: OUTILS DE BASE CTBH

Les techniques de base de la CTBH sont facilement accessibles. Bien qu'une formation complète soit probablement plus pertinente sur le plan pédagogique, quelques outils simples peuvent néanmoins être intégrés progressivement à la pratique clinique. En complément de l'article de Schmutz et coll.,[12] les principaux éléments sont ici synthétisés sous la forme d'une fiche mémo (pocket card) pratique, conçue pour une utilisation quotidienne (**figure 1**).

Prendre soin de la transe du patient

En situation clinique, les patients ont tendance à rentrer en transe. Ils peuvent alors paraître «ailleurs», et présenter une diminution du raisonnement rationnel, une émotivité accrue ou encore un état de sidération. Connaître cette tendance permet au soignant de l'utiliser à bon escient et, *a minima*, d'éviter de la faire basculer vers une «transe négative».[1,5]

Bannir les négations et le mot «essayer»

Demander à quelqu'un de ne pas penser à quelque chose, l'oblige d'abord à y penser: on ne peut pas ne pas y penser, avant d'y avoir pensé! Des phrases comme «ne vous inquiétez pas», «ne bougez pas» peuvent précisément renforcer ce que l'on cherche à éviter. Il vaut mieux reformuler positivement: «soyez rassuré», «restez comme vous êtes». Parfois, ne rien dire peut aussi être préférable. Le mot «essayer» fait d'emblée entendre la possibilité d'un échec. Dire «je vais essayer de faire cette ponction» peut donc fragiliser la confiance du patient. Il est préférable de dire: «je vais faire de mon mieux».[3]

FIG 1 **Outils de base de la CTBH synthétisés en «pocket card»**

L'acronyme TSBAR se greffe volontairement sur l'ISBAR, un outil de communication clinique déjà connu, afin d'en faciliter la mémorisation.
CTBH: communication thérapeutique basée sur l'hypnose; Di-Co: distraire-complimenter; ISBAR: Introduction, Situation, Background, Assessment, Recommendation; MEAN: minimisations, essayer, alertes, négations; P.S.: positiver, saupoudrer; TSBAR: transe, synchroniser, bannir, ajouter, renforcer.

TSBAR

T	**Transe** Reconnaître et prendre soin de l'état de transe spontané du patient (hypersuggestibilité), et ne pas le faire basculer en « transe négative »
S	**Synchroniser** Refléter les comportements verbal (mots), paraverbal (ton, vitesse) et non verbal (posture) du patient Rejoindre (pacing) avant de guider (leading)
B	**Bannir les MEAN** **M**inimisations, **e**ssayer, **a**lertes, **n**égations Exemples : « Restez comme vous êtes » (vs « Ne bougez pas »), « Je fais de mon mieux » (vs « J'essaie »), « Je commence » (vs « Attention, je pique »)
A	**Ajouter : P.S.** **P**ositiver (suggestions positives), **s**aupoudrer (seeding) Exemple : « Installez-vous confortablement… tranquillement… c'est une sensation particulière »
R	**Renforcer : Di-Co** **Di**straire (occuper l'attention), **co**mplimenter Exemples : « Si vous n'étiez pas ici, que feriez-vous ? », « Excellent… parfait… vous faites très bien »

Éviter les suggestions négatives, les avertissements et les minimisations

Tout symptôme peut être induit ou aggravé par une communication inappropriée. Des phrases comme «ça va être désagréable», «ça va faire mal», «ça va brûler», «je pique» ou «dites-nous si vous avez envie de vomir» peuvent focaliser le patient sur une sensation négative. Certains mots peuvent aussi avoir un double sens anxiogène, par exemple «tumeur/tu meurs», «la satu/ça tue» ou «morphine/mort fine». Il est préférable d'utiliser des formulations positives ou neutres comme «c'est une sensation particulière», «c'est surprenant», «vous me direz ce qui se passe pour vous», «dites-nous si vous ressentez quoi que ce soit», «la sensation est subjective», «je commence» ou «j'y vais».[13,14]

Prévenir qu'un geste va être déplaisant («attention, ça va brûler») peut augmenter la douleur et l'anxiété. On peut plutôt dire «quand vous êtes prêt, faites-moi un signe», «j'y vais», ou demander au patient «souhaitez-vous que je vous avertisse?».[13,14]

Les minimisations peuvent discréditer le ressenti du patient. Dire «ce n'est rien», «c'est juste une petite piqûre» peut donner au patient l'impression que sa peur ou sa douleur n'est pas reconnue. Il vaut mieux valider son vécu et adopter un langage neutre ou soutenant.[15]

Utiliser des suggestions positives

La communication peut contribuer à réorienter l'attention du patient vers des sensations plus acceptables ou mieux tolérées, voire vers une expérience globalement plus positive et moins associée à des représentations négatives. À titre d'exemple, l'anesthésiste français Marc Galy propose de remplacer la question «avez-vous froid?» par «auriez-vous besoin d'un peu de chaleur?». Ainsi, plutôt que «n'ayez pas peur, ça ne va pas durer longtemps», «je vais vous prendre du sang» ou «avez-vous mal?», on peut dire «rassurez-vous, ce sera rapide», «accepteriez-vous de me donner un peu de votre sang?» ou «êtes-vous suffisamment confortable?». On peut également faire référence à des expériences positives et communes, éloignées du contexte du soin, comme celle, très banale, d'avoir une main engourdie par le froid. Ainsi, lors d'une anesthésie locale, plutôt que de dire «vous allez sentir des picotements», on pourra proposer «vous verrez, c'est un peu comme si la peau s'endormait: la sensation d'engourdissement est la même que celle que l'on ressent après avoir longtemps joué dans la neige».

Se synchroniser avec le patient

La synchronisation consiste à refléter le comportement du patient sur les plans verbal (reprendre certains mots du patient), paraverbal (suivre le rythme et le ton du patient: s'il parle rapidement ou de façon agitée, adopter d'abord un débit rapide, puis le ralentir progressivement) et non verbal (adapter sa posture: si le patient est assis, le soignant peut s'asseoir, s'accroupir ou monter le lit afin que ses yeux soient à hauteur des siens, et si le patient est debout, le soignant peut rester debout).[16] Le but est de rejoindre le patient d'abord là où il est (pacing), avant de prendre les devants (leading), comme dans toute prise en charge thérapeutique.

Saupoudrer (seeding)

Le saupoudrage consiste à insérer discrètement des suggestions positives dans le discours. Des mots tels que «agréablement», «bien», «tranquillement», «avec confiance», «avec compétence» ou «facilement» peuvent soutenir l'expérience du patient. Par exemple: «je vais commencer calmement à désinfecter la peau» ou «installez-vous confortablement».[17]

Distraire: le questionnement dans les moindres détails

Pour distraire un patient pendant un geste, on peut l'interroger de manière détaillée et curieuse sur un sujet qui lui est familier ou agréable, afin de détourner son attention du geste lui-même. Ainsi, au moment d'entamer une ponction lombaire,

TABLEAU 1 **Même échange clinique, deux modalités de communication**

La communication «classique» (à gauche) involontairement porteuse d'effets nocebo, et la CTBH (à droite), délibérée et structurée, sont illustrées à travers le cas d'une patiente en détresse refusant la pose d'une nouvelle VVP, après que l'équipe infirmière ait signalé que la précédente n'était plus fonctionnelle. En italique sous chaque réplique: l'outil mobilisé ou l'écueil rencontré.
CTBH: communication thérapeutique basée sur l'hypnose; VVP: voie veineuse périphérique.

Communication «classique»	CTBH
Patiente: «Je ne veux plus qu'on me touche. Je suis épuisée. Plus de piqûres»	
Médecin debout: «Je comprends, mais on n'a pas le choix. On doit essayer de poser une voie.» *Négation, essayer*	Le médecin s'assoit et parle avec douceur: «Pour l'instant, je ne fais rien, je reste avec vous. Vous me direz quand vous serez prête.» *Transe, synchroniser*
Patiente: «D'accord… mais je ne veux pas avoir mal!»	
«Ce n'est qu'une petite piqûre… ne vous inquiétez pas, ça ne va pas être long.» *Minimisation, négation*	«Mon but est que cela se passe le plus confortablement possible pour vous. C'est vous qui nous direz comment cela se passe. On avance tout doucement… calmement…» *Positiver, saupoudrer*
Patiente: «J'ai peur que ça rate encore.»	
«Ça va aller… Surtout, ne bougez pas.» *Négation*	«Je vais faire de mon mieux. Et la posture que vous avez là est parfaite: je vous invite à rester exactement comme ça. Excellent.» *Bannir «essayer», complimenter*
Patiente: «Faites sur le bras gauche.»	
«Ok. Attention, on pique!» *Alerte*	«Très bien, le gauche. On va commencer calmement, par nettoyer la peau. Vous sentez? C'est frais… et la fraîcheur endort déjà les sensations, un peu comme, enfants, quand on jouait longtemps dans la neige… Il est 11 h 30, un mercredi. Si vous étiez chez vous, à cette heure-ci, que feriez-vous?» *Saupoudrer, distraire*
Patiente: «*Aïe!*»	**Patiente: «Hmm… j'aurais tellement envie d'être chez moi, sur mon canapé, en train de lire.»**
-	«Excellent… Il est comment, ce canapé? Hmm… gris… je vois… avec une couverture, chaude? Et vous êtes en train de lire quoi… Excellent… Parfait, retrouvez ce calme, cette détente… Quand vous êtes prête, faites-moi un signe. Bien… Nous allons commencer calmement… C'est très bien. C'est fait. Magnifique.» *Saupoudrer, positiver, complimenter, distraire (questionnement dans les moindres détails)*
-	**Patiente: «C'est déjà fait?»; elle ferme les yeux, satisfaite.**

le praticien pourra demander: «nous allons commencer, mais dites-moi… il est 14 h 30: que feriez-vous d'agréable si vous n'étiez pas ici?». Pour soutenir le questionnement dans la durée, il est utile de recourir, comme moyen mnémotechnique, aux questions «qui, quoi, quand, où, pourquoi?», par analogie avec la règle des 5 W (Who, What, When, Where, Why) utilisée dans le domaine journalistique. En reprenant l'exemple précédent, le praticien peut alors poursuivre l'échange de la manière suivante: «ah, vous seriez en train de jardiner… Vous avez donc un jardin? Vous y passez beaucoup de temps? Quelles sont vos fleurs préférées?… Ah, les roses… Lesquelles? De quelle couleur? Et leur parfum, comment le décririez-vous?». La distraction repose donc sur un questionnement qui progresse pas à pas, s'intéressant au moindre détail et guidant le patient vers une description lente et factuelle, comme un film au ralenti, «photogramme par photogramme», pour reprendre l'expression du Dr Stefano Colombo.

Complimenter le patient

Les compliments valorisent les ressources du patient, renforcent son engagement dans les soins et contribuent à améliorer à la fois son expérience, certains résultats cliniques objectivables et le vécu du médecin. Des formulations simples comme «c'est très bien comme vous faites», «excellent» ou «parfait» aident le patient à maintenir une posture moins passive, voire active, pendant le geste. Par exemple: «je vous invite maintenant à respirer… profondément… excellent… encore… soufflez, loin, loin, loin… parfait… très, très bien!».[18]

Le **tableau 1** met en parallèle deux modalités de communication: une approche «classique», susceptible de générer des effets nocebo, et une approche fondée sur une CTBH délibérée et structurée.

CONCLUSION

L'intégration d'outils issus de l'hypnose dans la pratique clinique quotidienne implique une évolution des habitudes de communication, lesquelles sont profondément ancrées dans la pratique des soignants. L'enjeu n'est pas seulement de ne pas nuire par une communication inappropriée, mais de bien communiquer, à bon escient, afin d'en exploiter tout le potentiel thérapeutique. «Transe-former» l'échange ordinaire en une démarche délibérément soignante, c'est «transe-former» l'expérience du patient. L'effort en vaut la peine: comme le rappelle Steve de Shazer, «les mots étaient à l'origine magiques». Il serait insensé de l'ignorer.

Conflit d'intérêts: M. Coen est responsable du Programme Hypnose des HUG (PHH) et membre du conseil de fondation de l'Intitut Romand d'hypnose Suisse (IRHyS). Les autres auteurs n'ont pas de conflits d'intérêt.

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA pour la relecture, l'amélioration de paragraphes et le contrôle grammatical et orthographique, 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).

ORCID ID:
A. Berner: https://orcid.org/0000-0003-1915-7828
M. Coen: https://orcid.org/0000-0002-6156-1691

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La communication thérapeutique basée sur l'hypnose (CTBH) intègre les principes de l'hypnose clinique dans la communication quotidienne auprès des patients afin d'amplifier les effets bénéfiques du soin, et peut être utilisée par tout professionnel de santé.
- Une formation, même brève, interprofessionnelle et fondée sur la simulation est nécessaire pour ancrer durablement ces compétences.
- En situation clinique, le patient est dans un état d'hypersuggestibilité: chaque mot peut agir comme une suggestion.
- Éviter les formulations pouvant générer des effets nocebo (négations, avertissements, minimisations) constitue une intervention simple et sans coût.
- La CTBH clinique module la douleur et l'anxiété, et complète, sans les remplacer, les mesures antalgiques usuelles.

1 *Varga K. Suggestive techniques connected to medical interventions. Interv Med Appl Sci. 2013 Sep;5(3):95-100.
2 Elkins GR, Barabasz AF, Council JR, Spiegel D. Advancing research and practice: the revised APA Division 30 definition of hypnosis. Am J Clin Hypn. 2015 Apr;57(4):378-85.
3 Hansen E, Zech N. Nocebo Effects and Negative Suggestions in Daily Clinical Practice – Forms, Impact and Approaches to Avoid Them. Front Pharmacol. 2019 Feb 13;10:77.
4 *Renold C, Berner A, Coen M. Hypnose médicale: mythes et réalités. Rev Med Suisse. 2024 Jan 24;20(858):167-9.
5 Cheek DB, Rossi EL. Mind-Body Therapy: Methods of Ideodynamic Healing in Hypnosis. New York: W. W. Norton & Company, 2014.
6 *Darbellay C, Magnin S, Haidar Ahmad A, et al. La «communication thérapeutique» en médecine interne. Rev Med Suisse. 2022 Oct 16;18(801):2026-9.
7 Aramideh J, Ogez D, Rondeau É, Duval M, Sultan S. Development and refinement of Rel@x:A training in hypnosis-derived communication for pediatric nurses to prevent procedural pain. Br J Pain. 2022 Oct;16(5):546-59.
8 **Lang EV, Benotsch EG, Fick LJ, et al. Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures: a randomised trial. Lancet. 2000 Apr 29;355(9214):1486-90.
9 *Fusco N, Bernard F, Roelants F, et al. Hypnosis and communication reduce pain and anxiety in peripheral intravenous cannulation: Effect of Language and Confusion on Pain During Peripheral Intravenous Catheterization (KTHYPE), a multicentre randomised trial. Br J Anaesth. 2020 Mar;124(3):292-8.
10 Courtois-Amiot P, Cloppet-Fontaine A, Poissonnet A, et al. Hypnosis for pain and anxiety management in cognitively impaired older adults undergoing scheduled lumbar punctures: a randomized controlled pilot study. Alzheimers Res Ther. 2022 Sep 2;14(1):120.
11 *Schmutz T, Iglesias K, Peier F, et al. Effect of hypnotic communication on pain during arterial blood gas standardized procedures in the emergency department compared with traditional communication: a triple-blind randomized controlled trial (POPAIN study). Eur J Emerg Med. 2026 Jun 1;33(3):185-93.
12 Schmutz T, Pham-Dinh C, Aïm P. L'art de communiquer dans la relation médecin-patient. Rev Med Suisse. 2022 Avr 6;18(776):680-2.
13 **Lang EV, Hatsiopoulou O, Koch T, et al. Can words hurt? Patient-provider interactions during invasive procedures. Pain. 2005 Mar;114(1-2):303-9.
14 **Ott J, Aust S, Nouri K, Promberger R. An everyday phrase may harm your patients: the influence of negative words on pain during venous blood sampling. Clin J Pain. 2012 May;28(4):324-8.
15 Bontempo AC, Bontempo JM, Duberstein PR. Ignored, dismissed, and minimized: Understanding the harmful consequences of invalidation in health care-A systematic meta-synthesis of qualitative research. Psychol Bull. 2025 Apr;151(4):399-427.
16 Dilts R. The Study of the Structure of Subjective Experience. Meta Publications, 1980.
17 Zeig JK, Gilligan SG. Brief Therapy. Myths, Methods, And Metaphors. Londres: Routledge, 2013.
18 Zulman DM, Haverfield MC, Shaw JG, et al. Practices to Foster Physician Presence and Connection With Patients in the Clinical Encounter. JAMA. 2020 Jan 7;323(1):70-81.

* **à lire**
** **à lire absolument**

PUBLIREPORTAGE

BIOMED®

75 ANS DE BIOMED: AU SERVICE DE LA SANTÉ EN SUISSE DEPUIS 1951

Ce qui a commencé en 1951 avec un esprit entrepreneurial visionnaire est aujourd'hui devenu une entreprise pharmaceutique suisse solidement établie. Biomed AG célèbre son 75e anniversaire et, en tant qu'entreprise familiale indépendante, est profondément ancrée dans le marché de santé suisse.

Biomed est née dans un contexte exceptionnel. Après la Seconde Guerre mondiale, les restrictions à l'importation limitaient l'accès aux médicaments provenant de l'étranger. Le Dr Felix Tschudi et le pharmacien Albert Kupfer ont très tôt perçu le potentiel des partenariats internationaux, posant ainsi les bases d'une entreprise qui s'engage depuis lors à garantir l'accès à des produits de haute qualité.

Aujourd'hui, **Biomed** est établie à Dübendorf (ZH). L'entreprise commercialise des médicaments soumis à prescription, des médicaments en vente libre ainsi que des compléments alimentaires destinés au marché suisse. Son portefeuille comprend des vitamines et des minéraux, ainsi que des médicaments destinés au traitement des affections des voies respiratoires et urinaires, ainsi que des troubles touchant les cheveux et les ongles.



«Depuis toujours, nos valeurs priment sur les bénéfices à court terme.»

Thomas Wirth
CEO Biomed AG

Grâce à des médicaments reconnus tels que **Magnesiocard**, **Sinupret forte**, **Canephron** et **Biotine-Biomed forte 5 mg**, **Biomed** est aujourd'hui présente dans de nombreux cabinets médicaux, pharmacies, drogueries et foyers suisses. Avec quelques 60 collaborateurs, **Biomed** a délibérément choisi de conserver la structure agile d'une PME.



Une PME engagée et proche du marché suisse

Sa force réside dans la combinaison d'une longue expérience, d'une grande proximité avec le marché et de relations personnelles. À ce jour, Biomed demeure entièrement détenue par la famille Tschudi. Cette continuité façonne la culture de l'entreprise et sa vision à long terme. «Depuis toujours, nos valeurs priment sur les bénéfices à court terme. Bien entendu, la croissance et la rentabilité sont essentielles à toute entreprise. Mais pas à n'importe quel prix. Nous voulons continuer à développer Biomed de manière durable, en définissant consciemment nos priorités.» Thomas Wirth, CEO de **Biomed** AG.

En parallèle de ses domaines thérapeutiques établis, **Biomed** poursuit le développement continu de son portefeuille. Les vitamines et les minéraux demeurent un axe stratégique majeur. En 2024, **Magnesiocard** a célébré ses 40 ans sur le marché suisse. En 2025, la gamme s'est enrichie de **Magnesiocard Berry**, une saveur fraîche. La même année, **Biomed** a lancé **Vitafediol**, un médicament à base de calcifédiol destiné au traitement des carences en vitamine D. Plus récemment, **B12 Ankermann** a été introduit et est désormais également disponible pour les patientes et les patients en Suisse. Après 75 ans d'activité, **Biomed** reste fidèle à ses priorités : une croissance durable, des partenariats à long terme et une contribution responsable aux soins de santé en Suisse.

B12 Ankermann® (cyanocobalamine), préparation vitaminique, cat. D. | Biotine-Biomed® forte 5 mg (biotine), préparation vitaminique, cat. D. | Canephron® (petite centaurée, racine de livèche, feuilles de romarin), médicament urologique à base de plantes, cat. D. | Magnesiocard® (magnesii aspartatis hydrochloridum trihydricum), préparation à base de magnésium, cat. B. | Sinupret forte® (racine de gentiane, fleurs de primevère avec calice, herbe de rumex crépu, fleurs de sureau, verveine), médicament rhinologique, cat. D. | Vitafediol® (calcifédiol), préparation vitaminique, cat. B. | Pour des informations détaillées, voir www.swissmedicinfo-pro.ch.

Biomed AG, Überlandstrasse 199, CH-8600 Dübendorf. © Biomed AG. 05/2026. All rights reserved.

RMS_00000113

Prise en charge non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique

Dre MAËLLE ASKARI[a], Dre AMANDINE BERNER[a] et Pr SEBASTIAN CARBALLO[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1704-7 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49129

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) nécessite un diagnostic précis et une prise en charge multimodale, intégrant traitements pharmacologiques et interventions non médicamenteuses. La place de ces dernières est désormais bien établie, malgré un niveau d'évidence variable. Cet article synthétise les principales interventions non pharmacologiques chez les patients atteints d'ICC stable. Les données actuelles restent insuffisantes pour légitimer une restriction hydrique systématique, tandis qu'une restriction sodée modérée s'avère préférable à une restriction stricte. L'éducation thérapeutique structurée, la réhabilitation basée sur l'exercice et la prise en charge multidisciplinaire améliorent la qualité de vie, réduisent les hospitalisations et, pour certaines interventions, la mortalité.

Non-pharmacological management of chronic heart failure

Chronic heart failure (CHF) requires precise diagnosis and management combining pharmacological treatments and non-pharmacological interventions. Although their level of evidence remains variable, their place in the management of CHF is now well established. This article summarises data on the main non-pharmacological interventions in patients with stable CHF. Current data remain insufficient to justify systematic fluid restriction, while moderate sodium restriction proves preferable to strict restriction. Structured therapeutic education, exercise-based rehabilitation programs, and multidisciplinary management improve quality of life, reduce hospitalizations and, for certain interventions, mortality.

INTRODUCTION

L'insuffisance cardiaque chronique (ICC) représente un enjeu de santé publique majeur. En 2021, elle touchait environ 56 millions de personnes dans le monde, avec une prévalence de 1 à 3% chez l'adulte, dépassant 10% chez les plus de 75 ans.[1,2] Elle est associée à une morbi-mortalité importante et à une altération de la qualité de vie, constituant l'une des principales causes d'hospitalisation dans les pays occidentaux.[1] Son impact économique est considérable, avec un coût mondial estimé à 284 milliards de dollars en 2021.[3] Au-delà des avancées pharmacologiques, la prise en charge de l'ICC repose sur une approche multimodale, où les interventions non pharmacologiques jouent un rôle central, visant à prévenir les épisodes de décompensation et à améliorer la qualité de vie des patients.[4,5] Cependant, certaines recommandations reposent sur des données limitées ou hétérogènes. Cet article propose une synthèse des interventions non pharmacologiques dans l'ICC stable, en soulignant leur efficacité et leur niveau de preuve, à la lumière des données actuelles. Le **tableau 1** résume les recommandations et niveaux de preuve associés à chaque intervention.

RESTRICTION HYDRIQUE

Bien que largement utilisée en pratique clinique, la restriction hydrique (RH) voit son bénéfice remis en question. L'American Heart Association (AHA) la préconise avec un faible niveau de preuve et uniquement en cas d'ICC avancée compliquée d'hyponatrémie.[6] Dans ses recommandations de 2021, l'European Society of Cardiology (ESC) proposait la RH en cas de congestion réfractaire ou d'hyponatrémie.[4] Dans son rapport de consensus de 2024, elle recommande désormais une hydratation normale (1,5 à 2,5 l/jour) guidée par la sensation de soif, qu'il s'agisse d'une ICC stable ou décompensée.[7] Une méta-analyse de 2025 portant sur neuf essais randomisés contrôlés totalisant 961 patients a montré que la RH était associée à une diminution du BNP (brain natriuretic peptide) et du poids mais pas à une baisse de la mortalité (odds ratio (OR): 0,65; intervalle de confiance (IC) 95%: 0,38-1,14) ou des réhospitalisations (différence de risque (DR): -0,10; IC 95%: -0,24 à 0,04) ni à une amélioration de la qualité de vie.[8] En outre, cette stratégie était associée à une élévation de la créatinine et à une détresse liée à la soif.[8] Ces résultats doivent être interprétés avec prudence: la population étudiée était hétérogène, incluant à la fois des patients ambulatoires stables et des patients hospitalisés pour décompensation cardiaque aiguë, avec des classes fonctionnelles NYHA (New York Heart Association) I à IV et des fractions d'éjection du ventricule gauche (FEVG) aussi bien préservées que réduites. De plus, plusieurs de ces essais associaient la RH à une restriction sodée (RS) et/ou à un traitement diurétique, rendant difficile l'attribution des effets à la seule RH.[8] Une revue systématique de 2026, incluant 4 essais randomisés totalisant 682 patients, corrobore ces observations.[9] La majorité des patients présentait une ICC stable de classe NYHA II à III, sans hospitalisation récente. Dans cet article, les auteurs ne retrouvaient pas de bénéfice significatif de la RH sur la mortalité, les hospitalisations ou la qualité de vie, mais notaient une soif plus marquée. L'hétérogénéité et le haut risque de biais pour trois des études n'ont pas permis de réaliser une méta-analyse. Par ailleurs, les patients les plus symptomatiques (NYHA III-IV) étaient peu représentés. En l'absence de données suffisamment solides, la pertinence clinique de la RH reste incertaine. Elle ne saurait donc être recommandée de façon systématique

[a]Service de médecine interne générale, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
maelle.askari@hug.ch | amandine.berner@hug.ch | sebastian.carballo@hug.ch

TABLEAU 1 **Approches non pharmacologiques dans l'insuffisance cardiaque chronique**

Classes de recommandation ACC/AHA et ESC: **Classe I**: l'intervention est utile et efficace et devrait être réalisée; **Classe IIa**: il est raisonnable de réaliser l'intervention, le niveau de preuve étant en faveur de son utilité; **Classe IIb**: l'intervention peut être envisagée, son utilité étant moins bien établie; **Classe III**: l'intervention n'est pas recommandée en raison d'une absence de bénéfice ou d'un risque de préjudice.
Niveaux de preuve ACC/AHA: **Niveau A**: preuves de haute qualité provenant d'au moins deux essais contrôlés randomisés bien conduits, de méta-analyses d'essais de haute qualité, ou d'essais corroborés par des registres de haute qualité; **Niveau B-R**: preuves de qualité modérée provenant d'au moins un essai contrôlé randomisé ou de méta-analyses d'études de qualité modérée; **Niveau C-LD**: preuves limitées provenant d'études de petite taille, de rapports de cas ou d'études présentant des défauts méthodologiques; **Niveau C-EO**: consensus d'experts en l'absence de preuves scientifiques solides.
Niveaux de preuve ESC: Niveau A: données provenant de multiples essais contrôlés randomisés ou de méta-analyses d'essais randomisés; **Niveau B**: données provenant d'un seul essai contrôlé randomisé ou de grandes études non randomisées de bonne qualité; **Niveau C**: consensus d'opinion d'experts et/ou petites études, études rétrospectives ou registres.
ACC: American College of Cardiology; AHA: American Heart Association; ESC: European Society of Cardiology; ICC: insuffisance cardiaque chronique.

