

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

20 janvier 2021

722

NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE 2020

DÉLIBÉREMENT GÉNÉRALISTES

Médecine complémentaire intégrative:
nouvelles utiles

Avancées scientifiques en médecine
interne générale ambulatoire

2020 en revue par les internistes
hospitaliers

Année 2020 mise en perspective
par les internistes hospitaliers

COGERIA: Coordination des soins
de la personne âgée fragile

Anticoagulation orale et insuffisance
rénale chronique

Situations extrêmes de fin de vie
et opioïdes

Impact du Covid-19 sur la santé
des jeunes en Suisse – Quel rôle
pour les médecins ?

Volume 17, 109-160
ISSN 1660-9379

M. H.
MÉDECINE & HYGIÈNE

RMS



ÉDITORIAL

- 111 Délibéré généralistes. *I. Guessous, P. Vollenweider, J.-L. Reny et J. Cornuz*

NOUVEAUTÉS EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

- 114 Médecine complémentaire intégrative: nouveautés utiles en médecine de premier recours. *A. Tahar, T. Schmid, S. Durieux, D. Parrat, Y. Jackson, T. Mach, O. Braillard, J. Salamun, B. Broers, I. Guessous et D. M. Haller*
- 119 Avancées scientifiques de 2020 en médecine interne générale ambulatoire. *A. Gouveia, C. Wenger-Bonny, L. K. Sing Ho, N. Fogarasi-Szabo, I. Kokkinakis, R. Gray, L. De Alencastro, B. Favrat et P. Bodenmann*
- 124 2020 en revue par les internistes hospitaliers. *P. Darbellay Farhoumand, A. Berner, A. Leszek, F. Novotny-Court, F. Koegler, T. Mavrakanas, A. Leidi, K. Lister, S. Carballo et J.-L. Reny*
- 130 L'année 2020 mise en perspective par les internistes hospitaliers. *D. Solari, T. Soccorsi, V. Christe, C. Coucke, D. Dumas, A. King, V. Moulin, D. Pongan, D. Samim, G.-M. Stamm, M. Khoa Truong et O. Lamy*
- 136 COGERIA: Coordination des soins de la personne âgée fragile. *M. Nehme, A. Bron, D. Châtelain, D. Zekry, O. Perrier-Gros-Claude, J. Goldstein, S. Courvoisier, P. Vandeplas, L. Di Pollina, J.-F. Balavoine, I. Guessous et A. Tahar Chaouche*

- 142 Anticoagulation orale et insuffisance rénale chronique. *I. Barrelet, T. Mavrakanas et S. Carballo*

- 113 Résumés des articles

- 146 QCM d'autoévaluation

SOINS PALLIATIFS

- 147 Situations extrêmes de fin de vie et opioïdes: le principe du double effet, une aide bienvenue! *A. Sahin, P. Prasad, A. Rey et B. Cantin*

COVID-19

- 150 Impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé et le développement des jeunes en Suisse. Quel rôle pour les médecins? *P.-A. Michaud, J.-D. Vassalli, P. A. Schmitt, P. D. Jaffé et A.-E. Ambresin*

POINT DE VUE

- 155 Pandémie, d'une vague à l'autre: quand la santé publique se mue en affaire privée. *J. Aubert*

INFOS PATIENTS

- 157 Le mal des transports

ACTUALITÉ

- 158 **Lu pour vous.** Hypoxémie: les limites du saturimètre, en particulier en cas de peau foncée. *N. Blondel*

- 158 **Médecine et Hygiène.** Le style Jean-François Balavoine. *B. Kiefer*

- 159 **Carte blanche.** Médecine de famille. *J.-L. Vonnez*

TRIBUNE

- 160 La vérité ne suffit plus. *C. Bindschaedler*

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | 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

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs en chef adjoints:
Pr Alain Pécoud et Dr Pierre-Alain Plan
Secrétaires de rédaction:
Chantal Lavanchy (resp.),