Recommandations et bénéfices cliniques	Classe de recommandation ACC/AHA et ESC	Niveau de preuve ACC/AHA	Niveau de preuve ESC
Restriction hydrique: à considérer uniquement en cas d'ICC avancée avec hyponatrémie, résistance aux diurétiques et/ou congestion réfractaire	Classe IIb	C-LD	Non mentionné
Restriction sodée: un apport sodé quotidien maximal de 5 g/jour peut être envisagé pour améliorer la qualité de vie et les symptômes	Classe IIa	C-LD	Non mentionné
Bas de contention: relève de l'appréciation clinique individuelle en l'absence d'études	Non mentionné	Non mentionné	Non mentionné
Éducation thérapeutique: sous diverses formes (consultations individuelles, programmes multidisciplinaires, groupes de soutien, suivi téléphonique) avec suivi prolongé (au moins 6 mois), permet de réduire la mortalité et les hospitalisations et améliore la qualité de vie.	Classe I	B-R	A
Réadaptation basée sur l'activité physique: programmes structurés d'exercice physique régulier pour améliorer la capacité fonctionnelle, la qualité de vie et réduire les hospitalisations	Classe I	A	A
Prise en charge multidisciplinaire: incluant des programmes structurés de gestion de l'ICC avec une attention particulière aux transitions hôpital-domicile permet de réduire la mortalité et les réhospitalisations	Classe I	A	A

à l'ensemble des patients atteints d'ICC compensée. Elle pourrait en revanche être envisagée en cas d'ICC sévère avec hyponatrémie, de résistance aux diurétiques ou de congestion réfractaire malgré un traitement médical optimal.

RESTRICTION SODÉE

Une enquête nationale de 2024, incluant 863 résidents suisses, a montré une consommation moyenne de sel de 8,7 g/jour.[10] Seuls 21% des femmes et 8% des hommes présentaient une consommation inférieure au seuil maximal de 5 g de sel par jour recommandé par l'OMS.[10] Dans son rapport de consensus de 2024, l'ESC maintient cette recommandation générale de santé publique, tout en soulignant que les données disponibles ne soutiennent pas une RS sévère chez les patients atteints d'ICC stable.[7] Elle préconise ainsi le maintien d'un apport sodé normal, soit 1,5 à 4 g/jour de sodium (correspondant à environ 3,8 à 10 g de sel/jour), plutôt qu'une RS plus stricte.[4,7] L'essai randomisé SODIUM-HF a comparé une RS inférieure à 1,5 g/jour à une alimentation habituelle chez 806 patients. Il incluait des patients ambulatoires avec une ICC stable NYHA II à III, une FEVG réduite ou préservée (FEVG médiane: 36%). Si la RS n'a pas démontré d'effet sur la mortalité ni sur les hospitalisations pour cause cardiovasculaire, elle s'est accompagnée d'une amélioration significative de la classe fonctionnelle NYHA et de la qualité de vie.[11] Ces résultats ont été confirmés par une méta-analyse de 2023 portant sur 17 essais randomisés totalisant 1705 patients.[12] De plus, une étude observationnelle a rapporté une association entre un apport sodé inférieur à 2,5 g/jour et une mortalité toutes causes plus élevée chez les patients avec une FEVG réduite, suggérant qu'une RS modérée (2 à 3 g/jour) serait préférable à une restriction plus stricte.[6,12,13] Ces données plaident contre une RS stricte, rejoignant la position de l'ESC 2024, avec comme objectif le maintien d'une balance sodée neutre et un apport physiologique en sodium (1,5 à 4 g/jour), tout en conservant les recommandations générales d'une consommation de sel à moins de 5 g/jour.[4,7]

BAS DE CONTENTION

Le recours aux bas de contention est fréquent dans la pratique, notamment pour soulager les œdèmes et contrebalancer l'hypotension orthostatique induite par les traitements de l'insuffisance cardiaque tels que le sacubitril-valsartan. L'efficacité de leur port est certaine pour réduire l'œdème des membres inférieurs et la gêne associée en cas d'insuffisance veineuse chronique.[14] Dans l'ICC stable, en revanche, elle n'est pas établie. Quant à leur innocuité chez les patients avec une FEVG abaissée, une petite étude hémodynamique suggère un profil de sécurité favorable.[15] En l'absence de données suffisantes, la prescription de bas de contention au long cours, chez des patients stables atteints d'ICC, relève de l'appréciation clinique individuelle.

ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE

L'éducation thérapeutique (ET) regroupe l'ensemble des interventions destinées à aider le patient à acquérir et

préserver les compétences nécessaires à la gestion quotidienne de sa maladie.[16] Cette démarche englobe plusieurs dimensions: compréhension de la maladie et de son évolution, reconnaissance des signes de décompensation, amélioration de l'observance thérapeutique grâce à une meilleure connaissance des traitements, et adaptation du mode de vie.[6,16] Les modalités d'intervention sont variées: consultations individuelles avec un infirmier spécialisé, programmes multidisciplinaires, visites à domicile, suivi téléphonique ou encore groupes de soutien.[6] Lorsqu'elle est dispensée de manière structurée, l'ET s'accompagne d'une réduction significative de la mortalité, d'une diminution des hospitalisations et d'une amélioration de la qualité de vie.[6,17] La durée de l'intervention, idéalement supérieure à six mois, constitue l'un des facteurs déterminants pour optimiser l'impact clinique.[18] L'ET est ainsi un pilier incontournable de la prise en charge de l'ICC, soutenu par une recommandation de classe I (ESC et AHA).[4,6]

PROGRAMMES DE RÉADAPTATION CARDIAQUE BASÉS SUR L'EXERCICE PHYSIQUE

Les données sur l'impact des programmes de réadaptation cardiaque basés sur l'exercice physique (EP) dans l'ICC restent limitées en termes de mortalité et d'hospitalisations. L'essai le plus large, HF-ACTION, publié en 2009 et portant sur 2331 patients ambulatoires avec une FEVG ≤ 35%, n'a pas démontré de réduction significative de la mortalité ou des hospitalisations (critère primaire composite) après un programme d'EP de 3 mois.[19] Après ajustement pour quatre facteurs pronostiques indépendants (durée de l'EP, FEVG, fibrillation auriculaire et état dépressif associé) ainsi que pour l'étiologie de l'ICC, l'EP était associé à une réduction de 11% de la mortalité ou des hospitalisations (hazard ratio (HR): 0,89; IC 95%: 0,81-0,99).[19] Une revue Cochrane de 2024 confirme l'absence de différence significative sur la mortalité, mais met en évidence une probable réduction des hospitalisations pour insuffisance cardiaque, avec un niveau de certitude modéré.[20] Les données sont plus solides concernant la qualité de vie, la capacité fonctionnelle et la performance à l'effort, qui s'améliorent chez les patients physiquement actifs.[6,19,20] Concernant le type d'EP, l'entraînement aérobie est le mieux documenté, à une intensité de 80% de la fréquence cardiaque maximale, 30 à 60 minutes trois fois par semaine.[6] L'entraînement en résistance est désormais recommandé en complément, pour ses bénéfices sur la capacité fonctionnelle et la qualité de vie.[21] Une étude rétrospective monocentrique a rapporté que l'entraînement fractionné de haute intensité (high-intensity interval training, HIIT) serait associé à une meilleure survie à 10 ans chez des patients avec une FEVG réduite.[22] Le HIIT améliorerait la $\dot{V}O_2$ max (consommation maximale d'oxygène) ainsi que l'efficacité ventilatoire et favoriserait une réversion du remodelage ventriculaire.[22] Malgré un effet incertain sur la mortalité, l'activité physique régulière et les programmes structurés de réadaptation cardiaque constituent des interventions sûres, associées à une amélioration de la capacité fonctionnelle et de la qualité de vie, ainsi qu'à une probable réduction des hospitalisations. Chez les patients atteints d'ICC stable, ces programmes sont recommandés par l'ESC.[23]

PROGRAMMES DE PRISE EN CHARGE MULTIDISCIPLINAIRE

Une prise en charge multidisciplinaire de l'ICC, impliquant médecins internistes généralistes, cardiologues, infirmiers, pharmaciens, diététiciens, physiothérapeutes, psychologues et assistants sociaux, est préconisée. Elle comprend des programmes de réadaptation, des interventions d'autogestion et une attention particulière portée aux transitions hôpital-domicile. Une méta-analyse en réseau mise à jour en 2026 a confirmé que les visites à domicile par des infirmières, initiées entre 24 heures et 10 jours après la sortie selon les études, constituaient l'intervention la plus efficace pour réduire les réhospitalisations par rapport aux soins usuels (risque relatif (RR): 0,67; IC 95%: 0,52-0,86).[24] Le rôle de l'infirmier englobe la coordination des soins, la surveillance clinique, l'ET, la facilitation des transitions de soins et le soutien psychosocial, constituant un pilier central des programmes multidisciplinaires. Ces approches ont démontré un impact significatif sur la mortalité.[24] Une méta-analyse *Cochrane* publiée en 2019, portant sur 47 essais randomisés contrôlés, a par ailleurs montré que les interventions multidisciplinaires coordonnées et la gestion par des *case managers* réduisaient la mortalité et le risque de réadmission, avec un niveau de preuve faible à modéré. Vingt-six essais concernaient spécifiquement le case management et était associé à une réduction de la mortalité (RR: 0,78; IC 95%: 0,68-0,90), avec un niveau de preuve faible.[25] L'ESC recommande donc d'intégrer les patients atteints d'ICC dans de tels programmes.[4]

AUTRES APPROCHES

D'autres mesures non pharmacologiques, telles que le sevrage tabagique ou la vaccination contre la grippe et les pneumocoques, occupent une place essentielle dans la prise en charge de l'ICC et sont associées à un bénéfice clinique démontré. Leur discussion détaillée dépasse le cadre de cet article.

CONCLUSION

La prise en charge non pharmacologique de l'insuffisance cardiaque chronique stable repose sur des interventions aux niveaux de preuve hétérogènes. Certaines pratiques historiquement ancrées, comme la restriction hydrique systématique, ne sont plus justifiées par les données actuelles. À l'inverse, l'éducation thérapeutique structurée, la réadaptation par l'exercice et le suivi multidisciplinaire incluant des visites infirmières à domicile disposent de preuves solides et devraient être systématiquement proposés.

Conflit d'intérêts: S. Carballo est co-auteur d'un article cité en référence. Les autres auteur-es n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-es ont déclaré avoir utilisé l'IA pour certaines reformulations linguistiques 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).

ORCID ID:
A. Berner: https://orcid.org/0000-0003-1915-7828
S. Carballo: https://orcid.org/0000-0002-8344-4293

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La restriction hydrique n'est pas recommandée systématiquement chez les patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique.
- Une restriction sodée modérée (1,5 à 4 g de sodium par jour, soit 3,8 à 10 g de sel/jour) peut être envisagée pour améliorer la qualité de vie et réduire les symptômes, tout en maintenant la recommandation de santé publique d'un apport en sel inférieur à 5 g/jour.
- Le port de bas de contention n'est pas indiqué dans la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique.
- L'éducation thérapeutique constitue un pilier essentiel de la prise en charge moderne de l'insuffisance cardiaque chronique.
- La pratique d'une activité physique durant 30 à 60 minutes trois fois par semaine et la participation à un programme structuré de réadaptation cardiaque sont recommandées chez ces patients.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Une recherche bibliographique dans les bases de données PubMed et Embase a été effectuée, en incluant des articles publiés en anglais ou en français entre 1980 et 2026. Les articles ont été sélectionnés s'ils concernaient des patients adultes atteints d'insuffisance cardiaque chronique stable, et s'ils évaluaient l'impact d'interventions non pharmacologiques sur des critères cliniquement pertinents tels que la mortalité, les hospitalisations, la qualité de vie, les symptômes ou certains paramètres biologiques. Les principaux mots-clés utilisés étaient «chronic heart failure» et «non-pharmacological management». Ces deux termes ont été combinés aux mots-clés suivants: «fluid restriction», «water restriction», «sodium restriction», «dietary sodium», «compression stockings», «compression therapy», «therapeutic patient education», «self-management», «heart failure education», «exercise training», «physical activity», «cardiac rehabilitation», «quality of life», «hospitalization», «mortality» et «NYHA».

1 Fonarow GC, Ahmad FS, Ahmad T, et al. HF STATS 2025: Heart Failure Epidemiology and Outcomes Statistics An Updated 2025 Report from the Heart Failure Society of America. J Card Fail. 2026 Feb;32(2):439-98. DOI: 10.1016/j.cardfail.2025.07.007.

2 Carballo D, Stirnemann J, Garin N, et al. Eligibility for sacubitril-valsartan in patients with acute decompensated heart failure. ESC Heart Fail. 2020 Jun;7(3):1282-90. DOI: 10.1002/ehf2.12676.

3 Darvish M, Shakoor A, Feyz L, et al. Heart failure: assessment of the global economic burden. Eur Heart J. 2025 Aug 14;46(31):3069-78. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaf323.

4 **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021 Sep 21;42(36):3599-726. DOI: 10.1093/eurheartj/ehab368.

5 Murphy SP, Ibrahim NE, Januzzi Jr JL. Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Review. JAMA. 2020 Aug 4;324(5):488-504. DOI: 10.1001/jama.2020.10262.

6 *Heidenreich PA, Bozkurt B, Aguilar D, et al. 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. Circulation. 2022 May 3;145(18):e876-94. DOI: 10.1161/CIR.0000000000001062.

7 Mullens W, Damman K, Dhont S, et al. Dietary sodium and fluid intake in heart failure. A clinical consensus statement of the Heart Failure Association of the ESC. Eur J Heart Fail. 2024 Apr;26(4):730-41. DOI: 10.1002/ejhf.3244.

8 Hsu SM, Lin YH, Lin YC, et al. Fluid intake impact on heart failure: Systematic review and meta-analysis with trial sequential analysis. J Formos Med Assoc. 2025 Jul;124(7):650-9. DOI: 10.1016/j.jfma.2024.11.017

9 Herrmann JJ, van Berlo R, Brunner-La Rocca HP, et al. Fluid restriction in patients with heart failure: a systematic review. Heart. 2026 Jan 13. DOI: 10.1136/heartjnl-2025-326784.

10 Chelbi ST, Gianini J, Gagliano V, et al. Swiss Salt Study 2, second survey on salt consumption in Switzerland: Main results. Food Risk Assess Eur. 2024 Jun 3;2(2):0031E. DOI: 10.2903/fr.efsa.2024.FR-0031.

11 Ezekowitz JA, Colin-Ramirez E, Ross H, et al. Reduction of dietary sodium to less than 100 mmol in heart failure (SODIUM-HF): an international, open-label, randomised, controlled trial. Lancet. 2022 Apr 9;399(10333):1391-400. DOI: 10.1016/S0140-6736(22)00369-5.

12 Colin-Ramirez E, Sepehrvand N, Rathwell S, et al. Sodium Restriction in Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Clinical Trials. Circ Heart Fail. 2023 Jan;16(1):e009879. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.122.009879.

13 Doukky R, Avery E, Mangla A, et al. Impact of Dietary Sodium Restriction on Heart Failure Outcomes. JACC Heart Fail. 2016 Jan;4(1):24-35. DOI: 10.1016/j.jchf.2015.08.007.

14 Rabe E, Partsch H, Hafner J, et al. Indications for medical compression stockings in venous and lymphatic disorders: An evidence-based consensus statement. Phlebology. 2018 Apr;33(3):163-84. DOI: 10.1177/0268355516689631.

15 Bickel A, Shturman A, Sergeiev M, et al. Hemodynamic effect and safety of intermittent sequential pneumatic compression leg sleeves in patients with congestive heart failure. J Card Fail. 2014 Oct;20(10):739-46. DOI: 10.1016/j.cardfail.2014.07.004.

16 Barnason S, White-Williams C, Rossi LP, et al. Evidence for Therapeutic Patient Education Interventions to Promote Cardiovascular Patient Self-Management: A Scientific Statement for Healthcare Professionals From the American Heart Association. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2017 Jun;10(6):e000025. DOI: 10.1161/HCQ.0000000000000025.

17 Juillière Y, Jourdain P, Suty-Selton C, et al. Therapeutic patient education and all-cause mortality in patients with chronic heart failure: a propensity analysis. Int J Cardiol. 2013 Sep 20;168(1):388-95. DOI: 10.1016/j.ijcard.2012.09.030.

18 Jonkman NH, Westland H, Groenwold RHH, et al. What Are Effective Program Characteristics of Self-Management Interventions in Patients With Heart Failure? An Individual Patient Data Meta-analysis. J Card Fail. 2016 Nov;22(11):861-71. DOI: 10.1016/j.cardfail.2016.06.422.

19 O'Connor CM, Whellan DJ, Lee KL, et al. Efficacy and safety of exercise training in patients with chronic heart failure: HF-ACTION randomized controlled trial. JAMA. 2009 Apr 8;301(14):1439-50. DOI: 10.1001/jama.2009.454.

20 *Molloy C, Long L, Mordi IR, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Mar 7;3(3):CD003331. DOI: 10.1002/14651858.CD003331.pub6.

21 Fisher S, Smart NA, Pearson MJ. Resistance training in heart failure patients: a systematic review and meta-analysis. Heart Fail Rev. 2022 Sep;27(5):1665-82. DOI: 10.1007/s10741-021-10169-8.

22 Hsu CC, Fu TC, Wang CH, et al. High-Intensity Interval Training Is Associated With Improved 10-Year Survival by Mediating Left Ventricular Remodeling in Patients With Heart Failure With Reduced and Mid-Range Ejection Fraction. J Am Heart Assoc. 2024 Feb 6;13(3):e031162. DOI: 10.1161/JAHA.123.031162.

23 Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J. 2021 Jan 1;42(1):17-96. DOI: 10.1093/eurheartj/ehaa605.

24 Dai X, Wu Y. Comparative effectiveness of transitional care interventions for hospital-to-home transition in heart failure: an updated systematic review and network meta-analysis. BMC Cardiovasc Disord. 2026 May 15. DOI: 10.1186/s12872-026-05929-z.

25 **Takeda A, Martin N, Taylor RS, Taylor SJ. Disease management interventions for heart failure. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Jan 8;1(1):CD002752. DOI: 10.1002/14651858.CD002752.pub4.

* **à lire**
** **à lire absolument**

Gabapentinoïdes et BPCO : analgésie ou asphyxie ?

Dr JEREMY H. MARTIN,[a] Pr THOMAS AGORITSAS,[a] Dre ANNE ROSSEL[a] et Dre PAULINE DARBELLAY FARHOUMAND[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1708-12 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49154

Les gabapentinoïdes sont largement prescrits chez les patients atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), malgré des alertes de plusieurs agences réglementaires concernant leur potentiel effet dépresseur respiratoire. Trois études observationnelles de grande envergure menées au Canada, en Grande-Bretagne et au Japon, ont été publiées entre 2024 et 2025. Elles rapportent de façon concordante une association entre l'initiation d'un traitement par gabapentinoïdes et une augmentation de 20 à 40% du risque d'exacerbation de la BPCO. Cette revue synthétise ces nouvelles données, discute de leurs limites et de leur interprétation, et examine leurs implications pour la pratique clinique.

Gabapentinoids and COPD: analgesia or asphyxia?

Gabapentinoids are widely prescribed for patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), despite safety warnings issued by several regulatory agencies regarding their potential respiratory depressant effects. Three large observational studies conducted in Canada, United Kingdom and Japan have been published between 2024 and 2025. They have consistently reported an association between the initiation of gabapentinoid therapy and a 20 to 40% increase in the risk of COPD exacerbations. This review summarizes these findings, discusses their interpretation, their limits, and the implications for clinical practice.

INTRODUCTION

Les gabapentinoïdes, principalement la gabapentine et la prégabaline, sont largement prescrits pour le traitement des douleurs neuropathiques et de certaines formes d'épilepsie. Leur utilisation a fortement augmenté au cours des deux dernières décennies, y compris en Suisse, avec une extension des prescriptions hors Autorisation de Mise sur le Marché (AMM).[1] Leur efficacité est la mieux documentée pour le traitement de la polyneuropathie diabétique et de la névralgie post-zostérienne, ainsi qu'en traitement adjuvant de l'épilepsie focale. Dans d'autres indications à l'origine de nombreuses prescriptions, telles que la lombalgie avec ou sans radiculalgie ou certaines douleurs neuropathiques d'autre origine, les preuves disponibles, de qualité variable, suggèrent un bénéfice clinique faible ou absent.

[a]Service de médecine interne générale, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
jeremy.martin@hug.ch | thomas.agoritsas@hug.ch | anne.rossel@hug.ch
pauline.darbellay@hug.ch

Les gabapentinoïdes sont souvent prescrits chez les patients âgés et polymorbides, notamment ceux atteints de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Cette atteinte respiratoire s'accompagne souvent de comorbidités cardiovasculaires, métaboliques, psychiatriques et musculosquelettiques.[2] Parmi celles-ci, la douleur chronique est fréquente et contribue aux limitations fonctionnelles, à l'altération de la qualité de vie et au développement de troubles anxieux.[3] Dans une étude américaine menée en soins ambulatoires, plus de 10% des patients atteints de BPCO recevait un traitement par gabapentinoïdes.[4]

Entre 2016 et 2019, plusieurs agences réglementaires, dont la Food and Drug Administration, Santé Canada et l'Agence européenne des médicaments, ont émis des alertes concernant un risque potentiel de dépression respiratoire associé aux gabapentinoïdes, en particulier chez les patients présentant une pathologie respiratoire chronique ou recevant des dépresseurs du système nerveux central.[5] Ces avertissements reposaient sur des séries de cas, des données de pharmacovigilance et des études observationnelles à effectifs limités.[6] Jusqu'à récemment, peu de données solides permettaient d'évaluer l'impact spécifique des gabapentinoïdes sur la survenue d'exacerbation de la BPCO.

MÉCANISMES PHYSIOPATHOLOGIQUES

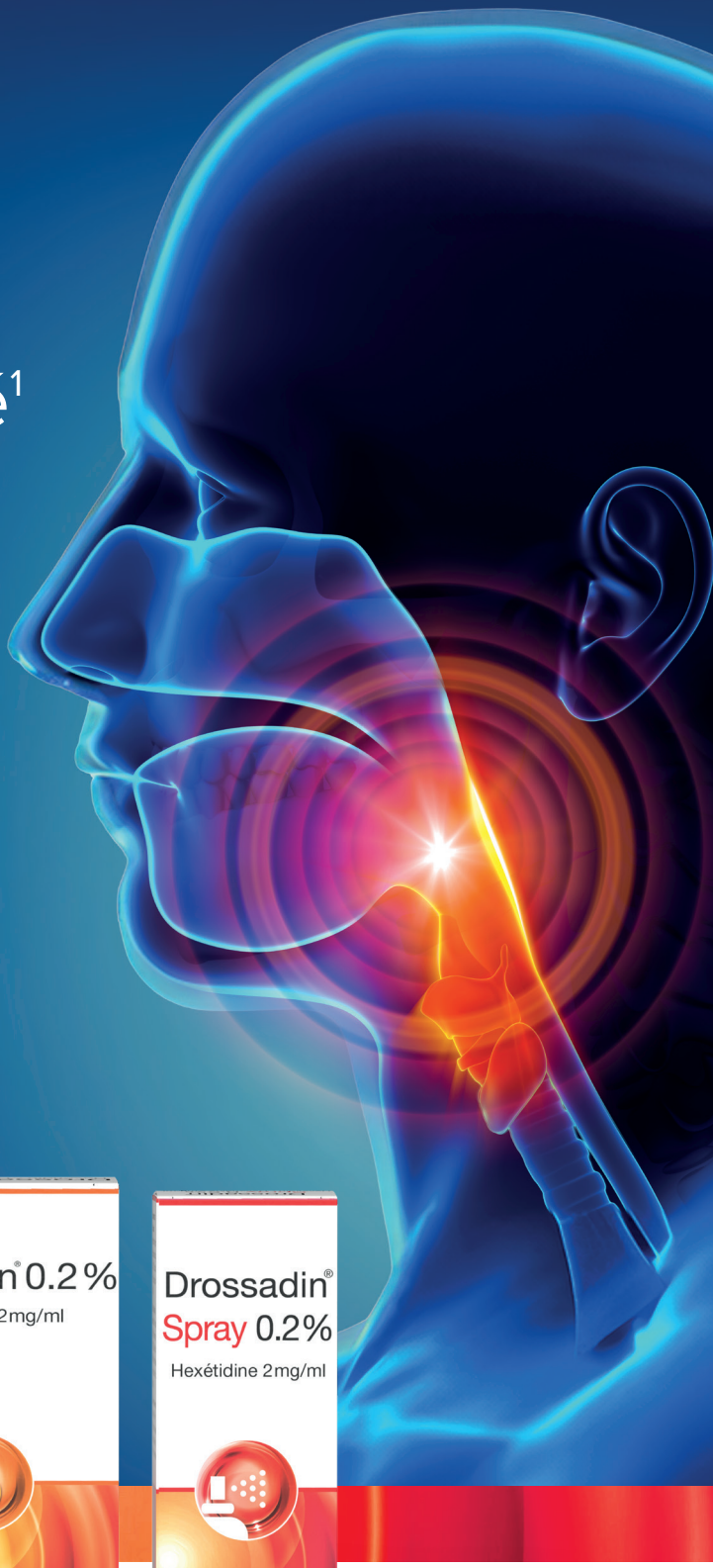
La gabapentine et la prégabaline se lient à la sous-unité α2δ–1 exprimée dans le système nerveux central et périphérique, mais les mécanismes expliquant leur action sont encore imparfaitement compris. Historiquement, leur effet était attribué à une modulation des canaux calciques voltage-dépendants qui réduisait la libération de neurotransmetteurs excitateurs. Des données plus récentes suggèrent que leur effet pourrait être plutôt médié par une liaison aux complexes formés entre α2δ–1 et les récepteurs du NMDA (N-méthyl-D-aspartate), limitant l'expression synaptique et l'hyperactivité de ces récepteurs, impliquée notamment dans les mécanismes de sensibilisation centrale de la douleur neuropathique.[7]

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer un risque accru de décompensation respiratoire chez les patients atteints de BPCO. Les gabapentinoïdes peuvent induire une dépression respiratoire centrale, particulièrement lorsqu'ils sont associés à d'autres dépresseurs du système nerveux central comme les opioïdes, les benzodiazépines ou certains hypnotiques.[8,9] Chez les patients atteints de BPCO, ces effets pourraient être majorés par une réserve ventilatoire réduite, une hypercapnie chronique préexistante et une polymédication fréquente. Par ailleurs, les gabapentinoïdes sont parfois utilisés hors AMM

Drossadin®

Antiseptique pour la gorge à effet prolongé[1]

- **Antibactérien**[1,2], **antiviral**[3,4], **antifongique**[1,5]
- Effet **anesthésique local** et effet **antiphlogistique**[6,7,8]
- **2× par jour** – matin et soir[1]



jusqu'à **12** heures[1]



Toute la gamme **remboursée par les caisses-maladie**[9]

Drossadin®. C : Solution à 0.1 % : 1 mg/ml. Solution à 0.2 % et spray : 2 mg/ml d'hexétidine. **I :** Affections inflammatoires aiguës au niveau bucco-pharyngien. **P/M :** 2× par jour, rincer ou gargariser avec 15 ml de solution non diluée, ou appliquer à l'aide d'un tampon. Spray : 5 à 10 pulvérisations 2× par jour. **CI :** Hypersensibilité au principe actif ou aux excipients. **PR :** Ne pas avaler. Contient de l'éthanol. **IA :** L'hexétidine est inactivée par les savons et les alcalis. **EI :** Très rares : réactions au site d'administration, dyspnée en cas d'hypersensibilité, coloration de la langue ou des dents. **Prés. :** Solution à 0.1 % et 0.2 % : flacons de 200 ml. **(D).** Spray à 0.2 % : flacon de 50 ml. **(D).** Admis par les caisses-maladie. Pour des informations détaillées, consulter www.swissmedicinfo.ch. **Mise à jour de l'info. :** sept. 2021. **Drossapharm SA, 4002 Bâle.**

Références : 1 Swissmedicinfo.ch. **2** Ernst C. P., Canbek K., Dillenburger A., Willershausen B. Clinical study on the effectiveness and side effects of hexetidine and chlorhexidine mouthrinses versus a negative control. Quintessence Int 2005; 36:641–52. **3** Kramer A., Assadian O., Auszug aus: Wallhäussers Praxis der Sterilisation, Desinfektion, Antiseptik und Konservierung (2008), 214–215, Tabelle 8.2, Orientierende Einschätzung antiseptischer Wirkstoffe in der Anwendungskonzentration. **4** Deryabin G. A. *et al.* Analysis of Antiviral Properties of Hexoral in vitro against some viruses that cause acute respiratory infections and herpes. Bulltin of Experimental Biology and Medicine, Vol. 160, No. 3, January 2016 Virology, 353–356. **5** Hunkirchen M., Lingener S. Klinische Erfahrungen mit Hexoral® bei entzündlichen Veränderungen der Mundhöhle. DDZ 1969; 23:223–6. **6** Graf K. H. Klinische Erfahrungen bei der Behandlung entzündlicher Affektionen im Bereich der Mundschleimhaut. ZWR 1968; 69:121–2. **7** Sharma N. C., Galustians H. J., Qaqish J., Charles C.H., Vincent J. W., McGuire J. A. Antiplaque and antigingivitis effectiveness of a hexetidine mouthwash. J Clin Periodontol 2003; 30:590–4. **8** Kapić *et al.* Hexetidine – oral antiseptic, Institut za Farmakologiju, Linićcku Farmakologiju i Toksikologiju, Medicinski Fakultet Univerziteta u Sarajevu, Medininski archiv: 2002; 56(1): 43–48. **9** www.listedesspecialites.ch.