Joanna Szymanski et Dominique Baud
Fax rédaction: 022 702 93 55
E-mail: redaction@revmed.ch
Publicité: Michaela Kirschner (resp.)
et Jeanine Rampon
Tél. publicité: 022 702 93 41
E-mail: pub@medhyg.ch
Responsable web:
Dr Pierre-Alain Plan
E-mail: webmaster@revmed.ch
Préresse:
Frédéric Michiels (resp.),
Impression: AVD Goldach AG

ABONNEMENTS RMS

(version imprimée + internet + iPad)
Tél.: 022 702 93 11
E-mail: abonnement@revmed.ch
Suisse (CHF): individuel: 195.-;
médecins assistants: 130.-;
étudiants: 75.-; institutionnel: 268.- par an
(version imprimée)
Etranger (CHF): individuel: 286.-;
médecins assistants et étudiants:
198.-; institutionnel: 349.- par an
Institutions (accès électronique)
en Suisse et à l'étranger: contacter
pub@medhyg.ch
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 éditée aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch



Délibérement généralistes*

Pr IDRIS GUESSOUS, Pr PETER VOLLENWEIDER, Pr JEAN-LUC RENY et Pr JACQUES CORNUZ

Rédiger un éditorial est rarement une entreprise facile. Le faire en octobre 2020 pour une publication en janvier 2021 est définitivement compliqué. En effet, à l'heure où ces quelques mots sont rédigés, il ne subsiste plus aucun doute concernant la possibilité d'une deuxième vague d'infections à SARS-CoV-2 en Suisse. Plus particulièrement, la Suisse romande est à nouveau frappée par une incidence élevée de cas et d'hospitalisations, y inclus d'admissions aux soins intermédiaires et intensifs. Des clusters sont identifiés dans divers établissements et, même si le semi-confinement n'est pas (encore) déclaré, dans certains cantons, les rassemblements de plus de 5 personnes sont désormais interdits dans les espaces publics ou privés et les restaurants fermés à partir de 22 ou 23 heures. La deuxième vague est bien là et son ampleur pourrait être plus forte encore que la première que nous avons connue, rappelons-le encore, dans un contexte de semi-confinement.

Comme d'autres acteurs, la médecine interne générale, ambulatoire et stationnaire, évalue son action face à cette pandémie sanitaire aux nombreuses conséquences directes et indirectes. Après s'être arrêtés un instant pour faire le bilan de ce que la première vague aura appris à la médecine interne générale suisse,¹ nous voilà déjà à nous demander ce que cette nouvelle vague va nous apprendre.

Un élément qui marque, c'est le contraste entre la simplicité de l'infection et la complexité de ses conséquences. En 2020, notre société est en effet globalement frappée par un virus provoquant une infection aspécifique des voies respiratoires supérieures. Le diagnostic de la maladie Covid-19 repose sur la mise en évidence du virus par analyse PCR tout à fait standard d'un échantillon nasopharyngé et/ou oropharyngé collecté à l'aide d'un simple écouvillon. La prise en charge,

ambulatoire et stationnaire, est générale (antipyrétiques pour l'ambulatoire et le stationnaire; antipyrétiques, oxygène, corticostéroïdes et prophylaxie antithrombotique pour le stationnaire). Une simple antibiothérapie par amoxicilline-clavulanate viendra compléter la prise en charge en cas de surinfection bactérienne. Si des populations vulnérables sont spécifiquement identifiées pour ce qui concerne les complications de la maladie Covid-19, l'ensemble de la population est, en fait, à risque d'infection. Bref, un virus, une infection, une prise en charge et une population assez générales, mais ceci dans une société qui aura rarement été aussi spécialisée.