Toutes les références sont disponibles sur demande auprès de Drossapharm.

DROSSA PHARM

RMS_00000156
DRO_I00009_10/2025

dans la toux chronique réfractaire, sur la base de données suggérant une inhibition centrale de l'hypersensibilité du réflexe tussigène.[10,11] Cette modulation centrale pourrait altérer certains mécanismes de défense respiratoire. La sédation induite pourrait également favoriser une diminution de la clairance bronchique et une réduction de l'activité physique.

DONNÉES OBSERVATIONNELLES RÉCENTES

Trois études observationnelles de grande envergure, utilisant des stratégies méthodologiques visant à limiter les biais, ont été publiées entre 2024 et 2025. Elles ont évalué l'association entre l'exposition aux gabapentinoïdes et la survenue d'exacerbations de la BPCO. Un résumé synoptique est présenté dans le **tableau 1**.

Étude canadienne

Rahman et coll. ont publié en 2024 une étude de cohorte basée sur les données administratives de 27008 patients atteints de BPCO suivis en ambulatoire entre 1994 et 2015.[12] Les nouveaux utilisateurs de gabapentinoïdes étaient appariés selon un ratio de 1:1 à des non-utilisateurs comparables et éligibles au même moment du suivi, selon la durée de la BPCO, l'indication du traitement (épilepsie, douleurs neuropathiques ou autres douleurs chroniques), l'âge, le sexe, l'année calendaire et un score de propension. L'initiation d'un traitement par gabapentine ou prégabaline était associée à une augmentation du risque d'exacerbation sévère nécessitant une hospitalisation, avec un Hazard Ratio (HR) ajusté de 1,39 (intervalle de confiance (IC) 95%: 1,29-1,50). Cette association persistait dans les analyses de sensibilité, indépendamment de plusieurs marqueurs indirects de sévérité de la BPCO et de l'utilisation concomitante d'opioïdes ou de benzodiazépines. Aucune différence significative entre la gabapentine et la prégabaline n'a été mise en évidence. Cette étude constitue le premier signal d'une association entre l'utilisation de gabapentinoïdes et la survenue d'exacerbations sévères de la BPCO. Une limite importante à cette étude réside dans l'absence d'informations sur le statut tabagique ou les résultats de spirométrie des patients inclus.

Étude britannique

Olaoye et coll. ont publié en 2025 une étude similaire de près de 60 000 patients suivis entre 1993 et 2021.[13] Les résultats sont concordants avec l'étude précédente. Les données cliniques, plus détaillées, permettent un ajustement approfondi, incluant le statut tabagique, les paramètres spirométriques (volume expiratoire maximal par seconde (VEMS), rapport de Tiffeneau), les scores de dyspnée et les exacerbations antérieures. L'initiation d'un traitement par gabapentinoïdes a été associée à une augmentation de la survenue d'exacerbations de la BPCO nécessitant une hospitalisation (HR ajusté: 1,43; IC 95%: 1,35-1,52). Les analyses stratifiées, y compris selon le statut tabagique et la sévérité de la BPCO, ainsi que les analyses de sensibilité étaient concordantes avec les résultats

TABLEAU 1 **Résumé synoptique des trois études observationnelles**

[a]Indisponible en Suisse. [b]Dose déterminée selon la dose équivalente en prégabaline: faible: < 150 mg/jour; modérée: 151-300 mg/jour; élevée: > 300 mg/jour.
ATC: antidépresseurs tricycliques; BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive; CPRD: Clinical Practice Research Datalink; HES: Hospital Episode Statistics; HR: Hazard Ratio; IC 95%: intervalle de confiance à 95%; IRSN: inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline; NDB: National Database of Health Insurance Claims and Specific Health Checkups of Japan; ONS: Office for National Statistics; RAMQ: Régie de l'assurance maladie du Québec.

Caractéristiques	Rahman, 2024[12]	Olaoye, 2025[13]	Kimura, 2025[14]
Pays, source des données	Québec (Canada), RAMQ	Royaume-Uni, CPRD + HES + ONS	Japon, NDB
Période d'étude	1994–2015	1993–2021	2015-2022
Population	27008 patients atteints de BPCO, ≥ 55 ans	59764 patients atteints de BPCO, ≥ 55 ans	Patients ≥ 40 ans atteints de BPCO, 36138 vs 960 patients (cohorte ATC); 43917 vs 4563 patients (cohorte IRSN)
Exposition	Nouveaux utilisateurs de la gabapentine ou de la prégabaline Indications: épilepsie, douleurs neuropathiques, autres douleurs chroniques		Nouveaux utilisateurs de la gabapentine, de la prégabaline ou de la mirogabaline[a] Indications: douleurs neuropathiques et autres douleurs chroniques
Comparateur	Non-utilisateurs		Comparateurs actifs: ATC ou IRSN
Méthode d'ajustement	Appariement 1:1 par score de propension conditionnel au temps (time-conditional propensity score)		Pondération par score de propension avec recouvrement (overlap propensity score weighting)
Critère de jugement principal	Première exacerbation sévère de la BPCO nécessitant une hospitalisation ou décès lié à une exacerbation		Première exacerbation de la BPCO nécessitant une corticothérapie systémique
Résultat principal (IC 95%)	Taux d'incidence: 15,1 (14,2-16,1) vs 8,3 (8,0-8,6)/100 personnes-années; HR: 1,39 (1,29-1,50)	Taux d'incidence: 12,6 (12,0-13,2) vs 7,4 (7,2-7,6)/100 personnes-années; HR: 1,43 (1,35-1,52)	ATC: Taux d'incidence: 67,8 vs 46,7/100 personnes-années; HR: 1,21 (1,03-1,42) IRSN: taux d'incidence: 68,8 vs 51,4/100 personnes-années; HR: 1,18 (1,10-1,28)
Relation dose-réponse (IC 95%)	Non évaluée		[b]Faible dose: HR: 1,19 (1,02-1,40) Dose moyenne: HR: 1,44 (1,12-1,85) Dose élevée: HR: 1,19 (0,72-1,97)
Commentaires	Premier signal d'alerte populationnel, absence de données sur le tabagisme et les valeurs de spirométrie	Ajustement approfondi incluant statut tabagique, valeurs de spirométrie et scores de dyspnée	Comparaison avec d'autres dépresseurs du système nerveux central (IRSN et ATC), exploration de l'effet dose-réponse (analyse exploratoire)

primaires. De plus, cette étude est la seule qui fournit une analyse secondaire de l'association en fonction de la durée d'utilisation. Elle suggère que l'association est la plus forte au cours de la première année d'utilisation continue, puis diminue progressivement.

Étude japonaise

Kimura et coll. ont publié en 2025 une étude de cohorte utilisant une base de données nationale de remboursement de soins.[14] Les patients atteints de BPCO ayant débuté des gabapentinoïdes entre 2015 et 2022 y sont appariés à des patients similaires recevant soit des antidépresseurs tricycliques (ATC), soit des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) prescrits pour les mêmes indications (douleurs neuropathiques ou chroniques). Le critère de jugement principal était la première exacerbation de la BPCO nécessitant une corticothérapie systémique. Dans la cohorte comparée aux ATC, les gabapentinoïdes étaient associés à une incidence plus élevée d'exacerbations (67,8 vs 46,7 pour 100 personnes-années), avec un HR de 1,21 (IC 95%: 1,03-1,42). Une association similaire a été observée dans la cohorte comparée aux IRSN (68,8 vs 51,4 pour 100 personnes-années), avec un HR de 1,18 (IC 95%: 1,10-1,28). Les auteurs concluent que les gabapentinoïdes pourraient augmenter la survenue d'exacerbations de la BPCO nécessitant des corticoïdes, par rapport à d'autres médicaments agissant sur le système nerveux central et utilisés pour les mêmes indications. À noter que l'analyse du taux d'exacerbations au cours du suivi n'a pas montré d'association significative avec l'exposition aux gabapentinoïdes. Cette différence s'explique probablement par le fait que les deux analyses portaient sur des critères de jugement distincts (première exacerbation versus nombre total d'exacerbations). Des analyses exploratoires de l'effet dose-réponse ont montré une association plus forte pour les doses moyennes que pour les doses faibles. Pour les patients sous hautes doses, l'association n'était pas significative en raison d'un IC plus large, mais le HR était comparable (**tableau 1**).

DISCUSSION

Ces études observationnelles rapportent une association entre l'exposition aux gabapentinoïdes et la survenue d'exacerbations de la BPCO modérée à sévère.

Plusieurs éléments renforcent la crédibilité de ce résultat. Tout d'abord, l'association est retrouvée dans des systèmes de santé différents, sur des périodes distinctes, tant avant qu'après les alertes émises par les agences de surveillance. Les données proviennent de registres centralisés, recueillis de manière standardisée. Les effectifs inclus sont importants et les stratégies d'ajustement sont rigoureuses. La cohorte britannique a notamment élargi l'ajustement à la sévérité de la BPCO et au statut tabagique. Les trois études s'intéressent aux nouveaux utilisateurs des gabapentinoïdes. Ceci permet de mieux établir que l'exposition précède la survenue des exacerbations et réduit les biais associés à l'inclusion d'utilisateurs de longue date. Les critères de jugement sont clairement définis et leur méthode de détection est similaire dans les groupes comparés. La force de l'association reste modérée (HR entre 1,2 et 1,5) mais l'augmentation relative de 20 à 50% de la survenue d'exacerbations paraît cliniquement pertinente au vu de la fréquence et des conséquences des exacerbations chez les patients atteints de BPCO.

En ce qui concerne les limitations, la possibilité d'une confusion résiduelle, inhérente à la nature observationnelle des études, ne peut être exclue. Les indications des gabapentinoïdes pourraient elles-mêmes être associées à un risque accru d'exacerbation, malgré les stratégies d'ajustement utilisées. Toutefois, la cohérence des résultats dans des cohortes indépendantes, avec des comparateurs différents et des ajustements de plus en plus complets, rend moins probable qu'un facteur confondant non mesuré explique entièrement l'association observée. Si les deux autres études ont intégré des marqueurs indirects de sévérité de la BPCO dans leurs modèles d'ajustement, seule l'étude britannique a réalisé des analyses selon différents marqueurs de sévérité de la maladie (VEMS, dyspnée, et antécédents d'exacerbations). L'association y persistait dans l'ensemble des sous-groupes. Bien que ces études permettent d'évaluer l'association entre l'initiation des gabapentinoïdes et la survenue d'exacerbations de la BPCO, elles ne permettent pas de se prononcer sur les conséquences d'une exposition prolongée, ni sur l'impact de leur interruption chez des utilisateurs de longue date. Dans l'étude japonaise, l'association observée avec la survenue d'une première exacerbation ne s'accompagnait pas d'une augmentation significative du nombre total d'exacerbations. Des analyses complémentaires seraient nécessaires pour mieux comprendre le rôle des gabapentinoïdes dans le fardeau global des exacerbations et éclairer les décisions quant aux patients atteints de BPCO et utilisateurs de ces traitements au long cours. Enfin, la relation dose-réponse n'a été explorée que dans une seule étude, et de manière partielle. Ces données ne permettent pas de déterminer s'il existe un seuil posologique associé à un risque accru d'exacerbation, ni de savoir si certains schémas d'adaptation posologique pourraient modifier ce risque. Ces incertitudes restent des pistes pour de futures recherches.

CONCLUSION

Trois études observationnelles de grande envergure et méthodologiquement robustes ont mis en évidence un signal de survenue d'exacerbations de la BPCO chez les nouveaux utilisateurs de gabapentinoïdes qu'on ne peut ignorer et qui justifie les alertes émises par les autorités de surveillance. En attendant les prochaines recommandations des grandes sociétés savantes, le principe de précaution s'applique lors de l'initiation de ces traitements. Dans un contexte d'augmentation de l'utilisation des gabapentinoïdes hors AMM, les signaux rapportés sont suffisamment préoccupants pour justifier une utilisation raisonnée, le partage de la décision et l'exploration d'alternatives avec le patient, ainsi que la surveillance active des effets indésirables. Il persiste des incertitudes, en particulier sur l'impact des gabapentinoïdes sur la fréquence des exacerbations, sur l'attitude à adopter chez les patients atteints de BPCO prenant des gabapentinoïdes de longue date, ainsi que sur la modulation du risque par la posologie. Les données sont insuffisantes, à ce stade, pour guider la pratique sur ces questions, mais invitent à la prudence.

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

Utilisation de l'IA: les auteurs ont déclaré avoir utilisé l'IA comme aide à la rédaction pour raccourcir ou reformuler certains paragraphes et pour générer une traduction anglaise préliminaire. Ils ont ensuite validé la version finale de l'article.

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

ORCID ID:
J. Martin: https://orcid.org/0009-0001-0728-5868
T. Agoritsas: https://orcid.org/0000-0002-6182-9969
A. Rossel: https://orcid.org/0000-0001-7367-2340
P. Darbellay: https://orcid.org/0000-0003-4108-4266

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les gabapentinoïdes devraient être utilisés avec prudence chez les patients atteints de BPCO.
- Les données justifient une évaluation individuelle du rapport bénéfice-risque avant leur initiation, et l'exploration d'alternatives.
- Une surveillance clinique renforcée paraît particulièrement pertinente durant la première année suivant l'introduction.
- Les données disponibles concernent les nouveaux utilisateurs de gabapentinoïdes et ne permettent pas de guider la pratique chez les patients traités au long cours.
- Des données complémentaires sont nécessaires avant de pouvoir formuler des recommandations concernant la poursuite du traitement, son interruption ou les stratégies d'adaptation posologique chez les patients atteints de BPCO.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Les études citées dans cette revue ont été identifiées par une recherche dans la base de données Medline via PubMed. La stratégie de recherche associait les termes «gabapentin», «pregabalin», «gabapentinoid*», «chronic obstructive pulmonary disease», «COPD», «exacerbat*», «respiratory» et «hospital*». Les références bibliographiques des articles identifiés ainsi que les communications des autorités réglementaires ont été consultées afin d'identifier d'éventuelles publications pertinentes.

1 Chan AYL, Yuen ASC, Tsai DHT, et al. Gabapentinoid consumption in 65 countries and regions from 2008 to 2018: a longitudinal trend study. Nat Commun. 2023 Aug 17;14(1):5005. DOI: 10.1038/s41467-023-40637-8.
2 Barnett K, Mercer SW, Norbury M, et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012 Jul 7;380(9836):37-43. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60240-2.
3 Lee AL, Harrisson SL, Goldstein RS, Brooks D. Pain and its clinical associations in individuals with COPD: a systematic review. Chest. 2015 May;147(5):1246-58. DOI: 10.1378/chest.14-2690.
4 Vergara M, Soric MM, King O, et al. Prescribing Patterns of Gabapentinoids in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disorder. COPD. 2026 Dec;23(1):2596683. DOI: 10.1080/15412555.2025.2596683.
5 American Academy of Pain Medecine. FDA warns about serious breathing problems with seizure and nerve pain medicines gabapentin and pregabalin [En ligne]. U.S. Food and Drug Administration. 2019. Disponible sur: https://painmed.org/fda-warns-about-serious-breathing-problems-with-seizure-and-nerve-pain-medicines-gabapentin/
6 Gomes T, Juurlink DN, Antoniou T, et al. Gabapentin, opioids, and the risk of opioid-related death: A population-based nested case-control study. PLoS Med. 2017 Oct 3;14(10):e1002396. DOI: 10.1371/journal.pmed.1002396.
7 Chen J, Li L, Chen SR, et al. The α2δ–1-NMDA Receptor Complex Is Critically Involved in Neuropathic Pain Development and Gabapentin Therapeutic Actions. Cell Rep. 2018 Feb 27;22(9):2307-21. DOI: 10.1016/j.celrep.2018.02.021.
8 Chincholkar M. Gabapentinoids: pharmacokinetics, pharmacodynamics and considerations for clinical practice. Br J Pain. 2020 May;14(2):104-14. DOI: 10.1177/2049463720912496.
9 Bykov K, Bateman BT, Franklin JM, Vine SM, Patorno E. Association of Gabapentinoids With the Risk of Opioid-Related Adverse Events in Surgical Patients. JAMA Netw Open. 2020 Dec 1;3(12):e2031647. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.31647.
10 Ryan NM, Birring SS, Gibson PG. Gabapentin for refractory chronic cough: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet. 2012 Nov 3;380(9853):1583-9. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)60776-4.
11 Vertigan AE, Kapela SL, Ryan NM, et al. Pregabalin and Speech Pathology Combination Therapy for Refractory Chronic Cough. Chest. 2016 Mar;149(3):639-48. DOI: 10.1378/chest.15-1271.
12 *Rahman AA, Dell'Aniello S, Moodie EEM, et al. Gabapentinoids and Risk for Severe Exacerbation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Population-Based Cohort Study. Ann Intern Med. 2024 Feb;177(2):144-54. DOI: 10.7326/M23-0849.
13 **Olaoye O, Dell'Aniello S, Ernst P, Suissa S, Renoux C. Risk of severe Exacerbation Associated with Gabapentinoid Use in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Population-Based Cohort Study. COPD. 2025 Dec;22(1):2534002. DOI: 10.1080/15412555.2025.2534002.
14 *Kimura Y, Jo T, Inoue N, et al. Gabapentinoids and Risk for Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Ann Am Thorac Soc. 2025 Dec;22(12):1843-52. DOI: 10.1513/AnnalsATS.202411-1230OC.

* **à lire**
** **à lire absolument**

Comment intégrer l'ETP et le soutien à l'autogestion dans la pratique clinique ?

Associer davantage les patient-e-s aux décisions qui touchent à leur santé : telle est l'ambition de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et du soutien à l'autogestion. En reconnaissant leurs vécus et en développant progressivement leurs compétences et leur autonomie afin de gérer au mieux leur maladie chronique et leur vie avec la maladie, ces approches font évoluer la relation de soin vers un véritable partenariat.

Au-delà des consultations

Vivre avec une maladie ne se résume pas aux consultations ou aux traitements. Chaque jour, les patient-e-s prennent des décisions, adaptent leurs comportements et font face aux répercussions de la maladie dans leur vie personnelle, familiale ou professionnelle. La qualité de la prise en charge dépend aussi de leur capacité à mobiliser leurs ressources, à prendre des décisions éclairées et à relever ces défis. L'ETP et le soutien à l'autogestion accompagnent précisément ce processus.

Une évolution de la relation de soin

L'ETP et le soutien à l'autogestion font évoluer la relation entre les professionnel-le-s de la santé et les patient-e-s, qui deviennent des partenaires à part entière. Leur vécu, leurs priorités et leurs objectifs sont pris en compte dans les décisions qui concernent leur santé.

Le rôle des professionnel-le-s évolue lui aussi. Au-delà du diagnostic et du traitement, ils et elles accompagnent le développement des compétences d'autogestion. Cette posture repose sur l'écoute active, la définition commune d'objectifs, la prise de décision partagée et la prise en compte des ressources et des besoins des patient-e-s. L'évolution des pratiques passe donc aussi par une évolution de la formation continue.

Un levier pour renforcer la qualité des soins

L'ETP et le soutien à l'autogestion renforcent le sentiment d'auto-efficacité, l'engagement des patient-e-s et le partenariat de soins. Leur mise en œuvre repose sur une communication adaptée, une collaboration interprofessionnelle cohérente et, lorsque cela est pertinent, l'implication des proches.

Des conditions organisationnelles favorables sont également essentielles pour intégrer durablement ces approches. L'ETP et le soutien à l'autogestion contribuent ainsi à renforcer l'autonomie des patient-e-s, la qualité des parcours de soins et une culture du partenariat au sein des organisations de santé.

Nouvelle page thématique

Pour accompagner les professionnel-le-s, Promotion Santé Suisse met à disposition une nouvelle page thématique réunissant :

- les huit piliers du soutien à l'autogestion et de l'ETP ;
- le concept de soutien à l'autogestion lors de MNT, de maladies psychiques et d'addictions ;
- le guide introductif à l'ETP de l'OMS ;
- les standards et critères de qualité applicables aux offres de soutien à l'autogestion ;
- un panorama des offres de formation en Suisse ;
- des ressources et des références pour la mise en œuvre d'interventions de soutien à l'autogestion et d'ETP.

Découvrir:

RMS_00000124

Traitement de la pneumonie communautaire hospitalière en 2026: mise au point

Dr BENOÎT PECHÈRE[a], Pre VIRGINIE PRENDKI[b,c], Pr NICOLAS GARIN[a,d], Dre SARAH PEROLINI[a] et Dr CHRISTOPHE MARTI[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1714-8 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49189

La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est fréquemment traitée empiriquement. Les données récentes suggèrent qu'une bithérapie associant bêtalactamines et macrolides est indiquée pour les patients hospitalisés en unité non monitorée, en présence de signes de sévérité (p. ex. score SOFA – Sequential Organ Failure Assessment ≥ 2), notamment en raison d'un possible effet anti-inflammatoire des macrolides, malgré une faible prévalence des germes atypiques. L'élargissement du spectre antibiotique contre les bactéries multirésistantes devrait reposer sur la sévérité de la pneumonie et les facteurs de risque individuels de colonisation, plutôt que sur le seul lieu d'acquisition afin d'éviter une surprescription. Enfin, la corticothérapie adjuvante pourrait bénéficier aux PAC de sévérité modérée avec une C-Reactive Protein (CRP) élevée.

Treatment of community-acquired pneumonia requiring hospital admission: update

Community-acquired pneumonia (CAP) is most often empirically treated. Recent data suggest that beta-lactam-macrolide combination therapy is indicated for patients requiring hospital admission, particularly in the presence of signs of severity (for example, SOFA -Sequential Organ Failure Assessment – score ≥ 2), due to the potential anti-inflammatory effect of macrolides, despite the low prevalence of atypical organisms. Broadening the antibiotic spectrum against multidrug-resistant bacteria should be based on severity and individual risk factors for resistant bacteria rather than solely on the site of acquisition, to avoid overprescription. Finally, adjunctive corticosteroid therapy may also benefit moderately severe CAP with elevated C-Reactive Protein (CRP).

INTRODUCTION

La pneumonie aiguë communautaire (PAC) est une infection grave et fréquente et une des principales causes de décès par maladie infectieuse en Suisse.[1] Les coûts sont estimés en Europe à plus de 10 milliards d'euros par an.[2] Le rendement des explorations microbiologiques étant faible et leurs résultats généralement indisponibles au diagnostic, le traitement repose sur une antibiothérapie initialement empirique.

[a]Service de médecine interne générale, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [b]Service de médecine interne de l'âgé, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [c]Service des maladies infectieuses, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [d]Service de médecine interne générale, Centre hospitalier de Rennaz, 1847 Rennaz
benoit.pechere@hug.ch | virginie.prendki@hug.ch | nicolas.garin@hug.ch
sarah.perolini@hug.ch | christophe.marti@hug.ch

Cet article vise à synthétiser les dernières preuves concernant l'ajout de macrolide, la couverture empirique des bactéries résistantes et la place des corticostéroïdes. Cet article s'intéresse à la prise en charge hospitalière des PAC. Les pneumonies non sévères en ambulatoire, chez l'immunosupprimé, et les pneumonies d'origine virale ne seront pas abordées.

CHOIX DE L'ANTIBIOTHÉRAPIE EMPIRIQUE

La stratification du risque dans la PAC est basée sur des scores pronostiques validés tels que le PSI (Pneumonia Severity Index) ou le CURB-65 (Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, and age ≥ 65 years old) qui prédisent la mortalité à 30 jours et identifient des patients à faible risque pouvant être pris en charge en ambulatoire.[3]

Parmi les patients hospitalisés, la majorité est admise dans des unités de soins aigus standard. L'admission en unité monitorée est indiquée en présence d'insuffisance respiratoire sévère ou d'instabilité hémodynamique.[4]

La sévérité de la PAC peut donc être définie pragmatiquement par le niveau de soins nécessaires. Dans cet article, la sévérité des PAC ambulatoires sera considérée comme légère, celle des patients admis en unité standard comme modérée et celle des patients admis en unité monitorée comme sévère.

Une monothérapie par bêtalactamines est recommandée pour les pneumonies ambulatoires et une bithérapie pour les PAC sévères.[3-5] Pour les PAC sévères, les recommandations nord-américaines proposent d'associer une bêtalactamine à un macrolide ou une fluoroquinolone.[5] L'European Respiratory Society (ERS) recommande de préférer les macrolides aux quinolones.[4]

La durée de l'antibiothérapie peut être adaptée à la sévérité initiale et à l'évolution clinique: 3 à 5 jours pour une pneumonie légère ou modérée avec stabilité clinique, et 5 à 7 jours dans les autres cas.[6]

Le rationnel motivant l'ajout d'un macrolide se base sur la couverture de bactéries dites atypiques, un possible effet additif sur les bactéries usuelles et un possible effet immunomodulateur de cette classe d'antibiotiques.[7]

La prévalence des bactéries atypiques (*Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila* et *Chlamydia pneumoniae*) est incertaine

en l'absence de dépistage systématique et compte tenu de la sensibilité limitée des tests diagnostiques disponibles. Elle est évaluée à environ 5 à 8% pour *Mycoplasma pneumoniae* et 3 à 5% pour *Legionella* spp.[8] Ces prévalences sont sujettes à d'importantes variations, comme le montrent les récentes épidémies européennes.[9,10]

Concernant l'effet immunomodulateur des macrolides, il a été rapporté une diminution de la neutrophilie, de la production d'interleukine (IL-8), d'élastase et de plusieurs cytokines pro-inflammatoires (par exemple l'IL-1bêta, molécule-clé de la cascade inflammatoire).[7]

Ces bénéfices potentiels doivent toutefois être mis en balance avec les inconvénients liés à l'ajout systématique d'un macrolide, à savoir les effets indésirables possibles de ce traitement (notamment l'allongement de l'intervalle QT et d'éventuelles interactions médicamenteuses chez des patients âgés polymédiqués), le coût additionnel et la pression de sélection accrue de germes résistants.

Les quinolones respiratoires (lévofloxacine, moxifloxacine) ne sont plus recommandées en première intention, notamment par les guidelines de l'ERS[4] car associées à une forte sélection de résistances.[11] Elles exposent de plus à des effets indésirables tendineux et vasculaires ayant notamment conduit la Food and Drug Administration (FDA) américaine à émettre plusieurs mises en garde concernant leur utilisation.[12]

BITHÉRAPIE DANS LA PAC MODÉRÉE

Plusieurs essais cliniques randomisés ont été menés pour tenter de préciser le bénéfice de la bithérapie chez les patients avec une PAC de sévérité modérée.