Difficile de ne pas (re)penser à la théorie présentée dans le dernier ouvrage de David Epstein publié quelques mois avant la pandémie et dont le titre, *Range: Why generalists triumph in a specialized world*,² aura certainement retenu l'attention de beaucoup de généralistes, même si l'ouvrage n'aborde pas spécifiquement le domaine médical. Le lecteur intéressé découvrir comment David Epstein y décrit pourquoi, après des décennies de culte de la spécialisation (la règle des 10000 heures, se focaliser sur un seul objectif, l'entraînement délibéré, etc.) pour parvenir à la «réussite», le monde actuel semble désormais plus propice au généralisme. Le lecteur intéressé mais pressé pourra, lui, apprécier un délicieux chapitre intitulé: «When less of the same is more».

Sans d'aucune manière déclarer le triomphe de la médecine interne générale, force est de constater que la réponse à la pandémie a reposé et repose de facto beaucoup sur la médecine interne générale ambulatoire et stationnaire, publique et privée. Mais force est de constater aussi que, pour pallier cet extraordinaire afflux de patients à orienter, tester, prendre en charge, soigner et en assurer la convalescence, la condition sine qua non

UNE PRISE EN CHARGE ASSEZ GÉNÉRALE, MAIS CECI DANS UNE SOCIÉTÉ QUI AURA RAREMENT ÉTÉ AUSSI SPÉCIALISÉE

Articles publiés sous la direction de

IDRIS GUESSOUS

Service de médecine de premier recours, Département de médecine de premier recours, HUG, Genève

Membre du comité de direction de la Société suisse de médecine interne générale, Berne

PETER VOLLENWEIDER

Service de médecine interne, Département de médecine, CHUV, Lausanne

JEAN-LUC RENY

Service de médecine interne générale, Département de médecine, HUG, Genève

JACQUES CORNUZ

Unisanté, Lausanne

Bibliographie

1
Cornuz J, Gabutti L, Guessous I, Reny JL, Vollenweider P, Waerber G. Qu'avons-nous appris de la pandémie de COVID-19 en Suisse latine ? Forum Med Suisse. 2020;20:388-9.

2
David Epstein. *Range: Why generalists triumph in a specialized world*. New York: Riverhead Books, 2019.

est de pouvoir compter non seulement sur une solidarité entre généralistes de l'ambulatorio et du stationnaire, de l'enfant, de l'adulte et de la personne âgée, mais également sur une solidarité entre généralistes et spécialistes. À l'instar des médecins généralistes de l'ambulatorio (en policliniques ou installés) venus renforcer les équipes du stationnaire, des collègues spécialistes (radiologues, chirurgiens, oncologues...) sont venus renforcer la médecine interne générale stationnaire au plus fort de la pandémie. Cela sans compter les autres sacrifices de ces médecines spécialisées, comme l'interruption des chirurgies électives et des consultations oncologiques en présentiel pour n'en

citer que deux. Dans une société très spécialisée, le généralisme a confirmé sa plus-value dans la réponse à la pandémie Covid-19. Faisons en sorte que la solidarité observée pendant la pandémie entre généralistes et spécialistes nous rende plus forts encore après cette crise et que de notre côté, généralistes du public et du privé, nous soyons encore plus inspirés pour donner aux jeunes médecins l'envie d'être généralistes, délibérément généralistes.

**FAISONS EN
SORTE QUE LA
SOLIDARITÉ
NOUS RENDE
PLUS FORTS
ENCORE APRÈS
CETTE CRISE**

* Cet éditorial a été rédigé fin octobre 2020.

Résumés

Rev Med Suisse 2021; 17: 119-23

Avancées scientifiques de 2020 en médecine interne générale ambulatoire

A. Gouveia, C. Wenger-Bonny, L. Ka Sing Ho, N. Fogarasi-Szabo, I. Kokkinakis, R. Gray, L. De Alencastro, B. Favrat et P. Bodenmann