Une étude suisse publiée en 2014 a comparé une monothérapie par bêtalactamine (principalement amoxicilline-acide clavulanique) à une bithérapie bêtalactamine-macrolide chez 580 patients admis à l'hôpital pour une PAC.[13] La stabilité clinique à 7 jours tendait à être plus fréquente dans le groupe bithérapie. L'IC autour de l'estimation de l'effet dépassait la marge de non-infériorité (8%) définie par les auteurs, et ne permettait pas de conclure à la non-infériorité de la monothérapie. Une tendance similaire en faveur de la bithérapie était observée pour la mortalité à 30 (4,8 vs 3,4%) et à 90 jours (8,2 vs 6,9%), ainsi que pour l'augmentation significative des réadmissions à 30 jours dans le groupe monothérapie (7,9 vs 3,1%, p < 0,01). Les analyses de sous-groupes suggéraient une interaction entre le bénéfice de la bithérapie et la sévérité de la PAC (PSI classe IV ou CURB-65 ≥ 2) ou la présence de germes atypiques.

Récemment, l'étude ACCESS, un essai randomisé contrôlé en double aveugle, a comparé une monothérapie par bêtalactamines à une bithérapie bêtalactamines-macrolides pour des PAC hospitalisées (score SOFA – Sequential Organ Failure Assessment ≥ 2, taux de procalcitonine ≥ 0,25 ng/ml).[14] La bithérapie a donné de meilleurs résultats sur le critère de jugement primaire (réduction significative des symptômes respiratoires de 68 à 38% et diminution de la réponse inflammatoire évaluée avec le score SOFA et/ou les valeurs de procalcitonine à 4 jours). Le succès clinique à 8 jours (32 vs 17%), 14 jours (69 vs 53%) et 28 jours (62 vs 50%), ainsi que la progression vers des dysfonctions organiques (6 vs 17%) étaient aussi en faveur de la bithérapie. Néanmoins, l'étude manquait de puissance pour établir un bénéfice sur la mortalité (20 vs 28%, p = 0,25). La sévérité élevée des patients (âge médian: 81 ans, PSI médian: 122) limite l'extrapolation à l'ensemble des PAC modérées. Malgré la faible prévalence de bactéries atypiques, les effets observés sur l'inflammation semblent soutenir les propriétés anti-inflammatoires des macrolides et leur association à une bêtalactamine chez les patients hospitalisés avec critères de sévérité.

Ces résultats nuancés peuvent s'expliquer par l'hétérogénéité clinique des études, notamment en termes de sévérité. L'étude suisse suggéraient une interaction entre le bénéfice de la bithérapie et la sévérité de la PAC.[13] Les scores PSI et CURB-65 prédisent la mortalité mais reflètent aussi l'âge et les comorbidités, contrairement aux critères mineurs de l'ATS (American Thoracic Society) (**tableau 1**) et au score SOFA, plus adaptés à la sévérité intrinsèque de la pneumonie.[15]

L'adjonction d'un macrolide pourrait donc être réservée aux patients admis à l'hôpital avec des critères de sévérité. De plus, l'étude suisse suggérait une absence de bénéfice chez les patients avec recherche de bactéries atypiques négative, soutenant la pratique actuelle consistant à interrompre les macrolides après réception de ces résultats.[13]

ÉLARGISSEMENT DU SPECTRE ANTIBIOTIQUE

La bithérapie par bêtalactamines et macrolides constitue un traitement empirique efficace dans la plupart des PAC. Toutefois, un certain nombre de pathogènes, tels que les bactéries productrices de bêtalactamases à spectre élargi (BLSE), les staphylocoques résistants à la méticilline (MRSA) ou certaines bactéries Gram négatif (*Pseudomonas aeruginosa*, *Stenotrophomonas,* etc.) peuvent présenter une résistance à ce traitement. Leur prévalence varie selon les régions sous l'effet de la pression de sélection antibiotique et des comorbidités (**tableau 2**).[16] La non-couverture de ces pathogènes peut donc s'avérer problématique en cas de prévalence élevée ou de PAC sévère. À l'inverse, une surprescription d'antibio-

TABLEAU 1 **Critères de sévérité de l'American Thoracic Society**

Pneumonie sévère en présence d'1 critère majeur ou ≥ 3 critères mineurs.
FiO_2: fraction inspirée d'oxygène; G: Giga; PaO_2: pression artérielle en oxygène.

Critères majeurs
• Ventilation mécanique invasive
• Choc septique nécessitant des vasopresseurs
Critères mineurs
• Fréquence respiratoire > 30/min
• PaO_2/FiO_2 < 250
• Atteinte multilobaire
• Confusion
• Urée > 20 mg/dl
• Leucopénie (< 4 G/l)
• Thrombopénie (< 100 G/l)
• Hypothermie (< 36 °C)
• Hypotension nécessitant remplissage

tiques à large spectre peut contribuer à l'émergence de BMR (bactérie multi-résistante).

Une étude nord-américaine incluant 2000 patients a montré que 40% recevaient une antibiothérapie empirique à spectre élargi contre le Pseudomonas ou MRSA, bien que seuls 3% avaient une documentation microbiologique de ces germes.[17] Cette stratégie était associée à une augmentation significative de la mortalité, de la durée de séjour et du risque d'infection à *Clostridium difficile*. Les pathogènes non couverts étaient rares (1,4% vs 0,6% pour le large spectre et la thérapie standard respectivement), suggérant une surutilisation importante d'antibiotiques à spectre élargi.

L'indication d'une antibiothérapie à spectre élargi reposait traditionnellement sur le lieu d'acquisition de l'infection.[18] Ce critère est toutefois remis en question, notamment pour les pneumonies associées aux soins. Ainsi, l'ATS recommande de traiter les pneumonies acquises en établissements médico-sociaux comme des PAC.[19]

Une étude japonaise prospective multicentrique a étudié une stratégie d'antibiothérapie fondée sur la sévérité de la pneumonie et les facteurs de risque d'être porteur d'un germe BMR (**tableau 2**) plutôt que le seul lieu d'acquisition.[16] Regroupant des PAC en établissement médicosocial, à l'hôpital, ou chez des patients sous ventilation mécanique, les patients étaient traités par une antibiothérapie à spectre élargi en présence d'au moins deux facteurs de risque de BMR lors de pneumonie non sévère ou d'au moins un facteur de risque lors de pneumonie sévère (**tableau 3**).

Les taux de BMR étaient de 25,8% avec ≥ 2 critères, contre 5,3% avec 0-1 critère. L'algorithme permettait une antibiothérapie adéquate chez 96,3% des patients en limitant l'usage d'antibiotiques à spectre élargi. Une thérapie inappropriée était significativement associée à une hausse de la mortalité. Les principaux prédicteurs de BMR étudiés dans cette population japonaise étaient similaires à ceux d'une règle de prédiction dérivée et validée dans une population nord-américaine.[20]

Ces données suggèrent de guider l'élargissement par la sévérité et les facteurs de risque individuels de BMR plutôt que par le lieu d'acquisition.

CORTICOTHÉRAPIE ADJUVANTE

Les recommandations préconisent l'administration d'une corticothérapie lors de PAC sévère associée à un syndrome de détresse respiratoire aiguë ou à un choc septique.[5,7,21] Néanmoins, les résultats restent contrastés. Ainsi, l'étude CAPE-COD a montré une réduction de 50% de la mortalité dans une population de PAC sévères admises aux soins intensifs.[22] Les études ESCAPe et REMAP-CAP publiées en 2025 n'ont en revanche pas montré de diminution de la mortalité.[23,24]

L'hétérogénéité majeure des estimations de l'effet des corticostéroïdes peut s'expliquer par des différences importantes entre études en termes de sévérité, de molécule étudiée et de délai d'administration. De plus, les études rapportent une estimation de l'effet moyen du traitement, mais il est vrai-

TABLEAU 2 Facteurs de risques de bactérie multirésistante

[a]Index de Barthel < 50 ou performance status ≥ 3.

- Immunosuppression
- Antibiothérapie dans les 180 jours
- Hospitalisation > 48 heures dans les 90 derniers jours
- Statut fonctionnel diminué[a]
- Hémodialyse

(*Adapté de réf.* [20]).

TABLEAU 3 Traitement antibiotique de la pneumonie admise à l'hôpital

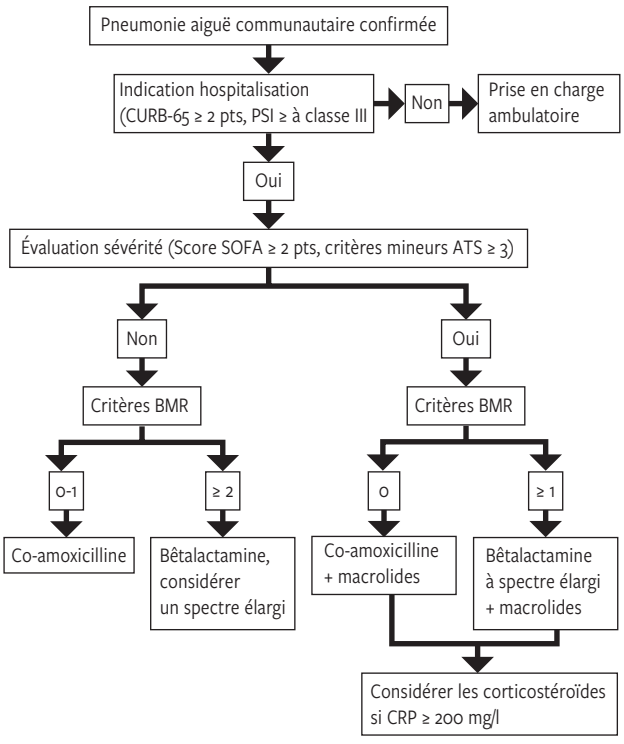
[a]CURB65 ≥ 3, PSI V, admission Soins Intensifs, assistance ventilatoire.
BMR: bactéries multirésistantes; CURB-65: Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, and age ≥ 65 years old; PSI: Pneumonia Severity Index.

		Facteurs de risques BMR	
		≥ 1	≥ 2
Critères de sévérité[a]	Présents	Couverture large spectre	Couverture large spectre
	Absents	Pas de couverture large spectre	Couverture large spectre

(*Adapté de réf.* [20]).

FIG 1 Aide décisionnelle au traitement de la pneumonie admise à l'hôpital

Critères BMR: antibiothérapie intraveineuse dans les 180 jours/Hospitalisation > 48 heures dans les 90 jours/Résident EMS ou fonctionnalité réduite/hémodialyse. ATS: American Thoracic society; BMR: bactéries multirésistantes; CRP: C-reactive protein; CURB-65: Confusion, Urea, Respiratory rate, Blood pressure, and age ≥ 65 years old; EMS, établissement medicosocial; PSI: Pneumonia Severity Index; SOFA Sequential Organ Failure Assessment.



(*Selon réf.* [19]).

semblable que l'effet du traitement puisse varier au sein de la population étudiée.

Pour explorer cette hétérogénéité, une méta-analyse sur données individuelles, incluant les huit essais randomisés les plus récents et 3 224 patients, s'est intéressée aux facteurs prédictifs d'un effet bénéfique des corticostéroïdes.[25] L'étude a démontré que l'élévation de la C-Reactive Protein (CRP) était un déterminant important de l'effet du traitement. Ainsi, une diminution significative de la mortalité était observée chez les patients avec une CRP > 204 mg/l (Odds Ratio (OR): 0,43; IC 95%: 0,25-0,76), alors qu'une absence probable de bénéfice était observée chez les patients avec une CRP inférieure (OR: 0,98; IC 95%: 0,63 -1,5). En revanche, dans cette analyse il n'y avait pas d'interaction significative entre la sévérité de la PAC selon le score PSI et l'effet du traitement. Ce résultat, qui s'appuie sur un rationnel biologique, suggère que le niveau d'inflammation mesuré par la CRP pourrait permettre d'identifier les patients avec PAC susceptibles de bénéficier d'une corticothérapie. Ces résultats nécessiteraient d'être confirmés par un essai contrôlé randomisé basé sur ce critère avant d'envisager de l'intégrer dans les recommandations et les pratiques.

SYNTHÈSE

Au regard des données présentées, nous proposons un algorithme (**figure 1**) qui synthétise ces différentes étapes et propose une approche pragmatique, fondée sur les données présentées.

CONCLUSION

Les données récentes de la littérature suggèrent qu'une bithérapie associant bêtalactamines et macrolides est indiquée en présence de signes de sévérité et peut probablement être reconsidérée lorsque la recherche de pathogènes atypiques est négative.

L'élargissement du spectre antibiotique pour les BMR devrait prendre en compte la sévérité de la PAC ainsi que les facteurs de risque individuels de BMR plutôt que le seul lieu d'acquisition de la PAC.

Enfin, lors d'une PAC modérée, le dosage de la CRP pourrait s'avérer utile pour identifier les patients susceptibles de bénéficier d'une corticothérapie.

Conflit d'intérêts: N. Garin est premier auteur de l'étude (réf.[13]). Les autres 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).

IMPLICATIONS PRATIQUES

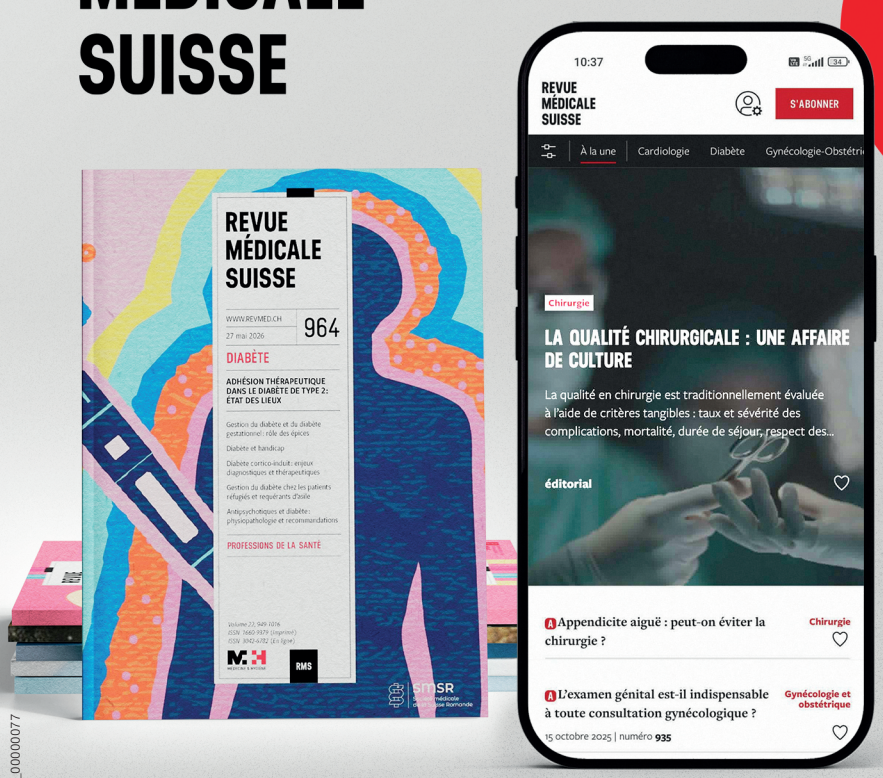
- Lors d'une PAC nécessitant une hospitalisation, une bithérapie associant bêtalactamines et macrolides est indiquée en présence de signes de sévérité (score SOFA Sequential Organ Failure Assessment ≥ 2).
- L'élargissement du spectre antibiotique pour les bactéries multirésistantes (BMR) devrait prendre en compte la sévérité de la PAC ainsi que les facteurs de risque individuels de BMR.
- Lors d'une PAC modérée, le dosage de la C-Reactive Protein pourrait être utile pour identifier les patients susceptibles de bénéficier d'une corticothérapie.

1 Office fédéral de la statistique. Bundesamt für Statistik [En ligne]. (Cité le 26 mars 2026). Disponible sur: bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.html#par_text
2 Marshall DC, Goodson RJ, Xu Y, et al. Trends in mortality from pneumonia in the Europe union: a temporal analysis of the European detailed mortality database between 2001 and 2014. Respir Res. 2018 May 4;19(1):81.
3 Velasquez T, El Maazi S, Jalbert B, et al. Pneumonie acquise en communauté (PAC) [En ligne]. 2024. (Cité le 26 mars 2026). Disponible sur: www.hug.ch/sites/interhug/files/2024-10/strategie_pneumonie_doi.pdf
4 Martin-Loeches I, Torres A, Nagavci B, et al. ERS/ESICM/ESCMID/ALAT guidelines for the management of severe community-acquired pneumonia. Intensive Care Med. 2023 Jun;49(6):615-32.
5 Metlay JP, Waterer GW, Long AC, et al. Diagnosis and Treatment of Adults with Community-acquired Pneumonia. An Official Clinical Practice Guideline of the American Thoracic Society and Infectious Diseases Society of America. Am J Respir Crit Care Med. 2019 Oct 1;200(7):e45-67.
6 Jones BE, Ramirez JA, Oren E, et al. Diagnosis and Management of Community-acquired Pneumonia: An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2026 Jan 1;212(1):24-44.
7 Zimmermann P, Ziesenitz VC, Curtis N, Ritz N. The Immunomodulatory Effects of Macrolides – A Systematic Review of the Underlying Mechanisms. Front Immunol. 2018 Mar 13;9:302.
8 Garin N, Marti C, Lami AS, Prendki V. Atypical Pathogens in Adult Community-Acquired Pneumonia and Implications for Empiric Antibiotic Treatment: A Narrative Review. Microorganisms. 2022 Nov 24;10(12):2326.
9 Meyer Sauteur PM, Beeton ML. Pneumonia outbreaks due to re-emergence of Mycoplasma pneumoniae. Lancet Microbe. 2024 Jun;5(6):e514.
10 Boutin S, Krumbholz A, Kramer TS, et al. Sharp increase in Chlamydia pneumoniae infections in 2024 in Germany. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2025 Nov;44(11):2851-4.
11 Ajulo S, Awosile B. Global antimicrobial resistance and use surveillance system (GLASS 2022): Investigating the relationship between antimicrobial resistance and antimicrobial consumption data across the participating countries. PLoS One. 2024 Feb 5;19(2):e0297921.
12 FDA.gov. US Food & Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA advises restricting fluoroquinolone antibiotic use for certain uncomplicated infections; warns about disabling side effects that can occur together [En ligne]. 2016. (Cité le 26 mars 2026). Disponible sur: www.igsz.de/FLOXA/BLACKBOX-RHB/FDA_Safety-Announcement-20160512.pdf
13 Garin N, Genné D, Carballo S, et al. β-Lactam monotherapy vs β-lactam-macrolide combination treatment in moderately severe community-acquired pneumonia: a randomized noninferiority trial. JAMA Intern Med. 2014 Dec;174(12):1894-901.
14 *Giamarellos-Bourboulis EJ, Siampanos A, Bolanou A, et al. Clarithromycin for early anti-inflammatory responses in community-acquired pneumonia in Greece (ACCESS): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet Respir Med. 2024 Apr;12(4):294-304.
15 Marti C, Garin N, Grosgurin O, et al. Prediction of severe community-acquired pneumonia: a systematic review and meta-analysis. Crit Care. 2012 Jul 27;16(4):R141.
16 **Maruyama T, Fujisawa T, Ishida T, et al. A Therapeutic Strategy for All Pneumonia Patients: A 3-Year Prospective Multicenter Cohort Study Using Risk Factors for Multidrug-resistant Pathogens to Select Initial Empiric Therapy. Clin Infect Dis. 2019;68(7):1080-8.
17 Webb BJ, Sorensen J, Jephson A, Mecham I, Dean NC. Broad-spectrum antibiotic use and poor outcomes in community-onset pneumonia: a cohort study. Eur Respir J. 2019;54(1):1900057.
18 Torres A, Cilloniz C, Niederman MS, et al. Pneumonia. Nat Rev Dis Primers. 2021 Apr 8;7(1):25.
19 Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al. Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases

Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis. 2016 Sep 1;63(5):e61-111.
20 Webb BJ, Dascomb K, Stenehjem E, et al. Derivation and Multicenter Validation of the Drug Resistance in Pneumonia Clinical Prediction Score. Antimicrob Agents Chemother. 2016 Apr 22;6(5):2652-63.
21 Jones BE, Ramirez JA, Oren E, et al. Diagnosis and Management of Community-acquired Pneumonia. An Official American Thoracic Society Clinical Practice Guideline. Am J Respir Crit Care Med. 2026 Jan 1;212(1):24-44.
22 Dequin PF, Meziani F, Quenot JP, et al. Hydrocortisone in Severe Community-Acquired Pneumonia. N Engl J Med. 2023 May 25;388(21):1931-41.
23 Meduri GU, Shih MC, Bridges L, et al. Low-dose methylprednisolone treatment in critically ill patients with severe community-acquired pneumonia. Intensive Care Med. 2022 Aug;48(8):1009-23.
24 REMAP-CAP Investigators, Derek CA. Effect of hydrocortisone on mortality in patients with severe community – acquired pneumonia: The REMAP-CAP Corticosteroid Domain Randomized Clinical Trial. Intensive Care Med. 2025 Apr;51(4):665-80.
25 **Smit JM, Van Der Zee PA, Stoof S, et al. Predicting benefit from adjuvant therapy with corticosteroids in community-acquired pneumonia: a data-driven analysis of randomised trials. Lancet Respir Med. 2025 Mar;13(3):221-33.

REVUE MÉDICALE SUISSE

NOUVEAU
TÉLÉCHARGEZ
L'APPLICATION MOBILE
DÈS MAINTENANT



ACCÉDEZ FACILEMENT AUX CONTENUS DE LA REVUE MÉDICALE SUISSE DEPUIS VOTRE SMARTPHONE.

- Recherche rapide
- Filtres par thématique
- Gestion des favoris
- Lecture optimisée pour mobile
- Notifications des nouvelles publications
- Tous les numéros et archives disponibles depuis 2001

Disponible sur Google play
Télécharger dans l'App Store

RMS_00000077

Décubitus ventral vigile dans l'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique

Dre LAURE FALBRIARD[a], Dre AILEEN KHARAT[b], Dr STEPHAN VON DÜRING[c], Dr MATTHIEU GENOUD[c], Dr GERGELY ALBU[d] et Dre ANNE ROSSEL[a,e]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1719-23 | DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49286

Le décubitus ventral (DV) améliore l'oxygénation et réduit la mortalité des patients intubés pour un syndrome de détresse respiratoire aiguë. Parallèlement, l'oxygénation à haut débit a permis de baisser le recours à l'intubation en cas d'insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë. Lors de la pandémie de Covid-19, l'accès limité à la ventilation mécanique a motivé la recherche sur le DV vigile chez les patients non intubés. Les résultats encourageants dans cette population ont conduit à son évaluation pour d'autres indications. Ce moyen thérapeutique simple et peu coûteux pourrait améliorer la prise en charge des patients hypoxémiques non intubés, mais la tolérance au maintien de la position pendant une durée suffisante pour obtenir un bénéfice clinique reste un défi majeur.

Awake prone positioning in acute hypoxemic respiratory failure

Prone Positioning (PP) improves oxygenation and reduces mortality in intubated patients with acute respiratory distress syndrome. Meanwhile, non-invasive oxygenation strategies have reduced the need for intubation in patients with Acute Hypoxemic Respiratory Failure (AHRF). During the Covid-19 pandemic, the limited availability of invasive mechanical ventilation prompted interest in research on awake PP for non-intubated patients. Encouraging results in this population have led to ongoing studies investigating the benefit of PP for other causes. This simple and low-cost therapy could improve the management of non-intubated patients with AHRF. However, maintaining PP for a sufficient duration to achieve clinical benefit remains a major challenge.

INTRODUCTION

Le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) est une insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique (IRAH) sévère touchant jusqu'à 10% des patients admis en soins intensifs et près d'un quart de ceux sous ventilation invasive.[1] L'harmonisation des critères diagnostiques a permis une meilleure identification du SDRA et une homogénéisation de la recherche sur sa prise en charge. Parmi les stratégies thérapeutiques validées, le décubitus ventral (DV) améliore l'oxygénation et réduit la mortalité chez les patients intubés pour un SDRA.[2]

L'émergence de l'oxygénothérapie à haut débit (OHD) a modifié le traitement des IRAH. Son utilisation est associée à une diminution de la mortalité à 90 jours et du nombre de jours de ventilation invasive.[3] Le DV chez les patients non intubés, y compris hors soins intensifs, a suscité un intérêt particulier lors de la pandémie de Covid-19. Les résultats encourageants dans cette population motivent la recherche sur l'extension du DV vigile à d'autres étiologies d'IRAH.

Dans cette revue, les données disponibles concernant le DV chez les patients intubés et la place du DV vigile chez les patients présentant une IRAH non intubés sont présentées, ainsi que les recherches en cours et les possibles implications pratiques.

SYNDROME DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUË: DÉFINITION, CAUSES ET PHYSIOPATHOLOGIE

Le SDRA est un syndrome hétérogène par son étiologie, sa présentation clinique et sa réponse au traitement.[1] Il se caractérise par une IRAH consécutive à une agression pulmonaire, directe ou indirecte (**tableau 1**). Les infections, pulmonaires ou systémiques, en constituent la principale cause.

Il semble que ces différentes agressions convergent vers une même voie physiopathologique: l'activation de l'endothélium vasculaire et de l'épithélium alvéolaire, qui entraîne une augmentation de la perméabilité de la membrane alvéolo-capillaire, responsable d'un œdème pulmonaire non cardiogénique.[1] Il en résulte une diminution du volume pulmonaire aéré disponible pour les échanges gazeux, avec des atélectasies prédominant dans les régions déclives, et une inégalité des rapports ventilation-perfusion. Cette répartition inhomogène des contraintes mécaniques peut aggraver les lésions pulmonaires, via la force exercée sur le parenchyme pulmonaire (stress) et la déformation du parenchyme (strain), que celles-ci soient induites par la ventilation mécanique (ventilator-induced lung injury) ou par des efforts respiratoires excessifs en ventilation spontanée (patient self-inflicted lung injury).

À ces mécanismes se surajoute une cascade inflammatoire qui se traduit par des opacités pulmonaires bilatérales diffuses sur la radiographie thoracique, alors que l'échographie pulmonaire montre un profil B et/ou des consolidations. Sur

[a]Service de médecine interne générale, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [b]Service de pneumologie, Département de médecine, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [c]Service des urgences, Département de médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [d]Service d'anesthésiologie, Département de médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14, [e]Service des soins intensifs, Département de médecine aiguë, Hôpitaux universitaires de Genève, 1211 Genève 14
laure.falbriard@hug.ch | aileen-margaret.kharat@hug.ch | stephan.vonduring@hug.ch
mathieu.genoud@hug.ch | gergely.albu@hug.ch | anne.rossel@hug.ch

TABLEAU 1 Causes du syndrome de détresse respiratoire aiguë

SDRA: syndrome de détresse respiratoire aiguë.

Causes fréquentes
• Pneumonie (plus souvent bactérienne ou virale)
• Sepsis non pulmonaire
• Pneumonite d'aspiration
• Choc non cardiogène
• Pancréatite
• Traumatisme sévère
• Chirurgie à haut risque
• Overdose de drogue
• Lésion d'ischémie-reperfusion
Causes moins fréquentes
• Inhalation de fumée
• Noyade
• Produits de vapotage/cigarettes électroniques
• Transfusion de produits multiples
Pathologies rarement classifiées comme SDRA
• Vasculite
• Hémorragie alvéolaire diffuse
• Pneumonite médicamenteuse
• Pneumonie d'organisation
• Pneumonie d'hypersensibilité
• Pneumonie éosinophilique aiguë
• Exacerbation aiguë de pneumopathie interstitielle
• Syndrome thoracique aigu
• Protéinose alvéolaire
• Maladie oncologique

(Adapté de réf.[1]*).*

le scanner thoracique, l'atteinte est typiquement bilatérale, avec une prédominance postéro-basale.