La faiblesse fonctionnelle des membres a un pronostic incertain et peu de probabilité de guérir. Les personnes souffrant d'obésité en situation de précarité peuvent réussir à perdre du poids par un programme intensif de perte pondérale soutenu par des changements du style de vie. Chez les patients atteints de gonarthrose, la physiothérapie peut diminuer la douleur et l'incapacité lorsqu'elle est comparée à des corticostéroïdes injectés. Les patients qui souffrent d'un syndrome de dépendance à l'alcool peuvent réduire leur consommation avec des consultations de courte durée effectuées par des médecins généralistes. La fatigue et la dyspnée sont deux des symptômes parmi les plus fréquents qui peuvent perdurer après la phase aiguë de l'infection par SARS-CoV-2. L'analyse de détection du SARS-CoV-2 par PCR pourrait être effectuée avec le même degré de sensibilité sur un prélèvement nasopharyngé ou salivaire.

Rev Med Suisse 2021; 17: 124-9

2020 en revue par les internistes hospitaliers

P. Darbellay Farhoumand, A. Berner, A. Leszek, F. Novotny-Court, F. Koegler, T. Mavranakas, A. Leidi, K. Lister, S. Carballo et J.-L. Reny

2020

Annus horribilis pour la médecine hospitalière? L'année écoulée, marquée par la pandémie en cours, a eu un impact majeur sur de multiples aspects de notre pratique. Comme l'ensemble du monde médico-soignant et de la population, les internistes hospitaliers ont été mis à rude épreuve en 2020. Cette année a plus que jamais renforcé notre conviction de l'importance de porter un regard scientifique sur la masse de nouveautés qui surviennent chaque année. Les internistes hospitaliers des HUG vous proposent de partager leur vision critique de publications scientifiques récentes utiles pour notre pratique quotidienne.

Rev Med Suisse 2021; 17: 142-5

Anticoagulation orale et insuffisance rénale chronique

I. Barrelet, T. Mavranakas et S. Carballo

Les anticoagulants oraux directs (ACOD) présentent plusieurs avantages sur les antivitamines K, mais les données concernant leur utilisation en cas d'insuffisance rénale avancée restent rares. Le choix d'anticoaguler et celui de la molécule sont particulièrement ardues chez ces patients. En cas d'insuffisance rénale légère à modérée, les ACOD présentent un profil de sécurité et d'efficacité satisfaisant. En cas d'insuffisance rénale sévère, leur utilisation doit être prudente, avec une évaluation soigneuse des risques et bénéfices, et en adaptant la posologie. Chez les patients avec insuffisance rénale terminale, l'évidence est faible et suggère un rapport bénéfice/risque défavorable pour l'anticoagulation orale. La décision d'anticoaguler et le choix de la molécule nécessiteront une approche individualisée et une décision partagée avec le patient.

Rev Med Suisse 2021; 17: 130-5

L'année 2020 mise en perspective par les internistes hospitaliers

D. Solari, T. Soccorsi, V. Christe, C. Coucke, D. Dumas, A. King, V. Moulin, D. Pongan, D. Samim, G.-M. Stamm, M. Khoa Truong et O. Lamy

L'année 2020 a vu de notables progrès dans tous les domaines de la médecine interne, avec un impact important sur notre pratique quotidienne. Du passage à une antibiothérapie orale dans l'endocardite infectieuse, aux nouvelles indications pour l'apixaban, les inhibiteurs du SGLT2 (sodium-glucose co-transporteur de type 2) et les macrolides en passant par la dénervation rénale dans l'hypertension artérielle, la ponction d'ascite et les changements de critères diagnostiques de l'embolie pulmonaire, les nouveautés abondent dans la littérature. Chaque année, les chefs de clinique du Service de médecine interne du CHUV se réunissent pour partager leurs lectures: voici une sélection de onze articles choisis, revus et commentés pour vous.