La définition du SDRA s'est progressivement précisée depuis les années 1960 et a été harmonisée par un consensus d'experts réunis à Berlin en 2012.[4] La définition de Berlin repose sur quatre critères diagnostiques:

1. Survenue des symptômes respiratoires dans la semaine suivant un facteur prédisposant.
2. Imagerie montrant des opacités bilatérales qui ne peuvent être entièrement expliquées par la présence d'un épanchement pleural, d'un collapsus pulmonaire ou de nodules pulmonaires.
3. Insuffisance respiratoire non entièrement due à une insuffisance cardiaque ou une surcharge hydrique.
4. Présence d'une hypoxémie dont la sévérité définit la gravité du SDRA; elle se mesure par le rapport de la pression partielle d'oxygène dans le sang artériel sur la fraction inspirée d'oxygène (PaO2/FiO2), avec une pression expiratoire positive (PEP) ≥ 5 cmH2O.

En 2024, les critères diagnostiques ont été révisés afin de mieux refléter les pratiques actuelles et leur applicabilité dans les environnements à ressources limitées[5] (**tableau 2**). L'utilisation de la saturation en oxygène (SpO_2) à la place de la PaO_2 est désormais validée pour définir le seuil d'hypoxémie ($SpO_2/FiO_2 \leq 315$ si $SpO_2 \leq 97\%$). L'hypoxémie peut également être évaluée chez les patients recevant une OHD, sans exigence de PEP minimale. L'échographie pulmonaire est acceptée pour diagnostiquer les infiltrats bilatéraux (**tableau 2**).

DÉCUBITUS VENTRAL LORS DU SDRA: BASES PHYSIOLOGIQUES ET BÉNÉFICES CLINIQUES

Le DV consiste à positionner le patient allongé sur le ventre. Il améliore les échanges gazeux, principalement en réduisant les inégalités ventilation-perfusion grâce à une distribution plus homogène de la ventilation, limitant ainsi la surdistension (volotrauma et barotrauma) et l'ouverture et la fermeture cycliques des alvéoles pulmonaires (atélectrauma). En améliorant l'aération pulmonaire et en réduisant la vasoconstriction hypoxique, le DV peut abaisser les résistances vasculaires pulmonaires et la postcharge du ventricule droit. L'augmentation du retour veineux en DV améliore aussi la précharge ventriculaire, permettant de maintenir, voire d'augmenter, le débit cardiaque.[6]

Bien que le rationnel physiopathologique du DV ait été suggéré dès les premières descriptions du SDRA, les premiers essais randomisés n'ont pas montré de bénéfice sur la mortalité.[7,8] Ces résultats s'expliquent notamment par l'inclusion de patients peu sévères, une mise en DV tardive et de courte durée (7 à 8 h/j, ainsi que par l'absence d'application systématique d'une ventilation protectrice.[9] Les analyses secondaires suggéraient toutefois un bénéfice chez les patients présentant un SDRA modéré à sévère, lorsque le DV était instauré précocement et maintenu de façon prolongée.[10] L'essai multicentrique PROSEVA a comparé le DV de plus de 16 heures par jour au traitement standard chez les patients intubés présentant un SDRA modéré à sévère sous ventilation protectrice.[2] Il a montré une réduction de la mortalité à 28 jours (HR: 0,39; IC 95%: 0,25-0,63). Depuis lors, la mise en DV précoce des patients intubés avec un SDRA modéré à sévère est recommandée, en complément du traitement standard.[11]

DV VIGILE CHEZ LE PATIENT AVEC IRAH NON INTUBÉ

L'intérêt pour le DV vigile s'est accru au cours de la pandémie de Covid-19, dans un contexte de recours croissant à l'OHD et à la ventilation non invasive (VNI). Il est probable que des patients présentant un SDRA aient été inclus dans des études sur le DV vigile sans que ce diagnostic ait été formellement posé, la reconnaissance du SDRA chez les patients non intubés étant récente.[5]

Les premiers essais randomisés, de petite taille, ont montré la faisabilité et la sécurité du DV vigile, avec une tendance non significative d'amélioration de l'oxygénation chez les patients atteints de Covid-19.[12] En 2021, les investigateurs de cinq essais randomisés évaluant le DV chez des patients atteints de Covid-19 ont regroupé leurs données dans un méta-essai.[13] Plus de 1 000 patients traités par OHD pour une IRAH ($SpO_2/FiO_2 < 315$) ont été inclus. Le DV réduisait le recours à l'intubation (HR: 0,75; IC 95%: 0,62-0,91), sans effet sur la mortalité ni sur la durée de ventilation invasive. Aucune différence n'a été observée au niveau des complications recherchées (ulcères cutanés, vomissements, ablation accidentelle de cathéter). La principale limite de cette étude était l'absence de standardisation de la stratégie de DV, avec une durée quotidienne variable (de 1,6 à 8,6 heures selon les centres), et un moment d'instauration hétérogène.

TABLEAU 2 Critères diagnostiques du syndrome de détresse respiratoire aiguë

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure; FiO_2: fraction inspirée d'oxygène; OHD: oxygénothérapie à haut débit; PaO_2: pression partielle d'oxygène dans le sang artériel; PEP: pression expiratoire positive; SDRA: syndrome de détresse respiratoire aiguë; SpO_2: saturation en oxygène; VNI: ventilation non invasive.

Critères diagnostiques pour toutes les classes de SDRA (critères de Berlin)			
Facteurs de risque et origine de l'œdème	• Facteur de risque identifié (**tableau 1**) • Origine de l'œdème non exclusivement ou non principalement attribuable à de l'œdème cardiogénique ou à une surcharge volémique • Hypoxémie non principalement due à une atélectasie		
Temporalité	Début aigu ou aggravation de la détresse respiratoire hypoxémique dans la semaine suivant l'exposition au facteur de risque		
Imagerie thoracique	Opacités bilatérales (radiographie thoracique ou scanner), ou présence de lignes B bilatérales et/ou des condensations à l'échographie, non expliquées par un épanchement, une atélectasie ou une masse		
Critères applicables aux catégories spécifiques de SDRA			
Oxygénation	SDRA non intubé	SDRA intubé	SDRA dans les pays à faibles ressources sanitaires (critères de Kigali)
	$PaO_2/FiO_2 \leq 300$ mmHg (40 kPa) ou $SpO_2/FiO_2 \leq 315$ (si $SpO_2 \leq 97\%$) sous OHD avec un débit ≥ 30 l/min ou VNI/CPAP avec une PEP ≥ 5 cmH_2O	**Léger** 200 mmHg (26,7 kPa) < PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg (40 kPa) ou $235 < SpO_2/FiO_2 \leq 315$ (si $SpO_2 \leq 97\%$)	$SpO_2/FiO_2 \leq 315$ (si $SpO_2 \leq 97\%$) Ni le débit d'oxygène ni le niveau de PEP ne sont requis pour le diagnostic
		Modéré 100 mmHg (13,3 kPa) < PaO_2/FiO_2 ≤ 200 mmHg (26,7 kPa) ou $148 < SpO_2/FiO_2 \leq 235$ (si $SpO_2 \leq 97\%$)	
		Sévère $PaO_2/FiO_2 \leq 100$ mmHg (13,3 kPa) ou $SpO_2/FiO_2 \leq 148$ (si $SpO_2 \leq 97\%$)	

(*Adapté de réf.*[5]).

Récemment, une méta-analyse de données individuelles a regroupé 14 essais randomisés et près de 3000 patients atteints de Covid-19, dont 99% avaient un SDRA selon les nouvelles définitions. Cette étude a confirmé une réduction du risque d'intubation (OR: 0,70; IC 95%: 0,59-0,84) ainsi qu'une baisse de la mortalité hospitalière (OR: 0,77; IC 95%: 0,63-0,95).[14] Il semble y avoir une relation dose-réponse avec la durée du DV: les patients le maintenant plus de 10 heures par jour, en particulier durant les trois premiers jours, avaient une probabilité plus élevée de survie sans intubation. Cette association doit être interprétée avec prudence, les patients les moins sévères étant également ceux qui toléraient le mieux des séances prolongées. L'effet du DV semblait plus important chez les patients sous OHD ou VNI à l'inclusion d'une part, et lorsque le DV était initié dans les 24 heures suivant l'hospitalisation d'autre part.

En dehors du Covid-19, les données sur le DV vigile se limitent à de petites études observationnelles. Une méta-analyse incluant 45 patients hors Covid+ a rapporté une amélioration de la SpO_2 et du rapport PaO_2/FiO_2 après la mise en DV, sans conclusion possible sur la mortalité ou le taux d'intubation.[15] Toutefois, les études incluses étaient très hétérogènes dans leur méthodologie, leur stratégie de DV et la mesure de leur critère de jugement principal.

Les différentes études sur le DV vigile ne rapportaient pas d'effets indésirables significatifs tels que les ulcères cutanés, les vomissements ou les déplacements d'accès vasculaires, mais un inconfort lié à la position. Cependant les patients présentant un risque lié au DV (**tableau 3**) ou une incapacité à maintenir la position étaient exclus.[12-14] Une étude physiologique a suggéré une augmentation des efforts inspiratoires en DV, évalués par la variation de la pression œsophagienne, ainsi qu'un allongement du temps expiratoire, sans influence sur l'évolution clinique.[16]

Plusieurs études évaluant le DV vigile pour d'autres indications que le Covid-19 sont en cours. L'étude internationale PRONELIFE inclut des patients présentant une IRAH (FiO_2 ≥ 40%, SpO_2/FiO_2 < 240) admis en soins intensifs.[17] L'intervention consiste en quatre séances de six heures de DV chacune, pendant au moins 48 heures. Le critère de jugement principal est un composite d'intubation et de mortalité à 14 jours. En parallèle, une étude anglaise inclut des patients

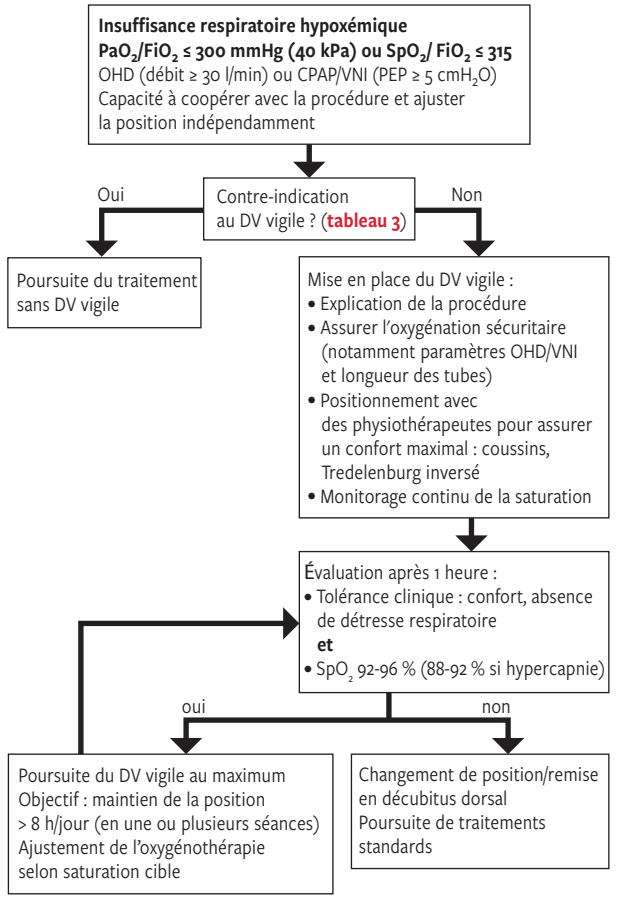
TABLEAU 3 Contre-indications au décubitus ventral vigile

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives: prudence et surveillance
• Nécessité d'intubation immédiate • Détresse respiratoire • Instabilité hémodynamique sévère (choc, besoin croissant de vasopresseurs) • Traumatisme ou chirurgie rachidienne récente • Traumatisme thoracique instable, pneumothorax • Fracture instable • Chirurgie abdominale récente (< 15 jours) • Brûlures ou plaies étendues antérieures • Grossesse avancée (3e trimestre) • Troubles de l'état de conscience	• Obésité avec BMI ≥ 40 kg/m^2 • Drain thoracique, gastrostomie • Incapacité physique à se mobiliser seul • Agitation, troubles cognitifs • Vomissements, reflux gastro-œsophagiens sévères • Escarres antérieures • Lésions de la face • Insertion pacemaker < 2 jours • Thrombose veineuse profonde (< 2 jours de traitement) • Sternotomie ou trachéotomie < 15 jours

(*Adapté des réf.*[13,17,18]).

FIG 1 **Proposition d'un protocole pour la mise en place du DV vigile**

CPAP: Continuous Positive Airway Pressure; DV: décubitus ventral; FiO_2: fraction inspirée d'oxygène; OHD: oxygénothérapie à haut débit; PaO_2: pression partielle d'oxygène dans le sang artériel; PEP: pression expiratoire positive; SpO_2: saturation en oxygène; VNI: ventilation non invasive.



similaires (FiO_2 ≥ 40%), indépendamment de leur lieu d'hospitalisation.[18] Dans le groupe intervention, le DV devrait être maintenu pendant plus de huit heures par jour pendant cinq jours maximum. Le critère de jugement principal est le recours à l'intubation à 30 jours.

CONSIDÉRATIONS PRATIQUES

Compte tenu de ses faibles risques et coûts, le DV vigile peut être envisagé précocement comme traitement additionnel chez les patients non intubés présentant une IRAH sous OHD ou VNI, bien que les données disponibles se limitent actuellement au Covid-19. Les supports d'oxygénation s'utilisant en milieu monitoré, le DV vigile devrait être réalisé en soins intermédiaires ou intensifs, selon les habitudes locales et les objectifs de soin du patient.

La mise en DV doit être expliquée au patient et réalisée à l'aide des soignants. Des coussins de support doivent être mis en place sous le thorax et sous la tête. La position doit être individualisée pour maximiser le temps passé en DV, tout en limitant les points de pression. Pour garantir la sécurité de l'oxygénation, l'interface et les tuyaux d'oxygénation doivent rester visibles.

Sur la base du protocole des études en cours et des recommandations anglaises sur la mise en place d'un DV vigile dans le Covid-19,[19] un algorithme de prise en charge est proposé en **figure 1**. Les résultats des études mentionnées permettront de mieux évaluer le bénéfice potentiel et de définir les seuils d'hypoxémie et les durées minimales de DV.

CONCLUSION

L'efficacité du DV a été démontrée chez les patients intubés présentant un SDRA. Par ailleurs, le DV vigile permettrait de diminuer le recours à l'intubation chez les patients présentant une IRAH due au Covid-19, sous supports respiratoires non invasifs tels que l'OHD ou la VNI. Les méta-analyses montrent également une diminution de la mortalité pour cette étiologie. À ce jour, il n'y a pas de preuves pour les autres causes, mais des études sont en cours. Compte tenu de son faible risque et d'un éventuel bénéfice, le DV pourrait cependant être envisagé, en attendant, comme traitement additionnel à l'OHD ou à la VNI chez les patients présentant une IRAH, dans une unité de soins sous monitorage continu.

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 synthétiser, reformuler et corriger le texte initial 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).

ORCID ID:
A. Kharat: https://orcid.org/0000-0002-4523-8552
S. von Düring: https://orcid.org/0000-0001-7774-5690
M. Genoud: https://orcid.org/0009-0004-1945-8318
G. Albu: https://orcid.org/0000-0002-7508-8567
A. Rossel: https://orcid.org/0000-0001-7367-2340

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Le décubitus ventral (DV) a démontré son efficacité dans la prise en charge des patients intubés présentant un syndrome de détresse respiratoire aiguë.
- L'intégration précoce du DV vigile lors d'une insuffisance respiratoire hypoxémique aiguë liée au Covid-19 est une mesure complémentaire jugée sécuritaire et efficace pour diminuer le recours à l'intubation.
- Des études sont en cours pour évaluer le bénéfice du DV dans d'autres causes d'insuffisance respiratoire aiguë hypoxémique.
- Compte tenu d'un rapport bénéfice-risque en faveur du DV, cette manœuvre peut être tentée avec un objectif de durée quotidienne ≥ 8 heures pour maximiser l'efficacité, tout en poursuivant l'association synergique avec les techniques d'oxygénation non invasives.

STRATÉGIE DE RECHERCHE DANS *MEDLINE*

Les données utilisées pour cette revue ont été identifiées par une recherche dans la base de données *Medline* portant sur les articles publiés en anglais et français. Ils ont été inclus dans la liste de références s'ils apportaient les informations nécessaires à la construction de l'article. Les mots clés principaux utilisés pour la recherche étaient les suivants: «ARDS», «prone positioning», «awake prone positioning», «Covid-19», «outcome».

1 Meyer NJ, Gattinoni L, Calfee CS. Acute respiratory distress syndrome. Lancet. 2021 Aug;398(10300):622-37. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)00439-6.

2 *Guérin C, Reignier J, Richard JC, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2013 Jun 6;368(23):2159-68. DOI: 10.1056/NEJMoa1214103.

3 *Frat JP, Thille AW, Mercat A, et al. High-flow oxygen through nasal cannula in acute hypoxemic respiratory failure. N Engl J Med. 2015 Jun 4;372(23):2185-96. DOI: 10.1056/NEJMoa1503326.

4 ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. JAMA. 2012 Jun 20;307(23):2526-33. DOI: 10.1001/jama.2012.5669.

5 *Matthay MA, Arabi Y, Arroliga AC, et al. A New Global Definition of Acute Respiratory Distress Syndrome. Am J Respir Crit Care Med. 2024 Jan 1;209(1):37-47. DOI: 10.1164/rccm.202303-0558WS.

6 Jozwiak M, Monnet X, Teboul JL. Optimizing the circulation in the prone patient. Curr Opin Crit Care. 2016 Jun;22(3):239-45. DOI: 10.1097/MCC.0000000000000308.

7 Guerin C, Gaillard S, Lemasson S, et al. Effects of systematic prone positioning in hypoxemic acute respiratory failure: a randomized controlled trial. JAMA. 2004 Nov 17;292(19):2379-87. DOI: 10.1001/jama.292.19.2379.

8 Gattinoni L, Tognoni G, Pesenti A, et al. Effect of prone positioning on the survival of patients with acute respiratory failure. N Engl J Med. 2001 Aug 23;345(8):568-73. DOI: 10.1056/NEJMoa010043.

9 Acute Respiratory Distress Syndrome Network, Brower R, Matthay M, et al. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2000 May 4;342(18):1301-8. DOI: 10.1056/NEJM200005043421801.

10 Bloomfield R, Noble DW, Sudlow A. Prone position for acute respiratory failure in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Nov 13;2020(11):CD008095. DOI: 10.1002/14651858.CD008095.pub2.

11 Grasselli G, Calfee CS, Camporota L, et al. ESICM guidelines on acute respiratory distress syndrome: definition, phenotyping and respiratory support strategies. Intensive Care Med. 2023 Jul;49(7):727-59. DOI: 10.1007/s00134-023-07050-7.

12 Jayakumar D, Ramachandran Dnb P, Rabindrarajan Dnb E, et al. Standard Care Versus Awake Prone Position in Adult Nonintubated Patients With Acute Hypoxemic Respiratory Failure Secondary to COVID-19 Infection-A Multicenter Feasibility Randomized Controlled Trial. J Intensive Care Med. 2021 Aug;36(8):918-24. DOI: 10.1177/08850666211014480.

13 **Ehrmann S, Li J, Ibarra-Estrada M, et al. Awake prone positioning for COVID-19 acute hypoxaemic respiratory failure: a randomised, controlled, multinational, open-label meta-trial. Lancet Respir Med. 2021 Dec;9(12):1387-95. DOI: 10.1016/S2213-2600(21)00356-8.

14 **Luo J, Pavlov I, Tavernier E, et al. Awake Prone Positioning in Adults With COVID-19: An Individual Participant Data Meta-Analysis. JAMA Intern Med. 2025 May 1;185(5):572-81. DOI: 10.1001/jamainternmed.2025.0011.

15 Tan W, Xu DY, Xu MJ, et al. The efficacy and tolerance of prone positioning in non-intubation patients with acute hypoxemic respiratory failure and ARDS: a meta-analysis. Ther Adv Respir Dis. 2021 Jan-Dec;15:17534666211009407. DOI: 10.1177/17534666211009407.

16 Grieco DL, Delle Cese L, Menga LS, et al. Physiological effects of awake prone position in acute hypoxemic respiratory failure. Crit Care. 2023 Aug 17;27(1):315. DOI: 10.1186/s13054-023-04600-9.

17 Morales-Quinteros L, Schultz MJ, Serpa-Neto A, et al. Awake prone positioning in nonintubated spontaneous breathing ICU patients with acute hypoxemic respiratory failure (PRONELIFE)-protocol for a randomized clinical trial. Trials. 2022 Jan 10;23(1):30. DOI: 10.1186/s13063-021-05991-2.

18 University of Warwick. Clinical Trials Unit. Awake Prone [En ligne]. Disponible sur: https://warwick.ac.uk/fac/sci/med/research/ctu/trials/awakeprone/

19 Intensive Care Society. Guidance for conscious proning [En ligne]. Disponible sur: https://ics.ac.uk/resource/guidance-for-conscious-proning.html

* **à lire**
** **à lire absolument**

Illustration: Agence Les Deux Dandys / Auteur·e·x·s : Orphée Rigumye*, Mélanie Piñon*, Christine Martinez-Fortis, Sara Arsever

12 MOIS 12 ACTIONS POUR PLUS D'ÉQUITÉ DANS LES SOINS DE SANTÉ

10 ABORDER LA QUESTION DE L'ARGENT

À l'échelle de l'Europe, le système de santé suisse repose sur la plus importante participation financière individuelle, notamment au travers de la franchise. Jusqu'à 25 % de la population helvétique renonce à des soins pour des raisons financières chaque année, particulièrement des soins dentaires et de médecine générale.[1] Ceci peut avoir des répercussions négatives sur la santé.

Ce renoncement touche de manière disproportionnée les femmes, les jeunes adultes, ainsi que les personnes vivant avec un faible revenu, ces dernières étant plus souvent concernées par la maladie.[1,2] Les contraintes financières peuvent s'ajouter à d'autres impératifs, notamment organisationnels.[1]

DÉFINITIONS

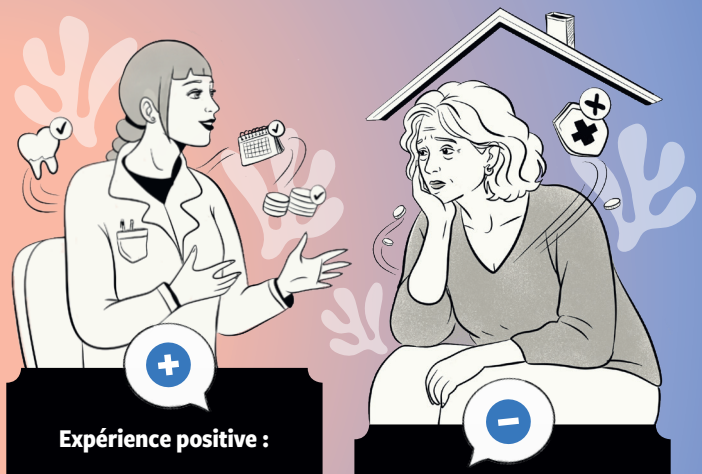


Renoncement aux soins : situation dans laquelle un individu s'abstient de soins jugés nécessaires, notamment pour des raisons financières ; indicateur d'iniquité d'accès aux soins.[3]



Précarité financière : désigne une instabilité des ressources financières qui compromet l'accès aux droits fondamentaux.[4,5]

TÉMOIGNAGES



Expérience positive :

« Ma dentiste m'a proposé un plan de paiement échelonné. J'ai eu la chance d'avoir un climat de confance avec mes médecins. Sans cela, je n'aurais peut-être jamais abordé l'aspect financier. »

Christine

Expérience négative :

« Je n'arrivais plus à payer les deux, j'ai dû choisir. »

Murièle, contrainte de choisir entre son loyer et son assurance maladie.[7]

RECOMMANDATIONS POUR LES PROFESSIONNEL·LE·X·S

- Dépister la précarité financière à l'aide d'une simple question : « Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage ? »[4]
- Explorer l'impact de la précarité financière sur la santé et l'accès aux soins
- Informer des coûts des investigations et des traitements prescrits
- Négocier les priorités pour échelonner les investigations
- Proposer d'office les alternatives les moins chères (médicaments génériques, par exemple)
- Proposer des plans de paiement échelonnés
- Identifier et orienter vers des structures pertinentes du réseau sociosanitaire

QUELQUES CHIFFRES[2]

10 %
Part des personnes consultant leur médecin généraliste indiquant qu'un·e·x membre de leur foyer a renoncé à des soins dans les douze derniers mois.[6]

1/4
Part de la population genevoise ayant renoncé à des soins pour des raisons financières en 2025, ce qui représente une augmentation de 64 % en quatorze ans.[1]

+2 %
Hausse du taux de renoncement aux soins pour chaque augmentation de 10 francs des primes d'assurance maladie à Genève.[1]

* Orphée Rigumye et Mélanie Piñon ont participé de manière équivalente à la rédaction de cette infographie.

RÉFÉRENCES

1. Nehme, M., Dumont R, Heritier, H., Lamour, J., Mechoullam, S., De Ridder, D., Guessous, I. Forgoing Healthcare and Insurance Premiums Trends: A 15-Year Population-Based Study in Geneva, Switzerland. Int J Public Health. 2025 Nov 26;70:1609027. doi: 10.3389/ijph.2025.1609027. PMID: 41383919; PMCID: PMC12689442.

2. Burla, L. (2025). La santé accessible à toutes et tous ? Rapport sur les iniquités en matière de santé en Suisse (Obsan Rapport 10/2025). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

3. Dourgnon, P., Jusot, F. et Fantin, R. (2012) « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », Economie publique/Public economics [En ligne], 28-29. http://journals.openedition.org/economiepublique/8851 DOI : https://doi.org/10.4000/economiepublique.8851

4. Bodenmann, P., Wolff, H., Bischoff, T., Herzig, L., Warin, P., Chatelard, S., Burnand, B., Vaucher, P., Favrat, B., Panese, F., Jackson, Y., Vu, F., Guessous, I., Renoncement aux soins : comment appréhender cette réalité en médecine de premier recours ? Rev Med Suisse, 2014/452 (Vol.10), p. 2258-2263.

5. Castel, R. Grand résumé de La Montée des incertitudes. Travail, protections, statut de l'individu, Paris, Editions du Seuil, La couleur des idées, 2009. SociologieS [En ligne], Grands résumés, mis en ligne le 20 décembre 2010, consulté le 22 juin 2026. URL : http://journals.openedition.org/sociologies/3276 ; DOI : https://doi.org/10.4000/sociologies.3276

6. Bodenmann, P., Favrat, B., Wolff, H., Guessous, I., Panese, F., Herzig, L., Bischoff, T., Casillas, A., Golano, T., Vaucher, P. Screening primary-care patients forgoing health care for economic reasons. PLoS One. 2014 Apr 30;9(4):e94006.

7. Piñon, M. (2025) Vivre sans abri à Genève : ce que l'état de santé révèle des processus de désocialisation et de grande précarité des personnes à la rue [Thèse de doctorat]. Lausanne: Université de Lausanne.

REVUE MÉDICALE SUISSE
planète santé
En partenariat avec :
HUG Hôpitaux Universitaires Genève
canton de vaud
unisanté Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne
Swiss Health Network for Equity
h e d s Haute école de santé Genève

Santé numérique

Télémédecine en soins d'urgence préhospitaliers: lumières et ombres d'une pratique émergente

PAOLO MARTINELLI[a], Pre CARYN MATHY[a], Pr ROMUALD MOSQUERON[a], SAMUEL FOURNIER[b], BRUNO DA ROCHA CARVALHO[a] et Dre LILIANE KEOPRASEUTH[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1725-9 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980.48422

Les services d'urgence hospitaliers et préhospitaliers suisses sont soumis à une pression croissante. Dans ce contexte, les dispositifs d'urgence communautaire visent à optimiser le déploiement des ressources humaines et matérielles de manière proportionnée à des contextes préhospitaliers où l'urgence est majoritairement qualifiée de relative. Néanmoins, les professionnel-les rencontrent parfois des situations plus complexes dont la résolution pourrait être soutenue grâce à la télémédecine. Cet article explore ainsi le potentiel offert par la télémédecine dans les soins d'urgence préhospitaliers. Plus précisément, il présente les pressions pesant sur les services d'urgence, décrit les modèles d'urgences communautaires comme piste de solution, puis discute des bénéfices et des défis de la télémédecine préhospitalière. Enfin, des pistes de réflexion sont proposées pour répondre aux besoins des ambulancier-ères communautaires.

Telemedicine in prehospital emergency care: light and shadow of an emerging practice

Swiss hospital and prehospital emergency services are under increasing pressure. In this context, community emergency response systems aim to optimize the deployment of human and material resources in a way proportionate to prehospital settings in which emergencies are predominantly classed as non-urgent. Nevertheless, professionals occasionally encounter more complex situations whose resolution could be supported through. This article explores the potential of telemedicine in prehospital emergency care. Specifically, the pressures on emergency services are presented, and community emergency models are described as a possible solution. Finally, we discuss the benefits and challenges of prehospital telemedicine and suggest avenues for adaptation to the needs of community paramedics.

INTRODUCTION

En Suisse, les services d'urgence préhospitaliers sont exposés à des pressions accrues.[1] Pour optimiser l'utilisation des ressources humaines et matérielles, il est nécessaire de repenser la réponse aux urgences préhospitalières.[2] À cet égard, les modèles d'urgence communautaire permettraient de rationaliser les ressources disponibles, notamment en impliquant parfois plus qu'un-e seul-e ambulancier-ère. Dans ce contexte, il existe cependant des situations plus complexes que celles attendues, où des solutions numériques, telles que la télémédecine, pourraient alors soutenir l'intervention des ambulancier-ères.[3] Toutefois, à ce jour, peu d'attention a été portée à ces solutions numériques et à la manière dont elles pourraient s'adapter aux besoins des professionnel-les. Sur la base d'une revue de la littérature, cet article révèle les apports et enjeux de l'implémentation préhospitalière de la télémédecine d'urgence.

Cet article décrit d'abord les pressions actuelles qui pèsent sur les services d'urgences. Il examine ensuite le potentiel des dispositifs de télémédecine, en mettant en lumière leur rôle crucial pour soutenir les ambulancier-ères travaillant seul-es. Enfin, il analyse les bénéfices et les défis de la télémédecine préhospitalière, tout en soulignant la nécessité d'adapter ces outils aux spécificités de l'urgence communautaire.

SURCHARGE DES SERVICES D'URGENCE

Les services d'urgences sont confrontés à des pressions croissantes et multiples.[4] Celles-ci résultent du vieillissement démographique, de la complexification des cas d'urgence, de la sous-utilisation des soins primaires et du fonctionnement institutionnel de ces services.[5] Ainsi, en Suisse, les appels à la centrale d'appels sanitaires d'urgence (CASU-144) sont en constante augmentation, avec une hausse des interventions ambulancières de 20% entre 2016 et 2023.[6] Parallèlement, ces évolutions s'inscrivent dans un contexte de pénurie de personnel: 7,1% des postes d'ambulancier-ère diplômé-e ES en Suisse étant vacants en 2023.[6,7] Ce déficit tient notamment aux sorties précoces des soignant-es de leur profession.

Afin de répondre à ces enjeux, différents programmes cantonaux ont été mis en place pour soutenir la formation de nouveaux-elles soignant-es et les fidéliser.[8] De plus, un dispositif cantonal encadre l'engorgement des hôpitaux vaudois et leurs services d'urgence. En revanche, l'attractivité des services préhospitaliers fait l'objet d'une attention et de mesures plus limitées alors même qu'elle impacte directement les hôpitaux et leurs services d'urgence.

[a]Haute école d'ingénierie et de gestion du canton de Vaud, HES-SO Haute école spécialisée de Suisse occidentale, 1400 Yverdon-les-Bains, [b]École supérieure d'ambulancier et de soins d'urgence romande, 1052 Le Mont-sur-Lausanne
paolo.martinelli@unil.ch | caryn.mathy@heig-vd.ch | romuald.mosqueron@heig-vd.ch
s.fournier@es-asur.ch | bruno.darochacarvalho@heig-vd.ch
liliane.keopraseuth@heig-vd.ch

REPENSER L'URGENCE PRÉHOSPITALIÈRE: URGENCES COMMUNAUTAIRES ET TÉLÉMÉDECINE

À chaque intervention prioritaire, une ambulance entièrement équipée et au moins deux ambulancier-ères sont mobilisé-es; dans environ 10% des cas, un-e médecin urgentiste l'est également.[9] Cependant, une part importante de ces missions concerne des situations d'urgence relative ou relevant des soins primaires, qui ne sont pas considérées comme des urgences vitales. Selon la littérature, 11 à 61% des transports en ambulance ne sont pas médicalement nécessaires.[10] Dans ces situations, les modèles de paramédecine communautaire (community paramedicine) permettent d'optimiser les ressources humaines et matérielles déployées. Ces modèles de soins désignent l'application des compétences des ambulancier-ères dans des environnements situés en dehors du schéma habituel d'intervention.[3] Les ambulancier-ères communautaires fournissent ainsi des soins primaires, prennent en charge des problèmes de santé non aigus et effectuent des évaluations cliniques approfondies.[3,11] Souvent, ces ambulancier-ères interviennent seul-es avec un véhicule léger (c'est-à-dire qui ne permet pas le transport de patient-es), mais peuvent aussi être accompagné-es d'un-e autre soignant-e (par exemple, un-e infirmier-ère) ou être supervisé-es par un-e médecin.[3]

Différents éléments freinent cependant l'efficacité de leur intervention. Notamment, ils/elles sont limité-es dans leurs pratiques de soin par des contraintes juridiques, et des spécificités médicales et interpersonnelles qui ne relèvent pas de leur champ de compétences spécifiques.[12,13] En Suisse, l'ambulancier-ère ne peut administrer des médicaments soumis à ordonnance que sur délégation et sous la responsabilité d'un-e médecin, le diagnostic, l'orientation, et le suivi thérapeutique restant de la compétence exclusive de ce/cette dernier-ère. Ainsi, seule l'assistance à distance d'un-e médecin permet de conserver les bénéfices du dispositif communautaire. L'utilisation de la télémédecine – entre ambulancier-ère et médecin à distance, ou entre médecin et patient-e de manière assistée par l'ambulancier-ère – peut donc offrir une solution adaptée aux pressions exercées sur les services d'urgence.

La télémédecine a connu une importante expansion au cours de la dernière décennie, en particulier durant la pandémie de Covid-19.[14] Les téléconsultations ont été largement utilisées dans l'interaction de soins entre professionnel-les et patient-es (**figure 1**). Ces pratiques sont largement plébiscitées par les soignant-es et permettent aux patient-es d'accéder à un spectre plus large de prestations médicales.[15,16] Malgré leur potentiel,[17] l'utilisation de la télémédecine dans les urgences relatives en préhospitalier est peu répandue. Il est donc pertinent d'identifier les apports et les enjeux actuels de la télémédecine pour l'optimisation des ressources humaines et matérielles des services d'urgence.[2]

CONNECTER DES PROFESSIONNEL-LES DANS LES SOINS D'URGENCE PRÉHOSPITALIERS

L'implémentation de la télémédecine est en expansion dans les soins d'urgence préhospitaliers, avec une utilisation grandissante d'objets connectés de téléconsultation.[18,19] La plupart de ces systèmes sont composés de multiples dispositifs, impliquant des plateformes de communication et des outils de transfert de données médicales (**figure 2**). En revanche, lors

FIG 1 **Trajectoires de communication de télésanté d'urgence**

Les flèches grises représentent les communications entre professionnel-les de soin et les patient-es à domicile. Les flèches bleues indiquent les communications de télésanté, tant en dehors que dans la situation de soin. Les lignes bleues traitillées représentent l'implication des patient-es dans une utilisation de la télémédecine d'urgence entre professionnel-les, la communication se limitant à l'échange entre professionnel-les en présence du-de la patient-es. La zone gris foncé (cercle sur la partie droite de la figure) représente le contexte de soins d'urgence et d'urgence relative.

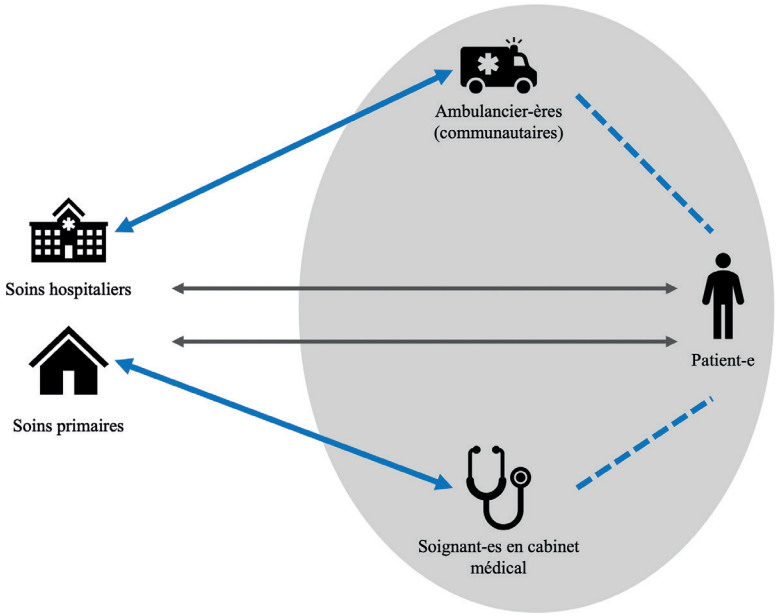
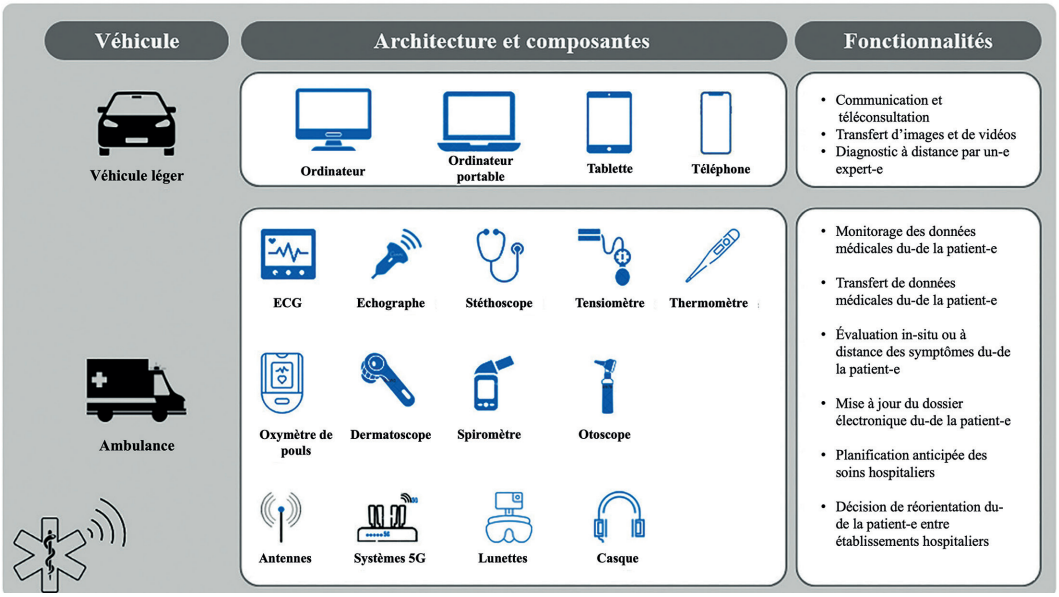


FIG 2 **Dispositifs de télémédecine d'urgence existants**

Véhicules mobilisés, architecture, composantes et fonctionnalités.
Au sein des véhicules mobilisés en situation d'urgence (léger ou ambulance), plusieurs composantes documentées constituent l'architecture de la télémédecine d'urgence. Leurs fonctionnalités, de communication ou de mesure, sont détaillées à droite de la figure.



(*D'après réf.*[19]).

d'interventions sans ambulance, certain-es professionnel-les sont équipé-es de systèmes monopériphériques, c'est-à-dire limités à la communication (**figure 2**). Si l'utilisation de ces systèmes semble positive, il reste nécessaire d'approfondir de nombreux points, en particulier: les enjeux techniques (transmission des données), cliniques (fiabilité de l'évaluation à distance), organisationnels (compétences et formations des soignant-es, délégation et coopération interprofessionnelle), juridiques (protection et sécurité des données), et économiques (financement des dispositifs et des prestations).

TÉLÉMÉDECINE DANS LES URGENCES PRÉHOSPITALIÈRES: APPORTS ET ENJEUX

Les professionnel-les témoignent d'une importante satisfaction concernant l'implémentation de la télémédecine dans les urgences vitales préhospitalières.[20] Ainsi, il ressort de la littérature que ces pratiques réduisent la durée de la prise en charge et améliorent la qualité des soins.[21-24] Ces apports sont favorisés par la qualité des données transmises,[25] et par la transférabilité des outils entre situations médicales.[23] Ces dispositifs favorisent également les délégations et les changements dans les pratiques médicales classiques,[24] sans altérer la qualité des évaluations effectuées.[26] Par ces apports, ces dispositifs soulagent les professionnel-les du secteur préhospitalier et des urgences,[27,28] et permettent une meilleure préparation à l'arrivée éventuelle des patient-es.[21]

Toutefois, une implémentation efficace de la télémédecine en préhospitalier requiert des conditions-cadres d'interdisciplinarité, de formation, de développement technologique et juridiques qui ne sont pas toujours réunies.[19] Si l'utilisation de la télémédecine s'inscrit dans une collaboration interdisciplinaire requérant des compétences spécifiques,[24] les formations des professionnel-les du secteur préhospitalier ne sont pas encore adaptées à ces nouvelles pratiques. Le cadre juridique et le modèle de rémunération de ces pratiques restent également à préciser.[29] De plus, des innovations technologiques doivent répondre aux enjeux techniques et de réseau, en proposant aux professionnel-les des outils ergonomiques, fonctionnant dans tout type de contexte.[20] Ces limitations reflètent une approche de la télémédecine qui a été principalement centrée sur les paramètres cliniques et techniques, au détriment des impacts organisationnels de la prise en charge. Les bénéfices cliniques et techniques sont réels, mais ne suffisent pas à eux seuls, à en faire une solution pertinente pour répondre aux difficultés des services d'urgence.[19] De nombreux aspects restent à explorer: le transfert de connaissances, les cadres légaux et de rémunération, les impacts sociaux, l'équité et l'accessibilité aux soins et les impacts environnementaux induits par ces nouvelles pratiques.[19] Dans la mesure où les projets et les expérimentations de service d'urgence communautaire se multiplient, la Suisse pourrait constituer un cadre idéal pour l'exploration de ces dimensions.

LA SUISSE COMME TERRAIN D'EXPÉRIMENTATION

À ce jour, une seule étude pilote suisse a été menée au Valais.[30] Elle a montré la faisabilité et la pertinence d'un appui du médecin urgentiste à distance aux ambulancier-ères pour des situations sans menace vitale aiguë. Le/la médecin a contribué à la prise en charge dans un tiers des missions (aide à la décision, orientation), témoignant d'un besoin réduit de sa présence sur place. Cependant, l'étude pilote n'a pas évalué

l'optimisation des ressources ambulancières, puisqu'une ambulance et son équipage ont été systématiquement mobilisés (le dispositif a été prévu pour limiter les déplacements du/de la médecin, et non de l'ambulance), ce qui limite les enseignements de la télémédecine dans des contextes de paramédecine communautaire.[19] Les limites de ces études concernent non seulement les technologies mobilisées, mais aussi les transformations organisationnelles sur les processus de prise en charge, les compétences et capacités des organisations de santé et des professionnel-les utilisateur-ices.

Le développement d'une stratégie de prise en charge télémédicalement assistée nécessite donc de mener une réflexion interdisciplinaire pour élaborer un modèle d'implémentation optimale, soucieux des enjeux juridiques, organisationnels, financiers et économiques, pédagogiques, sociaux ainsi qu'environnementaux, impliqués par ces solutions de télémédecine.[19]

CONCLUSION

Aujourd'hui, d'importantes pressions pèsent sur le fonctionnement des services d'urgence suisses. En repensant le fonctionnement de la réponse aux urgences préhospitalières, qui se situent en amont, et en s'appuyant sur des solutions de télémédecine pour soutenir les ambulancier-ères communautaires, il est possible d'optimiser la gestion des ressources humaines et matérielles disponibles. L'état de la littérature met cependant en évidence l'absence de solutions de télémédecine adaptées aux urgences communautaires et appelle à élaborer des études interdisciplinaires qui rendent compte des transformations induites sur le système de santé et les professionnel-les utilisateur-ices. Il s'agit également d'anticiper le besoin de formation à la télémédecine pour les ambulancier-ères communautaires et aux médecins directement impliqué-es dans ces solutions, afin de renforcer leurs compétences. Cette interprofessionnalité à distance nécessite de préciser leurs rôles et responsabilités respectifs dans ces nouvelles pratiques, tout en explorant l'apport réel de ces solutions ainsi que leurs capacités et limites à s'inscrire dans l'écosystème sanitaire existant. Le panorama suisse des soins d'urgence nous paraît à ce titre un terrain propice pour entamer ces travaux ambitieux.

Conflit d'intérêts: S. Fournier est responsable d'un module et coconcepteur du CAS (Certificate of Advanced Studies) en approche interdisciplinaire en soins extrahospitaliers. Les autres auteur-ices n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: les auteur-ices 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
P. Martinelli: https://orcid.org/0009-0009-1474-7053
C. Mathy: https://orcid.org/0000-0002-4500-4588
R. Mosqueron: https://orcid.org/0000-0002-8394-2129
S. Fournier: https://orcid.org/0000-0002-0654-1065
B. Da Rocha Carvalho: https://orcid.org/0009-0008-3230-7345
L. Keopraseuth: https://orcid.org/0009-0008-6263-008X

L'ESSENTIEL POUR LA TRANSFORMATION

- Face à la pression sur les services d'urgences, la paramédecine communautaire émerge comme solution d'optimisation des ressources.
- Les ambulancier-ères communautaires se déplaçant seul-es et en véhicule léger se retrouvent parfois confronté-es aux limites de leurs compétences, cliniques, technologiques et juridiques.
- La téléconsultation permettrait de dépasser ces limites par un soutien médical à distance, tout en préservant l'objectif d'optimisation des ressources.
- Son utilisation suppose d'adapter non seulement les technologies, mais aussi les organisations professionnelles (rôles, formations, cadre de délégation et de rémunération).
- Des études interdisciplinaires doivent être menées pour proposer des dispositifs de télémédecine adaptés aux besoins de terrain.

SOUMETTRE UN MANUSCRIT

Pour les thématiques et le format, merci de vous référer au site de la RMS: www.revmed.ch/ publier-dans-la-revue/rubriques-de-la-revue.
Les textes sont à envoyer à: redaction@revmed.ch
Pour toute information complémentaire: sanae.mazouri@revmed.ch

1 European Emergency Medicine in Numbers. Emergency Medicine Epidemiology Series 1.0 [En ligne]. [no date]. Disponible sur: https://eusem.org/images/European_EM_in_numbers.pdf
2 Benjamin E. Innovations in emergency nursing: adapting patient flow management to emergency department overcrowding. J Emerg Nurs. 2025 Mar;51(2):261-8. DOI:10.1016/j.jen.2024.10.002.
3 **Shannon B, Baldry S, O'Mera P, et al. The definition of a community paramedic: an international consensus. Paramedicine. 2023 Feb;20(1):4-22. DOI:10.1177/27536386221148993.
4 Marzano L, Darwich AS, Jayanth R, et al. Diagnosing an overcrowded emergency department from its electronic records. Sci Rep. 2024 Apr 30;14(1):9955. DOI:10.1038/s41598-024-60888-9.
5 Sartini M, Carbone A, Demartini A, et al. Overcrowding in emergency department: causes, consequences, and solutions–a narrative review. Healthcare (Basel). 2022 Aug 25;10(9):1625. DOI:10.3390/healthcare10091625.
6 Regener H. Maintien dans la profession: ambulancières et ambulanciers diplômés ES [rapport]. Nottwil (CH): Institut suisse de médecine d'urgence SIRMED; 26 juin 2024..
7 Merçay C, Grünig A, Dolder P. Personnel de santé en Suisse – Rapport national 2021: effectifs, besoins, offre et mesures pour assurer la relève. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; 2021. Report n° 03.
8 État de Vaud. InvestPro [En ligne]. [no date]. Disponible sur: www.vd.ch/sante-soins-et-handicap/pour-les-professionnels/soins-infirmiers-vaudois-evenements-et-actions/investpro
9 Dax F, Trentzsch H, Lazarovici M, et al. Ambulance deployment without transport: a retrospective difference analysis for the description of emergency interventions without patient transport in Bavaria. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2023 Dec 6;31(1):93. DOI:10.1186/s13049-023-01159-w.
10 Ebben RHA, Vloet LCM, Speijers RF, et al. A patient-safety and professional perspective on non-conveyance in ambulance care: a systematic review. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2017 Jul 17;25(1):71. DOI:10.1186/s13049-017-0409-6.
11 Shannon B, Eaton G, Lanos C, et al. The development of community paramedicine; a restricted review. Health Soc Care Community. 2022 Nov;30(6):e3547-61. DOI:10.1111/hsc.13985.
12 Paramalingam A, Ziesmann A, Pirrie M, et al. Paramedic attitudes and experiences working as community paramedic: a qualitative survey. BMC Emerg Med. 2024 Apr 1;24(1):50. DOI:10.1186/s12873-024-00972-5.
13 Pearson KB, Shaler G. Community paramedicine pilot programs: lessons from Maine. J Health Hum Serv Adm. 2017;40(2):141-85. Disponible sur: www.jstor.org/stable/44631858

14 Webster P. Virtual health care in the era of COVID-19. Lancet. 2020 Apr 11;395(10231):1180-1.
15 Andreadis K, Muellers K, Ancker JS, et al. Telemedicine impact on the patient-provider relationship in primary care during the COVID-19 pandemic. Med Care. 2023 Apr 1;61(Suppl 1):S83-8. DOI:10.1097/mlr.0000000000001808.
16 Moulaei K, Sheikhtaheri A, Fatehi F, Shanbehzadeh M, Bahaadinbeigy K. Patients' perspectives and preferences toward telemedicine versus in-person visits: a mixed-methods study on 1226 patients. BMC Med Inform Decis Mak. 2023 Nov 15;23(1):261. DOI:10.1186/s12911-023-02348-4.
17 Austin MA. Outdated and overwhelmed: evolving 9-1-1 for modern health care. Prehosp Emerg Care. 2025;29(5):561-3. DOI:10.1080/10903127.2025.2487136.
18 *Janerka C, Leslie GD, Mellan M, Arendts G. Review article: Prehospital telehealth for emergency care: a scoping review. Emerg Med Australas. 2023 Aug;35(4):540-52. DOI:10.1111/1742-6723.14224.
19 Martinelli P, Mathy C, Mosqueron R, et al. From devices to solutions: a rapid literature review on provider-to-provider telemedicine use in prehospital emergency care. Prehosp Emerg Care. Submitted.
20 Barrett KM, Pizzi MA, Kesari V, et al. Ambulance-based assessment of NIH Stroke Scale with telemedicine: a feasibility pilot study. J Telemed Telecare. 2017 May;23(4):476-83. DOI:10.1177/1357633x16648490.
21 Gilligan P, Bennett A, Houlihan A, et al. The doctor can see you now: a key stakeholder study into the acceptability of ambulance based telemedicine. Ir Med J. 2018 Jun 7;111(6):769.
22 O'Sullivan S, Krautwald J, Schneider H. Improving introduction of telemedicine in pre-hospital emergency medicine: understanding users and how acceptability, usability and effectiveness influence this process. BMC Emerg Med. 2024 Jul 12;24(1):114. DOI:10.1186/s12873-024-01034-6.
23 Bergrath S, Czaplik M, Rossaint R, et al. Implementation of a multicenter prehospital telemedicine system to support paramedics: feasibility and possible limitations. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2013 Jul 11;21:54. DOI:10.1186/1757-7241-21-54.
24 Schröder H, Beckers SK, Borgs C, et al. Long-term effects of prehospital telemedicine system on structural and process quality indicators of an emergency medical service. Sci Rep. 2024 Jan 3;14(1):310. DOI:10.1038/s41598-023-50924-5.
25 Cho SJ, Kwon IH, Jeong J. Application of telemedicine system to prehospital medical control. Healthc Inform Res. 2015 Jul;21(3):196-200. DOI:10.4258/hir.2015.21.3.196.
26 Smith SNC, Govindarajan P, Padrick MM, et al. A low-cost, tablet-based option for prehospital neurologic assessment: The iTREAT Study. Neurology. 2016 Jul 5;87(1):19-26. DOI:10.1212/WNL.0000000000002799.
27 Clover MC. Qualitative analysis of EMS provider focus group assessment of rural EMS telemedical program [dissertation] [En ligne]. University of Arizona: Texas; 2022. Disponible sur: http://hdl.handle.net/10150/665741
28 Sténou V, Levéziel D, Amiot F, Lamhaut L, Delomas T. Does remote consultation mobile unit or phygitale medical unit, a new way of managing unscheduled care in general medicine, make it possible to reduce the use of emergency rooms? J Eur Urgences Reanim. 2022 Dec;34(4):156-65. DOI:10.1016/j.jeurea.2022.12.001.
29 Chen B, Shi X, Feng T, et al. Construction and application of a private 5G standalone medical network in a smart health environment: exploratory practice from China. J Med Internet Res. 2024 Oct 24;26:e52404. DOI:10.2196/52404.
30 *Jobé C, Carron P-N, Métrailler P, et al. Introduction of telemedicine in a prehospital emergency care setting: a pilot study. Int J Telemed Appl. 2023 Mar 23;2023:1171401. DOI:10.1155/2023/1171401.

* **à lire**
** **à lire absolument**



Santé-environnement

La puissance des cobénéfices santé-environnement face au backlash écologique

Dre LAURIE MARRAULD[a]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1730-2 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980.49043

Alors que les effets du changement climatique deviennent de plus en plus visibles sur la santé, les politiques environnementales font face à une montée des résistances sociales, politiques et culturelles qualifiée de «backlash écologique». Ce phénomène remet en cause les politiques climatiques, les réglementations environnementales ou encore les transformations des modes de vie. Dans ce contexte, les cobénéfices santé-environnement constituent un levier stratégique: les politiques favorables au climat peuvent améliorer la santé publique, réduire les inégalités sociales et renforcer l'acceptabilité des transformations. Cet article analyse ce backlash, montre en quoi les cobénéfices en santé peuvent soutenir une santé compatible avec les limites planétaires, puis identifie les principaux leviers et barrières à leur mise en œuvre.

The power of health-environment co-benefits in the face of ecological backlash

As the effects of climate change become increasingly evident on public health, environmental policies are facing a rise in social, political, and cultural resistance described as an "ecological backlash." This phenomenon challenges climate policies, environmental regulations, and changes in lifestyles. In this context, health-environment co-benefits serve as a strategic lever: climate-friendly policies can improve public health, reduce social inequalities, and increase acceptance of these transformations. This article analyzes this backlash, demonstrates how health co-benefits can support health that is compatible with planetary boundaries, and identifies the main drivers and barriers to their implementation.

INTRODUCTION

Les crises écologiques contemporaines, changement climatique, pollution atmosphérique, effondrement de la biodiversité, artificialisation des sols ou contamination chimique, représentent désormais des menaces majeures pour la santé humaine. L'OMS considère le changement climatique comme la plus grande menace sanitaire du 21e siècle. Pourtant, alors même que l'urgence environnementale s'intensifie, les politiques écologiques rencontrent des oppositions fortes.