Rev Med Suisse 2021; 17: 136-9

COGERIA: Coordination des soins de la personne âgée fragile

M. Nehme, A. Bron, D. Châtelain, D. Zekry, O. Perrier-Gros-Claude, J. Goldstein, S. Courvoisier, P. Vandeplas, L. Di Pollina, J.-F. Balavoine, I. Guessous et A. Tahar Chaouche

La Coordination des soins de la personne âgée fragile est un dispositif cantonal né d'une étroite collaboration entre la Direction générale de la santé et les grands partenaires de la santé et du social à Genève. Ce dispositif œuvre à améliorer la prise en charge interprofessionnelle autour des personnes âgées fragiles et à adapter leurs parcours de soins, en étroite collaboration avec les médecins traitants et les prestataires de soins à domicile. Lancé en mai 2019, le dispositif compte plus de 283 personnes incluses, avec 152 médecins traitants du réseau primaire en collaboration avec l'Institution genevoise de maintien à domicile, ainsi qu'une ouverture récente à tous les prestataires de soins dans les zones de la Servette et de Meyrin. Des résultats préliminaires mettent en évidence une possible tendance à une baisse d'hospitalisations ainsi qu'une grande satisfaction de la part des bénéficiaires et des partenaires.

Rev Med Suisse 2021; 17: 114-8

Médecine complémentaire intégrative: nouveautés utiles en médecine de premier recours

A. Tahar, T. Schmid, S. Durieux, D. Parrat, Y. Jackson, T. Mach, O. Braillard, J. Salamun, B. Broers, I. Guessous et D. M. Haller

La médecine intégrative permet de coordonner médecine conventionnelle et traitements complémentaires. Cette approche est particulièrement intéressante dans le domaine de la prévention et dans la prise en charge globale en médecine de premier recours. Cet article présente quelques études clés, publiées en 2020, qui mettent en lumière les bénéfices potentiels d'une approche intégrative en médecine de premier recours.

Médecine complémentaire intégrative: nouveautés utiles en médecine de premier recours

Dre AURÉLIE TAHAR^a, Dr THOMAS SCHMID^a, Dre SOPHIE DURIEUX^a, Dr DAVID PARRAT^a, Dr YVES JACKSON^a, Dr THIERRY MACH^a, Dre OLIVIA BRAILLARD^a, Dr JULIEN SALAMUN^a, Pre BARBARA BROERS^a, Pr IDRIS GUESSOUS^a et Pre DAGMAR M. HALLER^{a,b}

Rev Med Suisse 2021; 17: 114-8

La médecine intégrative permet de coordonner médecine conventionnelle et traitements complémentaires. Cette approche est particulièrement intéressante dans le domaine de la prévention et dans la prise en charge globale en médecine de premier recours. Cet article présente quelques études clés, publiées en 2020, qui mettent en lumière les bénéfices potentiels d'une approche intégrative en médecine de premier recours.

Integrative and complementary primary care medicine: new evidence in 2020

Integrative medicine proposes a coordinated approach to conventional medicine and complementary treatments. This approach is of particular interest in the field of prevention and in comprehensive primary care. This article presents some key studies published in 2020, which highlight the potential benefits of an integrative approach in primary care medicine.

INTRODUCTION

En 2020, les médecins de premier recours, comme tous les spécialistes, ont eu l'esprit occupé par la pandémie. Les prises en charge aiguës ont certes monopolisé les efforts dans l'urgence, mais la vulnérabilité de certains groupes de patients aux effets directs et indirects du SARS-CoV-2 a souligné pour l'avenir l'importance d'investir à nouveau plus d'efforts dans la prévention, avec une approche globale en médecine de premier recours. Alliant médecine conventionnelle et traitements complémentaires, la médecine intégrative offre des perspectives intéressantes pour relever ce défi. Aussi, le service de médecine de premier recours a jugé utile de consacrer son article des nouveautés en médecine interne générale ambulatoire à ce sujet.

IMPACT DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE SUR LA PRÉVENTION DES CHUTES CHEZ LES SÉNIORS

Plus d'un tiers des personnes de plus de 65 ans chutent chaque année. Les conséquences sont multiples: fractures,

traumatisme crânien, peur de tomber à nouveau, perte de confiance en soi, isolement social. De plus, celles-ci augmentent avec l'âge et peuvent mener à un déconditionnement physique qui, à son tour, favorise les chutes et altère la qualité de vie.