[a]Université de Rennes EHESP, CNRS, Inserm, Arènes UMR 6051, Recherche sur les services et management en santé, Rennes, France
laurie.marrauld@ehesp.fr

Partout en Europe et aux États-Unis émergent des mouvements contestant la légitimité des politiques climatiques, dénonçant leur coût économique, leurs effets sur les modes de vie ou leur supposé caractère coercitif.[1] Ce phénomène, souvent désigné sous le terme de «backlash écologique» ou de «green backlash», ne se réduit pas au climatoscepticisme classique. Il désigne plutôt une réaction politique, sociale et culturelle contre les transformations écologiques bien décrite dans les médias.[2] Or ce genre de phénomène ne date pas d'aujourd'hui: en 1972, la revue *Nature* se demandait si le «backlash environnemental» (*environmental backlash*) avait fini par arriver aux États-Unis.[3]

Cette dynamique intervient dans un contexte de fatigue démocratique, d'inégalités sociales croissantes, de défiance envers les institutions et de tensions économiques. Les politiques environnementales peuvent alors être perçues comme des contraintes supplémentaires pesant sur les ménages, les agriculteurs ou certaines catégories professionnelles.[4]

Dans ce paysage conflictuel, la santé constitue cependant un point d'ancrage particulier. Les citoyens peuvent se montrer réticents à des politiques climatiques abstraites ou perçues comme sacrificielles, mais demeurent fortement préoccupés par leur santé, celle de leurs proches et par leur qualité de vie quotidienne. Les cobénéfices santé-environnement offrent ainsi une possibilité de réarticuler les enjeux écologiques autour de bénéfices immédiats, tangibles et socialement désirables (comme la réduction de bruit et de la pollution de l'air ou les mobilités actives).[5]

BACKLASH ÉCOLOGIQUE: DÉFINITION ET DYNAMIQUES

Le backlash écologique peut être défini comme l'ensemble des réactions politiques, économiques, sociales et culturelles visant à ralentir, délégitimer ou renverser les politiques de transition écologique.[6] Les analyses récentes montrent que ce backlash prend des formes multiples: opposition aux normes environnementales, critique des interdictions, dénonciation de «l'écologie punitive», instrumentalisation des coûts de la transition ou encore défense des libertés individuelles face aux politiques climatiques.[6] Le backlash peut également être alimenté par certains acteurs économiques ou politiques

cherchant à préserver des modèles de production et de consommation fortement carbonés. Le phénomène s'est particulièrement intensifié après l'Accord de Paris. Certains chercheurs suggèrent même que la montée du backlash constitue paradoxalement l'une des conséquences du succès relatif de l'agenda climatique: à mesure que les politiques environnementales deviennent plus concrètes et susceptibles d'affecter les pratiques quotidiennes, les résistances augmentent.[6]

Plusieurs facteurs favorisent cette dynamique. Tout d'abord, les politiques environnementales peuvent être perçues comme socialement injustes lorsque leurs coûts apparaissent concentrés sur certaines catégories précaires de la population.[4] Les mouvements sociaux récents ont montré combien la question de la justice sociale demeure centrale dans l'acceptabilité des politiques climatiques.

Le backlash écologique s'inscrit également dans une crise plus large de confiance envers les élites politiques, scientifiques et médiatiques. Les politiques environnementales peuvent être perçues comme imposées «d'en haut», sans prise en compte des réalités locales ou sociales. Dans ce contexte, l'écologie devient parfois un marqueur politique ou culturel. Certaines représentations associent les politiques climatiques à une remise en cause des modes de vie, des identités professionnelles ou des libertés individuelles (le cas des protestations des agriculteurs européens en 2023-24 ou celles face aux zones de faible émission, ZFE, en France). Dans ce contexte, les discours exclusivement centrés sur les catastrophes futures ou les impératifs moraux peuvent paradoxalement renforcer les résistances, notamment lorsqu'ils génèrent un sentiment d'impuissance ou de culpabilisation.

COBÉNÉFICES SANTÉ-ENVIRONNEMENT: DE QUOI PARLE-T-ON?

Les cobénéfices santé-environnement désignent les bénéfices sanitaires associés aux politiques environnementales ou climatiques (pour plus d'informations, voir l'ouvrage Santé et Environnement[7]). Une action visant à réduire les émissions de GES, à limiter la pollution ou à préserver les écosystèmes peut simultanément améliorer la santé des populations.[8] On sait, par exemple, que la réduction des énergies fossiles entraîne une diminution de la pollution de l'air, responsable d'environ 7 millions de décès prématurés chaque année dans le monde, d'après l'OMS. Les politiques de décarbonation peuvent ainsi réduire les maladies respiratoires, cardiovasculaires ou certains cancers. Des travaux publiés dans *Nature* Communications[9] ont montré que les bénéfices sanitaires liés à l'amélioration de la qualité de l'air pourraient à eux seuls compenser une part importante des coûts des politiques climatiques.

Le développement de la marche, du vélo et des transports collectifs réduit les émissions de GES tout en favorisant l'activité physique, la santé mentale, la diminution des maladies chroniques et la réduction des accidents liés à la circulation automobile.[10,11] En complément, une alimentation moins riche en produits ultratransformés et en viande rouge peut simultanément réduire les émissions du système alimentaire (de 30 à 70%) et améliorer la prévention des maladies cardiovasculaires, de l'obésité ou du diabète.[11]

La végétalisation des villes contribue à limiter les îlots de chaleur urbains, améliore la qualité de l'air et favorise le bien-être psychologique, la cohésion sociale et la santé mentale.[12] Et la rénovation thermique des logements améliore le confort, réduit la précarité énergétique et diminue certaines pathologies liées au froid, à l'humidité ou à la mauvaise qualité de l'air intérieur.[13] Au-delà des bénéfices individuels, les cobénéfices peuvent également renforcer la résilience collective des systèmes de santé et réduire certaines dépenses de santé à long terme.

POURQUOI LES COBÉNÉFICES CONSTITUENT-ILS UNE STRATÉGIE FACE AU BACKLASH ÉCOLOGIQUE?

Les cobénéfices santé-environnement présentent plusieurs caractéristiques susceptibles de réduire les résistances sociales aux politiques écologiques. Contrairement aux bénéfices climatiques, souvent perçus comme lointains et abstraits (hors événements extrêmes), les bénéfices sanitaires sont concrets et rapidement perceptibles. Respirer un air moins pollué, vivre dans un logement moins exposé au trafic motorisé ou accéder à des espaces verts améliore directement le quotidien. La santé constitue aussi un langage plus consensuel que celui de la contrainte environnementale. Même dans des contextes de polarisation politique, la protection de la santé demeure largement valorisée.

Les cobénéfices permettent en outre de montrer que certaines politiques environnementales peuvent aussi réduire les inégalités sociales de santé. La rénovation thermique des logements sociaux, l'accès à des mobilités actives sécurisées ou la lutte contre les pollutions industrielles dans les quartiers défavorisés constituent des exemples particulièrement parlants. L'approche par les cobénéfices contribue donc à transformer le récit de la transition écologique. Il ne s'agit plus uniquement de «renoncer», mais également de gagner en santé et en qualité de vie. Sachant que les professionnels de santé bénéficient encore d'un fort niveau de confiance sociale, leur implication dans les enjeux environnementaux peut contribuer à légitimer certaines politiques climatiques et à traduire les enjeux écologiques en conséquences sanitaires concrètes.

PRINCIPAUX LEVIERS D'ACTION

Les politiques climatiques restent souvent pensées principalement sous l'angle énergétique. Une approche «Health in All Climate Policies» permettrait d'intégrer systématiquement les impacts sanitaires dans les décisions publiques. Les évaluations d'impact sanitaire standardisées des politiques climatiques devraient devenir plus systématiques, afin d'objectiver les bénéfices potentiels et de renforcer l'adhésion des populations. Si les tonnes de CO_2 évitées restent abstraites pour une grande partie des citoyens, des indicateurs portant sur l'asthme infantile, les hospitalisations évitées, le confort thermique ou l'activité physique sont plus facilement appropriables.

Les bénéfices sanitaires doivent être aussi rendus visibles à l'échelle locale. Les collectivités territoriales disposent ici d'un rôle majeur pour articuler urbanisme, mobilité, santé et environnement. Lorsque les bénéfices deviennent visibles dans le quotidien (baisse du bruit, amélioration du confort thermique, sécurité des déplacements, accès facilité à des espaces verts) les politiques environnementales apparaissent moins abstraites et moins conflictuelles.

Les enjeux santé-environnement demeurent encore insuffisamment intégrés dans les cursus médicaux et paramédicaux.[14] Former les professionnels de santé aux liens entre environnement et santé constitue un levier essentiel.

L'acceptabilité des politiques environnementales dépend aussi fortement de leur dimension redistributive. Les politiques climatiques doivent intégrer des mécanismes de compensation, d'accompagnement et de réduction des inégalités. Les populations les plus vulnérables sont souvent à la fois les plus exposées aux risques environnementaux et les moins capables d'absorber les coûts de la transition. Une approche centrée sur les cobénéfices peut contribuer à réconcilier justice sociale et transition écologique.

Enfin, le secteur de la santé dispose d'une capacité d'entraînement importante. En réduisant sa propre empreinte environnementale tout en maintenant (voire améliorant) la qualité des soins, il peut rendre crédible l'idée que soutenabilité et santé sont indissociables.

Cependant, aussi bénéfiques soient-elles, de telles actions ne s'opèrent pas non plus sans résistance: le cloisonnement institutionnel, les différentes temporalités politiques, le manque d'indicateurs intégrés, les conflits d'intérêts économiques, le risque de moralisation, les inégalités d'accès aux effets bénéfiques peuvent constituer de véritables freins à la mise en œuvre de ces dynamiques. Ainsi, au-delà du plaidoyer, le développement des cobénéfices santé-environnement suppose désormais de consolider les preuves de leur efficacité et de leur impact. Cela implique l'élaboration d'un cadre méthodologique harmonisé, fondé sur des indicateurs partagés et des méthodes d'évaluation comparables, afin de produire des résultats robustes et mobilisables par les décideurs. À cette condition, les cobénéfices pourront pleinement s'imposer comme un véritable outil d'aide à la décision, au service de politiques publiques conciliant santé, équité et soutenabilité.

Conflit d'intérêts: l'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

Utilisation de l'IA: l'auteure a 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).

L'ESSENTIEL POUR LA TRANSFORMATION

- Le backlash écologique souligne que les politiques environnementales se heurtent à des résistances sociales, politiques et culturelles qui conditionnent leur acceptabilité.
- Les cobénéfices santé-environnement constituent un levier stratégique pour articuler santé publique, justice sociale et transition écologique.
- Leur intégration dans les politiques publiques nécessite toutefois de produire des preuves robustes de leurs effets.
- Le développement d'un cadre méthodologique harmonisé, fondé sur des indicateurs partagés et des méthodes d'évaluation comparables, apparaît indispensable pour objectiver les résultats, guider la décision publique et faire de la santé un acteur de la transformation.

SOUMETTRE UN CAS

Soumettez un texte traitant d'un sujet en lien avec la santé et l'environnement. Pour les thématiques et le format, merci de vous référer au site de la RMS: www.revmed.ch/ publier-dans-la-revue/rubriques-de-la-revue.

Les textes sont à envoyer à: redaction@ medhyg.ch

1 M. Lockwood M. Right-wing populism and the climate change agenda: exploring the linkages. Environmental Politics [En ligne]. 2018;7(4):712-32. Disponible sur: www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09644016.2018.1458411

2 Legros C. Le «backlash écologique» ou l'accélération brutale d'un mouvement réactionnaire profond. Le Monde [En ligne]. 12 novembre 2025. Disponible sur: www.lemonde.fr/idees/article/2025/11/12/le-backlash-ecologique-ou-l-acceleration-brutale-d-un-mouvement-reactionnaire-profond_6653136_3232.html?srsltid=AU7gw4VUl03QDy0Og1HSzUOKW0K0lYL-45v9R3-T4gD6xeXE1L8LH3_mV

3 Our Washington Correspondent. Power and Pollution: Fuel for a Backlash. Nature. 1972 Apr 28;236(5348):422-23.

4 Carattini S, Carvalho M, Fankhauser S. Overcoming public resistance to carbon taxes. Wiley Interdiscip Rev Clim Change. 2018 Jun 6;9(5):e531. doi: 10.1002/wcc.531.

5 Hamilton I, et al. The public health implications of the Paris Agreement: a modelling study. Lancet Planet Health. 2021 Feb;5(2):e74-83. doi: 10.1016/S2542-5196(20)30249-7.

6 Jan M. Et si le backlash écologique en Europe était une conséquence de l'Accord de Paris? The Conversation [En ligne]. 2015;18. Disponible sur: https://theconversation.com/et-si-le-backlash-ecologique-en-europe-etait-une-consequence-de-laccord-de-paris-269673

7 Senn N, Del Rio M, Gonzalez Holguera J, Gaille M. Santé et environnement. Vers une nouvelle approche globale. Chêne-Bourg: RMS éditions, 2022. DOI: 10.53738/REVMED.95022.

8 **Moutet L, et al. The public health co-benefits of strategies consistent with net-zero emissions: a systematic review. Lancet Planet Health. 2025 Feb;9(2):e145-56. doi: 10.1016/S2542-5196(24)00330-9.

9 Scovronick N, et al. The impact of human health co-benefits on evaluations of global climate policy. Nat Commun. 2019 May 7;10(1):2095. doi: 10.1038/s41467-019-09499-x.

10 Woodcock J, et al. Public health benefits of strategies to reduce greenhouse-gas emissions: urban land transport. Lancet. 2009 Dec 5;374(9705):1930-43. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61714-1.

11 Springmann M, et al. Health and nutritional aspects of sustainable diet strategies and their association with environmental impacts: a global modelling analysis with country-level detail. Lancet Planet Health. 2018 Oct;2(10):e451-61. doi: 10.1016/S2542-5196(18)30206-7.

12 Gascon M, et al. Mental health benefits of long-term exposure to residential green and blue spaces: a systematic review. Int J Environ Res Public Health. 2015 Apr 22;12(4):4354-79. DOI: 10.3390/ijerph120404354.

13 Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2013 Feb;2013(3). doi: 10.1002/14651858.CD008657.pub2.

14 Shaw E, et al. AMEE Consensus Statement: Planetary health and education for sustainable healthcare. Med Teach. 2021 Mar;43(3):272-86. doi: 10.1080/0142159X.2020.1860207.

** à lire absolument

Et si le problème n'était pas là où on nous dit qu'il est?

À lire certains articles, notamment dans le tabloïd populaire Blick, largement accessible gratuitement en ligne, et dont le modèle économique repose notamment sur la publicité (y compris celle des acteurs du secteur de l'assurance), le problème des coûts de la santé en Suisse serait avant tout celui des médecins spécialistes et «lobbys» médicaux, qui veulent continuer à encaisser.[1] Dans cet article, l'auteur Raphael Rauch évoque «un potentiel d'économies de plusieurs millions de francs», sans toutefois fournir de chiffre précis ni expliquer clairement sur quelles données repose cette estimation. Il qualifie par ailleurs sans détour ni gêne les médecins de «reines du drame» et laisse entendre, sans ambiguïté, qu'ils chercheraient avant tout à préserver leurs revenus et intérêts.

LE SYSTÈME D'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE PEUT SIMULTANÉMENT GÉNÉRER 569 MILLIONS DE FRANCS D'EXCÉDENT ET RENFORCER SES RÉSERVES

Le problème avec cette présentation, c'est qu'elle repose sur des chiffres dont la méthodologie, la source et l'interprétation mériteraient d'être beaucoup plus transparentes. Comparer quelques revenus individuels à la moyenne d'autres professions médicales ne permet pas de tirer des conclusions sérieuses sur le coût réel du système de santé.

Et surtout, pourquoi ne parle-t-on pas davantage des coûts générés par le système lui-même?

Les chiffres officiels de l'OFSP montrent qu'en 2025, les assureurs-maladie ont consacré 107 millions de francs aux commissions et à la publicité (uniquement pour l'assurance obligatoire des soins (LAMal)).[2] En 2024, ce montant était de 123 millions, selon la même source. Ce sont donc des dizaines de millions de francs dépensés chaque année pour que des entreprises se disputent les mêmes assurés dans une assurance de base dont les prestations sont identiques et définies par la loi.

Et ce n'est pas tout. Toujours selon les chiffres officiels de l'OFSP, les réserves des assureurs dans l'assurance obligatoire des soins (LAMal) atteignent désormais 8,6 milliards de francs (début 2026).[2] En 2025, les assureurs LAMal ont enregistré 569 millions de francs d'excédent, intégralement affectés aux réserves.[2] Et cela sans même mentionner les gains exorbitants du domaine de l'assurance complémentaire, où les chiffres sont encore plus opaques. À noter par exemple que la CSS à elle seule affirme avoir réalisé un bénéfice de 144,9 millions de francs uniquement pour l'année 2025.[3] Les réserves sont évidemment nécessaires pour garantir la solvabilité du système et absorber les incertitudes liées à l'évolution des coûts. Mais une question mérite d'être posée clairement: comment expliquer que les primes augmentent année après année, alors que le système d'assurance-maladie obligatoire peut simultanément générer 569 millions de francs d'excédent et continuer à renforcer ses réserves?

Si les primes augmentent parce que les coûts augmentent, où se situe réellement la marge d'efficience du système? Pourquoi demande-t-on systématiquement aux médecins et aux autres professionnels de santé (notamment les physiothérapeutes) de réduire leurs coûts, alors que des économies considérables pourraient être réalisées *sans diminuer ni la qualité des soins, ni le temps médical, ni l'accès aux patients?* Supprimer ou réduire drastiquement la publicité commerciale dans l'assurance de base. Limiter les coûts d'intermédiation et de commissions. Simplifier le système. Et pourquoi pas, à terme, réfléchir à un modèle de caisse unique, qui supprimerait une partie de cette concurrence coûteuse entre assureurs pour des prestations dont le contenu est non seulement largement défini par la loi mais également identique.

Le problème n'est probablement pas que *les médecins sont trop chers*. Le véritable problème est peut-être que les politiques et assureurs cherchent trop souvent à économiser *sur ceux qui produisent les soins*, plutôt que de se demander combien coûte *le système qui les finance, les administre et les commercialise*. Le débat sur les coûts de la santé mérite des chiffres transparents, complets et comparables, et *pas des boucs émissaires*.

1 www.blick.ch/fr/suisse/sante-les-medecins-specialistes-veulent-continuer-a-encaisser-id22221439.html?utm_campaign=blick-fr-page-post&utm_content=article-fresh&utm_medium=social&utm_source=facebook&utm_term=cde-facebook-image-fresh-articles-daytime-2624
2 www.bag.admin.ch/fr/assureurs-maladie-comptes-annuels-2025-disponibles
3 www.css.ch/fr/a-propos-de-css/portrait/medias-publications/medias/communiques-de-presse/css-comptes-annuels-2025.html

DR L. ALEJANDRO CULEBRAS ALMEIDA

Centre de médecine du sport et de l'exercice
Swiss Olympic Medical Center
Hirslanden – Clinique La Colline
1206 Genève
alejandro.culebras@hirslanden.ch

Rev Med Suisse 2026; 22: 1733
DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980.49435

LU POUR VOUS Entrepreneuriat des généralistes: un potentiel encore sous-exploité

Dans un contexte de transformation des systèmes de santé, une revue de la littérature a analysé la place de l'entrepreneuriat en médecine générale, les freins et leviers à son développement en formation et en pratique, ainsi que ses implications pour les politiques de santé.

Au total, 18 études ont été retenues et 7 thèmes ont émergé, notamment les compétences entrepreneuriales, les obstacles organisationnels, les facteurs politiques et les motivations. Les principaux freins identifiés étaient le manque de formation en gestion, les difficultés opérationnelles, l'insuffisance du soutien institutionnel ainsi que les contraintes financières et réglementaires. Malgré ces obstacles, les médecins généralistes développent des modèles variés (structures partenariales, organisations corporatives ou entrepreneuriat social) pour répondre aux pénuries de professionnels, à l'essor des maladies chroniques ainsi qu'aux besoins croissants de coordination des soins. Les auteures soulignent ainsi la nécessité d'intégrer des compétences entrepreneuriales à la formation médicale et de mettre en place des politiques favorables.



© gettyimages/simonkr

Commentaire: ces résultats résonnent particulièrement en Suisse, où les soins de premier recours sont confrontés à une pénurie croissante de médecins de famille, au vieillissement démographique et au développement des cabinets de groupe, des réseaux de soins et de l'interprofessionnalité. Ces transformations exigent des compétences en organisation, gestion et conduite du changement, encore peu enseignées dans les cursus médicaux. L'entrepreneuriat ne doit toutefois pas être réduit à une logique commerciale: il désigne aussi la capacité à concevoir, financer et mettre en œuvre des organisations de soins innovantes, au service des patientes et des patients. Dans un contexte de renforcement de l'ambulatoire et de coordination des parcours, les médecins de premier recours ont un rôle clé à jouer, à condition d'être mieux formé-es et soutenu-es.

Dre Silva Auer
Unisanté, Lausanne

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

Pirouzi M, Harwood M, Scahill S. Exploring entrepreneurship among general practitioners: a scoping review of education and practice. BMC Prim Care. 2026;27:134. DOI:10.1186/s12875-026-03241-5

CARTE BLANCHE

INDISSIMULABLE INTIME



Dr Vincent Barthassat
Centre de médecine interdisciplinaire
1227 Carouge Acacias
v.barthassat@cmige.ch

Le chemin qui mène à l'obésité paraît à première vue si évident que la société peine à comprendre que l'on puisse ne pas parvenir à l'éviter. Vivre en situation d'obésité résulterait donc d'un échec, d'une incapacité. Si le regard de la société, notamment des professionnels de santé en est fortement teinté, celui des patients sur leur propre situation l'est souvent plus encore, contribuant à les enfermer dans les sentiments de honte et de culpabilité.

Le chemin pour en sortir semble lui aussi limpide (il n'y a qu'à), soulignant ainsi qu'il pourrait ne s'agir que d'une question de volonté. L'arrivée très médiatisée des analogues du GLP-1 et du GIP apporte des éléments nouveaux et contrastés sur cette question, qui ne manquent pas de polariser le débat.

D'un côté, davantage de raisons de penser qu'il est possible d'en sortir, la solution est au bout de l'aiguille. De l'autre, du scepticisme (les patients reprennent vite du poids après l'interruption du traitement), de la méfiance, voire du sabotage motivationnel (c'est trop facile), comme s'il pouvait y avoir quelque chose de dérangeant à voir les choses changer.

Les patients nous rapportent que c'est en tout cas un sujet sur lequel chacun semble avoir un avis, pour ne pas dire une expertise. Un sujet souvent abordé sans détour, parfois même en public, sans que leur avis ait été sollicité, notamment lorsqu'une perte de poids devient visible. L'image positive de l'évolution de leur situation semble alors autoriser l'entourage à aborder un sujet qui, jusque-là, relevait du tabou. Les personnes concernées décrivent bien comment, selon le contexte, même un compliment peut être vécu comme une intrusion dans leur sphère intime.

Car l'obésité a des racines complexes et souvent profondément intimes. En dehors des situations d'origine médicamenteuse, endocrinienne ou des rares syndromes génétiques, ses déterminants sont très généralement multifactoriels, aux carrefours de problématiques sociétales et individuelles. Les perturbations du rapport au corps, souvent insécurisé, parfois traumatisé, sont fréquentes, et peuvent affecter profondément le lien à l'autre.



© gettyimages/Dimple Bhati

patient peut retrouver progressivement confiance et se dégager de la culpabilité. Ce nouvel espace permet souvent d'aborder, au fil des entretiens de suivi, des aspects jusque-là occultés.

L'obésité est une problématique indiscutablement intime: de l'intime que l'on ne peut pas cacher.

L'aborder demande du tact et un consentement.

Notamment dans nos consultations, souvenons-nous-en.

La souffrance psychique, à des degrés divers, est omniprésente, à la fois cause et conséquence. Les avancées thérapeutiques récentes représentent une aide indéniable, mais elles ne résolvent pas à elles seules l'ensemble de la problématique. L'accompagnement des patients traités par des analogues du GLP-1 ou du GIP offre toutefois l'opportunité d'un précieux travail de fond. Lorsque le rapport à la nourriture s'apaise sous l'effet du traitement, le

Widmer D, Carrera HM, Ruof J, et al. Role of general practitioners in European health technology assessment, EU-HTA innovation in oncology as an example. J Mark Access Health Policy. 2026;14:57. https://doi.org/10.3390/jmahp14030057

DÉPENDANCES EN BREF Service de médecine des addictions, CHUV, Lausanne

Dutastéride: option prometteuse pour réduire la consommation excessive d'alcool

Les options pharmaceutiques actuelles pour réduire la consommation excessive d'alcool sont limitées; le dutastéride, un inhibiteur de la 5-alpha-réductase, habituellement utilisé pour traiter les troubles de la prostate, pourrait constituer une solution intéressante. Des chercheurs ont mené un essai randomisé et contrôlé en groupes parallèles d'une durée de 12 semaines auprès d'adultes âgés de 35 ans ou plus présentant un trouble lié à l'usage d'alcool (TUA) et une consommation excessive d'alcool[a] qui souhaitaient réduire ou arrêter leur consommation. Les participants ont été randomisés pour recevoir soit 1 mg/jour de dutastéride, soit un placebo. Tous les participants ont bénéficié d'un suivi médical bihebdomadaire.

- Les participants (n = 167) étaient à 95% d'origine ethnique caucasienne et à 44% de sexe féminin; âge moyen: 56 ans.
- Par rapport au placebo, les participants recevant le dutastéride ont connu une réduction plus importante du nombre de jours de consommation excessive d'alcool (baisse de 40% avec le dutastéride versus 23 avec le placebo).
- Les participants recevant le dutastéride ont également consommé moins de verres par semaine que ceux recevant le placebo (baisse de 32% avec le dutastéride versus 16 avec le placebo).
- Les analyses stratifiées par sexe ont montré des effets statistiquement significatifs chez les hommes, mais pas chez les femmes; celles recevant le placebo ont présenté une réduction de leur consommation d'alcool plus importante que les hommes du même groupe de traitement.
- Aucun événement indésirable grave n'a été signalé et aucun participant ne s'est retiré de l'étude en raison d'effets secondaires.



© gettyimages/Feverpitched

Commentaires: chez les personnes atteintes d'un TUA avec l'objectif de réduire leur consommation, le dutastéride a été bien toléré et a réduit de manière significative les consommations excessive et totale d'alcool, en particulier chez les hommes de cette cohorte, qui étaient majoritairement d'origine ethnique caucasienne. Les effets n'étaient pas significatifs chez les femmes, mais celles du groupe placebo ont présenté une diminution plus importante que les hommes du même groupe de traitement. Les tailles d'effet étaient comparables à celles des médicaments actuellement approuvés. Des études supplémentaires sont nécessaires, en particulier auprès de populations d'autres origines ethniques.

Ce texte a été traduit par l'IA et validé par le Pr J.-B. Daeppen, chef du Service de médecine des addictions du CHUV, Lausanne.

Dr Nicolas Bertholet

[a]Défini comme ≥ 24 verres/semaine pour les hommes et ≥ 18 verres/semaine pour les femmes, avec au moins deux jours de consommation excessive par semaine.

Covault J, Tennen H, Feinn R. Dutasteride as a treatment to support reduced drinking: a randomized placebo-controlled trial. J Addict Med. 2025 Nov 10. DOI: 10.1097/ADM.0000000000001609.

CORTEX

Placer la santé au cœur de la société

L'amélioration continue de l'état de santé de la population s'accompagne d'une expansion concomitante des attentes envers la santé : plus on vit longtemps, plus la maladie ou le déclin associés au vieillissement semblent inacceptables. La médicalisation d'un vaste ensemble de conditions, par exemple le surpoids ou l'infertilité, renforce le sentiment que des solutions techniques peuvent compenser les défaillances des corps humains. L'accumulation des connaissances et les traitements,– avérés ou potentiels, qui en sont issus génèrent de l'espoir, pensons par exemple aux promesses de la médecine personnalisée. Au-delà du concept de médicalisation désormais intégré dans le langage commun, la sociologie de la santé a également proposé la notion de santéisation pour évoquer l'omniprésence des injonctions à la vie saine, dans l'ensemble des âges et sphères de la vie. Cette attention constante et les appels à l'anticipation des risques rendent cependant la santé fragile, puisqu'elle apparaît comme étant en sursis, autour d'une frontière poreuse entre santé et maladie. Surtout, les recherches épidémiologiques et les réponses médicales focalisées sur les facteurs biologiques font porter l'attention sur la responsabilité des individus à façonner leur bonne santé. Ce modèle individuel non seulement induit une pathologisation de la vie ordinaire, comme discuté dans un article récent du *New York Times* consacré à la santé mentale,[1] mais encore entretient le mythe d'une santé à portée de main.

LES ATTENTES ÉLEVÉES ENVERS LA SANTÉ ALIMENTENT L'ANXIÉTÉ D'UNE PARTIE DE LA POPULATION

Ce cadrage, largement relayé par les médias, a des implications concrètes, qu'il s'agit d'interroger. En effet, les attentes élevées envers la santé alimentent l'anxiété d'une partie de la population. Alors que les risques restent souvent intangibles et silencieux, ils soulignent combien nous sommes vulnérables et font craindre de passer à côté de conditions qui pourraient être évitées. Le besoin de réassurance, présent tant chez les patients que chez les professionnels, encourage une surveillance étroite des paramètres biologiques personnels. Il fait croitre les demandes adressées au système de soins, appelé à mesurer, détecter et dépister. L'abaissement des seuils de tolérance aux variations et la constante redéfinition du normal encouragent des interventions de plus en plus régulières et précoces. La quête de santé se traduit aussi dans une surveillance continue de soi, rendue possible par tout un ensemble d'outils connectés. Ces évolutions, qui encouragent un suivi en direct des signaux du corps, fragilisent la connaissance tangible ou sensible du corps, dont la performance ou la bonne santé ne peuvent être évaluées qu'à l'aide de données prédictives, interprétées par des algorithmes ou des experts. La quantification de paramètres isolés fragmente l'expérience de la santé et oriente l'attention sur des corps, potentiellement, malades.

Cette vision de la santé reflète la socialisation médicale et les attentes des couches favorisées de la société. En effet, la capacité à se projeter dans le futur et se protéger des risques est propre aux sociétés riches, plus spécifiquement aux individus privilégiés dans ces sociétés. Elle conduit à une surconsommation de prestations médicales, appréhendée sous l'angle du surdiagnostic ou du surdépistage, dont les effets néfastes se déploient tant au plan individuel (interventions indues) qu'au plan collectif (coûts, impact environnemental). En même temps, cette expansion de la pathologisation et de la prévention excessive des risques se déploie alors même que des besoins fondamentaux ne sont pas couverts. De plus, les déterminants sociaux de la santé démontrent que la santé se construit en amont du système de soins et des connaissances médicales, ce que les progrès médicaux et le pouvoir gagné par les professions qui y sont associées tendent à faire oublier. Les études sur la persistance des inégalités sociales de santé montrent de manière répétée combien l'état de santé de la population est dépendant des contextes sociaux et économiques, entre pays mais aussi en leur sein. De plus, la recherche décrit de mieux en mieux comment il est affecté par des déterminants environnementaux et commerciaux, qui révèlent le rôle des logiques capitalistes dans l'organisation des activités humaines et la distribution inégale des ressources qui y est associée.

Ces éléments rappellent que la bonne santé est un choix de société. Contre les logiques suscitant anxiété et surconsommation, d'autres modèles sont possibles. Ils invitent à envisager la santé comme une ressource collective, à promouvoir en intégrant les principes de justice sociale. La solidarité appelle à repenser la distribution des ressources en intégrant la réalité des limites de celles-ci. Dans cette perspective, la réduction des inégalités sociales et de santé oblige à mettre en discussion et agir sur les mécanismes conduisant des groupes de la population à accumuler les désavantages, mais aussi sur les mécanismes permettant aux catégories privilégiées de continuer à accaparer certaines ressources. L'approche sociologique contribue à éclairer les tensions entre les aspirations légitimes à une bonne santé accessible à tou-tes et les conditions structurelles qui les entravent. Elle invite à inscrire la santé au cœur de la société et à prendre au sérieux les rapports de pouvoir qui continuent de façonner sa distribution.

1 Routledge C. Stop pathologizing ordinary life. New York : New York Times, 2026 July 26.

PRE CLAUDINE BURTON-JEANGROS

Institut de recherches sociologiques
Université de Genève – 1211 Genève 4
claudine.jeangros@unige.ch
ORCID : https://orcid.org/0000-0003-2258-9728

Rev Med Suisse 2026 ; 22 : 1736
DOI : 10.53738/REVMED.2026.22.980.49333

Morsures de vipère en Suisse: évaluation et prise en charge

CÉDRIC FROCHAUX[a], Dre FLORENCE SELZ AMAUDRUZ[b] et Dr VINCENT FROCHAUX[b]

Rev Med Suisse 2026; 22: 1-4 | DOI: 10.53738/REVMED.2026.22.980.e48802

Un patient mordu par un serpent endémique en Suisse, potentiellement venimeux, représente souvent un certain stress pour les médecins en raison d'un manque de connaissances des modalités de prise en charge. Nous y sommes régulièrement confrontés en Valais, raison pour laquelle un protocole de prise en charge a été élaboré depuis plus de 15 ans. Cela est étayé à la lumière de la revue de plus de 60 cas de morsures de vipères prises en charge en milieu hospitalier ces 20 dernières années.

Viper bites in Switzerland: assessment and management algorithm

A patient bitten by a snake native to Switzerland, which is potentially venomous, often represents a source of stress for physicians due to lack of knowledge regarding the appropriate management. This is a situation we are regularly confronted with in Valais, which is why a management protocol has been developed over the past 15 years. We propose to further support and update this protocol in light of a review of more than 60 cases of viper bites managed in a hospital setting over the past 20 years.

INTRODUCTION

Les consultations aux urgences motivées par une morsure représentent un faible pourcentage des consultations; les responsables, ces 20 dernières années, sont principalement les chiens (52,5%) et les chats (31,5%). Les morsures humaines ne représentent que 3,5% des cas. Les morsures par serpents, au 3e rang (8% des cas), sont le fait essentiellement de vipères, seul serpent venimeux endémique en Suisse, même si des morsures par des serpents exotiques, animal de compagnie fréquemment détenu en Suisse, sont parfois rencontrées.[1]

La vipère, animal protégé depuis 1966, compte 2 espèces en Suisse: l'aspic (*Vipera aspis*) et la péliade (*Vipera berus*).[2] En Valais, Yves Brunelli, travaille depuis plus de 20 ans comme herpétologue officieux: il les recherche, les recense et répond à de nombreuses sollicitations: l'aspic prédomine clairement, alors que la péliade est rare; elles sont ubiquitaires, retrouvées même dans le centre-ville de Sion et jusqu'à une altitude de 2800 mètres (**figure 1**).

[a]Service des soins intensifs, Hôpital de Sion, 1951 Sion, [b]Service des urgences, Hôpital de Sion, 1951 Sion
cedric.frochaux@hopitalvs.ch | florence.selzamaudruz@hopitalvs.ch
vincent.frochaux@hopitalvs.ch

CONSÉQUENCES POTENTIELLES D'UNE MORSURE DE VIPÈRE

Le venin des vipères, dédié à l'obtention de nourriture, est très riche en substances actives. Une morsure peut entraîner un large spectre de symptômes cliniques, allant d'une simple morsure sans envenimation à de graves symptômes comprenant un syndrome dit «vipérin» (cytotoxique et plus rarement hématotoxique)[3] ou une symptomatologie générale taxée d'anaphylactoïde, mais qui correspond en fait à une envenimation systémique (**tableau 1**).

Une gradation des morsures a été élaborée par l'Institut Pasteur en 1992,[4] puis étayée biologiquement par Audebert en 1994.[5] Une échelle clinique basée sur les symptômes caractéristiques précoces sert de base à leur classification (**tableau 2**) et permet d'orienter la prise en charge, tout en soulignant le risque d'évolution rapidement grave. Aucune morsure fatale de vipère n'a été recensée depuis près de 70 ans en Suisse.

REVUE DE 64 CAS DE MORSURES PAR VIPÈRES ET DE LEUR PRISE EN CHARGE

Parmi les 68 cas de morsures par serpents pris en charge dans le service des urgences adultes du Centre Hospitalier du Valais Romand (CHVR) à Sion depuis 2006 et Martigny dès 2012, 64 l'étaient pour une vipère; à relever 2 morsures par couleuvre ainsi que 2 cas par serpent exotique chez le même patient (*Crotalus atrox* et *Crotalus ravus*). L'âge va de 19 à 90 ans, et la localisation des morsures prédomine (95%) aux extrémités (en dessous des genoux ou des coudes), clairement en faveur des membres supérieurs (64%). La grande majorité sont des stades 0 (24%) et 1 (48%), alors que 11 (17%) respectivement 7 (11%) sont des stades 2 et 3. L'antivenin (Viperfav 7 fois sur 9) a été administré à tous les stades 3 et à 2 patients de stade 2 en raison d'une progression de l'œdème au-delà de la racine du membre. Aucun effet indésirable de l'antivenin n'a été observé. Ce collectif est comparé avec 2 autres en Suisse (**tableau 3**).[6,7]

En préhospitalier, la réalisation d'un garrot a été relevée dans 4 cas et une tentative d'aspiration buccale après incision dans 3 autres cas. Sur le plan biologique, il a été observé 2 cas d'hémoconcentration (Hb: 210 respectivement 208 g/l), 3 cas d'anémie (Hb: 65-67 et 105 g/l) ainsi qu'un trouble de la crase (TP: 57% sans hypofibrinogénémie), 2 cas de rhabdomyolyse modérée (CK jusqu'à 778 U/l) et 1 cas d'insuffisance rénale aiguë (créatinine 143 µmol/l) sans nécessité de dialyse. 19 patients (30%) ont nécessité une hospitalisation dont la durée moyenne était de 4 jours (écart-type ± 3 jours, médiane 3 jours) avec

FIG 1 **Aspic et ses différents coloris**

L'aspic a une grande variété de coloris (**A-B**); il existe même des individus (non illustré) entièrement noirs, y compris l'iris, taxés de «mélaniques», un aspect triangulaire de la tête et un rétrécissement entre la tête et le corps (**B**), une pupille fendue verticalement/un museau retroussé et des rangées multiples d'écailles entre l'œil et la gueule (**C**), des crochets et des glandes à venin derrière l'œil (**D**).



(*Avec l'amabilité de Yves Brunelli*).

pour 13 patients un séjour en unité monitorée (SC-SI) d'en moyenne 1,3 jour (écart-type ± 1,38 jour, médiane 1 jour).

PRISE EN CHARGE

En cas de morsure par vipère, outre la nécessité d'un avis médical rapide (surveillance hospitalière), les mesures immé-

TABLEAU 1 **Conséquences d'une morsure de vipère**

CIVD: coagulation intravasculaire disséminée.

Locales
• Douleurs, en particulier en cas d'envenimation • Lésions punctiformes (en général 2, distantes de moins de 1 cm)
Régionales
• Œdème inflammatoire avec une extension progressive • Parfois apparition de phlyctènes/taches purpuriques
Systémiques
• Hypotension artérielle • Douleurs abdominales/diarrhées/vomissements • Sensation de malaise/bradycardie parfois • Bronchospasme/modification de la voix
Complications
• Locales: phlyctènes purpuriques étendues • Biologiques: thrombopénie/troubles de la crase (CIVD)/hémoconcentration initiale, anémie/rhabdomyolyse • Syndrome des loges • Insuffisance rénale • Œdème pulmonaire lésionnel

TABLEAU 2 **Stades d'envenimation**

0	Pas d'envenimation	• Traces de morsure • Aucun symptôme, pas d'œdème
1	Envenimation légère	• Œdème local • Aucune réaction systémique
2	Envenimation modérée	• Œdème s'étendant au membre • Réaction systémique modérée • Hypotension modérée • Vomissements/diarrhées
3	Envenimation sévère	• Œdème atteignant le tronc • Réaction systémique sévère • Hypotension prolongée • État de choc/saignements

TABLEAU 3 **Comparaison d'un collectif avec 2 revues de morsures par vipères en Suisse**

La différence de proportion pour certains stades pourrait s'expliquer en partie par une classification rétrospective des cas des deux premiers collectifs et en partie par une documentation rigoureuse des cas du collectif du Centre hospitalier du Valais romand.

	Suisse 1983-1991	Valais 1973-2004	CHVR 2006-2025
	161 cas	99 cas	64 cas
Stade 0	9%	8%	24%
Stade 1	46%	42%	48%
Stade 2	31%	40%	17%
Stade 3	14%	10%	11%

diates préconisées sont la mise au repos du patient, une immobilisation du membre concerné avec une compression modérée, l'ablation d'objet potentiellement compressible (bague, montre, etc.) et l'administration d'antalgiques non AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens); pour la désinfection locale, un produit incolore devrait être privilégié de manière à ne pas masquer les signes inflammatoires. La succion de la blessure avec ou sans incision, soit buccale, soit par un dispositif dédié (Aspivenin), est contre-indiquée vu l'absence d'effet significatif[8]; il en va de même pour la confection d'un garrot, susceptible d'aggraver des lésions locales.

Au niveau hospitalier, les mesures immédiates visent à assurer les fonctions vitales (mise en place d'une voie veineuse), suivies d'une évaluation locale de la morsure: si elle semble «sèche», soit sans envenimation, un simple suivi de 6 heures est raisonnable, sans bilan biologique initial, avec une surveillance locale et systémique régulière. En cas de signe de morsure avec injection de venin, un bilan biologique est préconisé (formule sanguine, TP, PTT, fibrinogène, créatinine et CK) ainsi qu'une observation: outre un suivi des paramètres vitaux et la surveillance de l'évolution locale, des traitements sont utilisés, mais quel est leur rationnel?

Antihistaminique et cortisone

Même si dans ce collectif, 28% en ont reçu (pré et intrahospitalier), l'administration d'antihistaminique ou de cortisone ne repose sur aucun rationnel ou validation, sauf en cas de vraie réaction anaphylactique (morsures multiples préalables). La fausse dénomination de réaction anaphylactoïde face à un tableau d'envenimation peut entraîner l'administration de ces médicaments, qui doit être proscrite. L'argument d'en donner avant l'administration des anciens antidotes a disparu.

Adrénaline

L'adrénaline est indiquée par voie IM ou IV à doses filées, en cas d'hypotension artérielle ne répondant pas au remplissage vasculaire (15% des patients de ce collectif), dans l'attente de l'administration ou de l'effet de l'antivenin.

Antivenin

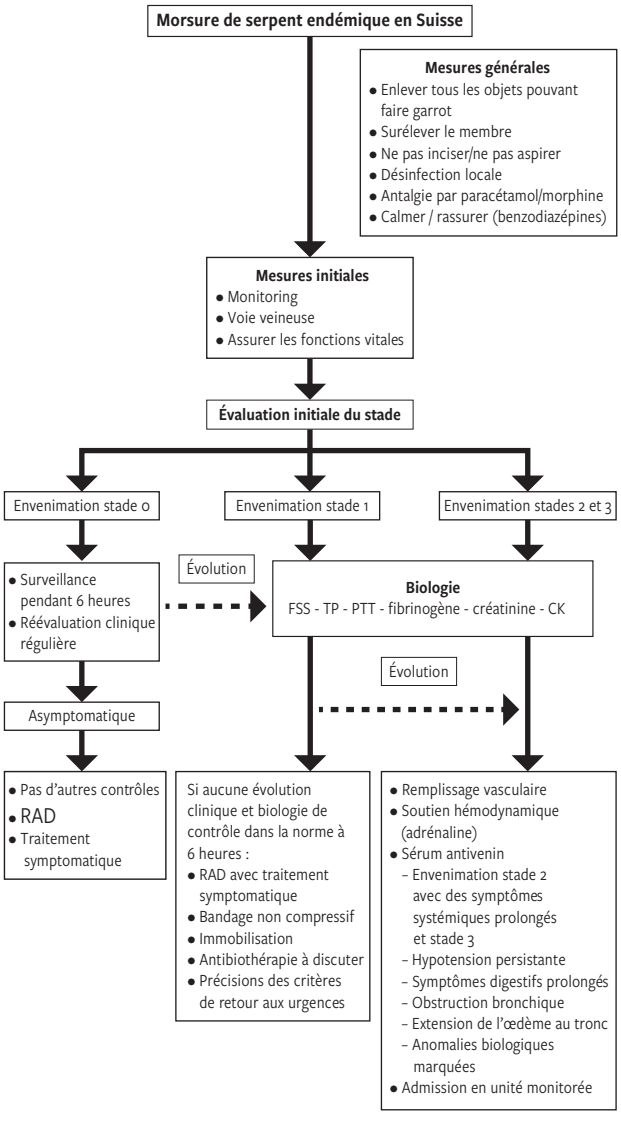
Deux antivenins, très spécifiques, de type «immunothérapie»[9] et dépourvus des effets secondaires redoutés des anciennes «sérothérapies» (réaction anaphylactique, maladie sérique) sont à disposition depuis le début des années 2000: Viperfav à base de fragments d'immunoglobulines F(ab')$_2$ d'origine équine, s'administre par voie intraveineuse en 1 dose (4 ml dans 100 ml de NaCl 0,9% à passer en 1 heure), dont l'efficacité est prouvée contre les venins de *Vipera aspis*, *berus* et *ammodytes*; sa tolérance est excellente, les événements indésirables rares, sans réaction anaphylactique rapportée[10,11]; ViperaTAb contient des fragments d'immunoglobulines Fab ovin et s'administre par voie intraveineuse en 1 dose (2 ampoules de 4 ml dans 100 ml de NaCl 0,9% à passer en 30 minutes) dont l'efficacité est prouvée contre le venin de *Vipera berus*, mais dont des études suggèrent l'efficacité contre celui de *Vipera aspis* par réaction croisée. Les événements indésirables sont rares et il n'y a pas de réaction anaphylactique rapportée dans les études.[11] L'utilisation du Viperfav devrait être privilégiée en raison d'un risque plus élevé d'aggravation de la symptomatologie chez les patients traités par ViperTAb bien que la durée de séjour soit similaire chez ceux traités par les deux antivenins.[12]

Autres

Il est nécessaire de contrôler le statut vaccinal antitétanique, avec un rappel obligatoire s'il y a lieu, ainsi que d'évaluer l'administration d'une antibiothérapie: bien qu'aucun consensus n'existe sur la prescription systématique d'antibiotique, la gueule des serpents est particulièrement sale; par analogie avec les morsures animales, des critères sont en faveur de cette attitude en cas de morsures délabrées, d'atteinte de la face ou des mains, de la proximité des os ou d'articulations, d'une immunosuppression ou d'un trouble préexistant de la

FIG 2 **Algorithme de prise en charge du CHVR**

CK: créatine kinase; CHVR: Centre hospitalier du Valais romand; FSS: formule sanguine simple; PTT: temps de thromboplastine partielle; RAD: retour à domicile; TP: temps de prothrombine.



circulation lymphatique ou veineuse.[13] Par ailleurs, en cas de complications locales, un avis de chirurgie plastique peut s'avérer nécessaire.

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE AU CHVR

Ce protocole a été élaboré sur la base de l'examen initial pour déterminer le stade, tout en soulignant la possible évolutivité (**figure 2**): une morsure sans signe d'envenimation nécessite une surveillance locale et clinique de 6 heures, sans examen biologique initial; dès la présence de signes d'envenimation, outre un laboratoire de base, le patient nécessite une surveillance rapprochée de l'évolution locale et des signes cliniques, avec une hospitalisation de 12 à 24 heures en cas de progression locale au-dessus du coude ou du genou. L'administration d'un antivenin doit être envisagée sans délai pour les envenimations de stade 3, mais également pour les stades 2, à moins d'une régression rapide des symptômes, notamment pour prévenir une évolution vers le stade 3.[14,15]

CONCLUSION

Les morsures de vipères sont rares, sans toutefois être exceptionnelles. Leur prise en charge est actuellement bien codifiée, en fonction du stade d'envenimation. La pierre angulaire du traitement des stades 2 et 3 est l'administration de l'antivenin, dont la sécurité et l'innocuité en termes d'effets secondaires doivent absolument inciter à son utilisation, notamment sans crainte des effets secondaires des anciens traitements, que les praticiens craignaient autant que des effets de la morsure en elle-même.

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

Utilisation de l'IA: les auteur-es ont déclaré avoir utilisé l'IA pour une partie de la littérature scientifique et avoir 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

- Une morsure de vipère, seul serpent venimeux endémique en Suisse, reste une situation rare.
- Sa prise en charge est basée sur l'évaluation du stade d'envenimation et la surveillance clinique de l'évolution locale et systémique.
- Outre le fait d'assurer le maintien des paramètres vitaux s'il y a lieu, la pierre angulaire du traitement des envenimations graves est l'administration d'un antivenin, qu'il ne faut pas hésiter à administrer au vu de sa sécurité d'utilisation.

1 Fuchs J, Gessner T, Kupferschmidt H, Weiler S. Exotic venomous snakebites in Switzerland reported to the National Poisons Information Centre over 22 years. Swiss Med Wkly. 2022 Jan 20;152:w30117.
2 Meier J, Berney C. Aspic (Vipera aspis) et péliade (Vipera berus): les serpents venimeux importants du point de vue médical en Suisse 1re partie: Biologie, distribution et composition des venins. Forum Med Suisse. 2003;32-33:746-52.
3 Mion G, Olive F, Giraud D, et al. Surveillance clinique et biologique des patients envenimés. Bull Soc Pathol Exot. 2002 Août;95(3):139-43.
4 Audebert F, Sorkine M, Bon C. Envenoming by viper bites in France: clinical gradation and biological quantification by ELISA. Toxicon. 1992 May-Jun;30(5-6):599-609.
5 Audebert F, Sorkine M, Robbe-Vincent A, Bon C. Viper bites in France: clinical and biological evaluation; kinetics of envenomations. Hum Exp Toxicol. 1994 Oct;13(10):683-8.
6 Meier J, Rauber-Lüthy C, Kupferschmidt H. Aspic (Vipera aspis) et péliade (Vipera berus): les serpents venimeux importants du point de vue médical en Suisse 2e partie: Prévention, premiers secours et traitement des morsures. Forum Med Suisse. 2003;34:780-5.
7 Petite J. Viper bites: treat or ignore? Review of a series of 99 patients bitten by Vipera aspis in an alpine Swiss area. Swiss Med Wkly. 2005 Oct 15;135(41-42):618-25.
8 Alberts MA, Shalit M, LoGalbo F. Suction for venomous snakebites: a study of "mock venom" extraction in a human model. Ann Emerg Med. 2004;43(2):181-6.
9 **Seifert SA, Armitage JO, Sanchez EE. Snake Envenomation. N Engl J Med. 2022 Jan 6;386(1):68-78.
10 Boels D, Hamel JF, Bretaudeau-Deguigne M, Harry P. European viper envenomings: Assessment of Viperfav™ and other symptomatic treatments. Clin Toxicol. 2012 Mar;50(3):189-96.
11 Jollivet V, Hamel JF, de Haro L, et al. European viper envenomation recorded by French poison control centers: A clinical assessment and management study. Toxicon. 2015 Dec 15;108:97-103.
12 Boels D, Hamel JF, Le Roux G, et al. Snake bites by European vipers in Mainland France in 2017-2018: comparison of two antivenoms Viperfav® and Viperatab®. Clin Toxicol. 2020 Nov;58(11):1050-7.
13 *Boillat N, Frochaux V. Morsures d'animaux et risque infectieux. Rev Med Suisse. 2008 Oct 8;4(74):2149-55.
14 De Haro L. Les envenimations par les serpents de France et leur traitement. Presse Med. 2003 Jul 12;32(24):1131-7.
15 De Haro L. Management of snakebites in France. Toxicon. 2012 Sep 15;60(4):712-8.

* **à lire**
** **à lire absolument**

Un appui solide dans un monde qui bouge

Aujourd'hui, les parcours médicaux sont aussi divers que les praticiens eux-mêmes. Temps partiel, cabinets de groupe, pauses de carrière ou nouveaux horizons : ces trajectoires font désormais partie du quotidien. Dans ce contexte mouvant, il devient essentiel de s'appuyer sur une prévoyance capable d'offrir une stabilité solide tout en épousant les aléas de la vie. Depuis 1926, l'Assurance des Médecins Suisses (AMS) s'engage comme une institution de référence, pensée par des médecins pour des médecins.

Depuis un siècle, l'AMS propose ses services en tant que société coopérative. Notre modèle, né d'un élan de solidarité, est aujourd'hui plus tourné vers l'avenir que jamais. C'est l'occasion de célébrer cette pérennité et de réaffirmer notre confiance en nos structures éprouvées.

Un dénominateur commun, des objectifs communs
L'AMS accompagne les médecins tout au long des étapes clés de leur vie, de la formation à la retraite en passant par l'exercice libéral. Les assurés sont également membres et assument ensemble la responsabilité de l'orientation et du développement de leur prévoyance. Lancée à l'origine comme régime de prévoyance pour les médecins, l'AMS s'adresse aujourd'hui exclusivement à tous les médecins, dentistes et vétérinaires. En 1992, le cercle des personnes assurables a été élargi de manière ciblée afin de renforcer davantage l'esprit de solidarité au sein des professions médicales.

D'hier à demain
Pour les membres de l'AMS, la sécurité n'est pas un état statique, mais un processus en constante évolution. Cette philosophie se manifeste notamment dans la capacité d'innovation de la coopérative : dès 1937, fait marquant, une femme accédait à la direction de l'entreprise pour la première fois. Dans le même temps, la gamme de produits s'est enrichie de nouvelles offres afin de répondre aux nouvelles réalités et aux besoins de chacun.

Fondée sur une stratégie d'investissement durable
La pérennité de notre institution se reflète également dans ses choix financiers. Une gestion durable des fonds constitue le socle de la stabilité et de la sécurité offertes à nos membres. Depuis les années 1940, l'AMS investit de manière ciblée dans un patrimoine immobilier haut de gamme, situé dans des emplacements de choix. Ce portefeuille demeure aujourd'hui une base financière solide, permettant de générer constamment des rendements supérieurs à la moyenne.

La voie est ouverte pour les 100 prochaines années
La confiance ne naît pas du jour au lendemain ; elle se construit au fil du temps, nourrie par une action cohérente et un sens partagé des responsabilités. Ce principe constituera, pour les 100 prochaines années encore, le fondement d'un système de prévoyance qui évolue avec vous aujourd'hui … … Et vous porte demain.

Assurance des Médecins société coopérative
Länggassstrasse 8, 3001 Berne
+41 31 301 25 55 , va-cooperative.ch

Concours anniversaire
participez et profitez-en



Les anniversaires passent.
La responsabilité perdure.

Depuis le début de sa carrière, **le Dr Thomas Eggimann** (obstétricien et gynécologue) accorde sa confiance en nos solutions de prévoyance. Tout comme d'autres générations avant lui.

100 ANS JAHRE
Jubiläum | anniversaire

La confiance au travers des générations : c'est pourquoi, au cours de nos 100 années d'existence, nous avons déjà assuré 23 000 personnes issues de différentes professions médicales. Avec des solutions de prévoyance exclusives et une rémunération supérieure à la moyenne. Écoutez votre intuition et planifiez sainement votre avenir – nous à vos côtés.

RMS_00000170

Assurance des Médecins Suisses société coopérative
Une prévoyance sûre. Depuis 1926.

JHaS

Junge Haus- und KinderärztInnen Schweiz
Jeunes médecins de famille suisses
Giovani medici e pediatri di famiglia svizzeri
Swiss Young Family Doctors

Forum Fribourg
23. & 24. April 2027 / 23 & 24 avril 2027



JHaS

16. Kongress Congrès

Neu !
2 volle Tage

Nouveau !
2 jours complets

PROGRAMM PROGRAMME

www.jhascongress.ch

info@jhascongress.ch

RMS_00000164