Les auteurs d'une récente revue *Cochrane* ont analysé 108 études randomisées et contrôlées, publiées entre février 2012 et mai 2018, qui évaluaient l'effet de l'activité physique sur le taux de chute chez des personnes de 60 ans et plus vivant dans la communauté (établissements médicosociaux (EMS) exclus).¹ Les types d'interventions ont été triés selon la classification ProFane (Prevention of Fall Network Europe) (tableau 1). Les participants inclus dans ces études avaient pour particularité d'être en majorité des femmes (77%) et d'avoir déjà chuté ou de posséder au moins un facteur de risque de chute (56%). Les personnes avec des troubles cognitifs ont été exclues dans 67% des études. À noter que la grande majorité des études (90%) n'ont pas été menées en aveugle.

Les résultats montrent que l'activité physique réduit le risque de chute de 23% (risque relatif (RR): 0,77; intervalle de confiance (IC) 95%: 0,71-0,83; haut degré d'évidence). Les bénéfices sont les mêmes quel que soit le risque de chute préalable, que l'âge soit supérieur ou inférieur à 75 ans et que l'activité physique soit délivrée individuellement ou en groupe. Les différents types d'activité physique ne sont pas tous équivalents en termes d'efficacité. Les programmes alliant exercices d'équilibre et exercices fonctionnels (basés sur des tâches spécifiques de la vie de tous les jours) diminuent le taux de chute de 24% (RR: 0,76; IC 95%: 0,70-0,81; haut degré d'évidence). Les programmes incluant des exercices de résistance en plus des exercices fonctionnels et d'équilibre réduisent les chutes de manière encore plus marquée (34%) mais le degré d'évidence lié à ces études est plus limité. Le Tai Chi, quant à lui, diminuerait les chutes de 19% (RR: 0,81; IC 95%: 0,67-0,99; évidence faible). En revanche, la danse, la marche et les exercices de résistance seule (non couplée à des exercices fonctionnels et d'équilibre) ne montreraient aucun bénéfice sur le taux de chute (très faible évidence).

Le sujet est particulièrement d'actualité en ces périodes de confinement: une récente étude chinoise a pu montrer, durant la période de distanciation sociale mise en place début 2020 pour lutter contre la propagation du Covid-19, une baisse significative du nombre de pas journaliers effectués, notamment chez les personnes âgées de 70 ans et plus.² À l'avenir, des études contrôlées restent nécessaires pour mieux évaluer

^aService de médecine de premier recours, HUG, 1211 Genève 14, ^bInstitut de Médecine de Famille et de l'Enfance (IuMFE), Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4
aurélie.tahar@hcuge.ch | thomas.schmid@hcuge.ch | sophie.durieux@hcuge.ch
david.parrat@hcuge.ch | yves.jackson@hcuge.ch | thierry.mach@hcuge.ch
olivia.brillard@hcuge.ch | julien.salamun@hcuge.ch | barbara.broers@hcuge.ch
idris.guessous@hcuge.ch | dagmar.haller-hester@unige.ch

TABEAU 1 Classification ProFane

ProFane: Prevention of Fall Network Europe.

Catégories d'exercices	Description	Exemples
Équilibre/marche et fonctionnel	Correction spécifique de la technique de marche (allure, longueur et hauteur du pas, posture). Les exercices d'équilibre mettent en œuvre des transferts efficaces de poids du corps. Les activités fonctionnelles correspondent aux mouvements de base et de coordination	Exercices de marche: en avant, en arrière, de côté, latéralement, sur la pointe des pieds, les talons, se tourner, se pencher (ramasser un objet), alterner marche rapide et lente, sur une ligne, marche analytique (passage du pas, escaliers) Jeux de coordination avec des balles, ouverture/fermeture des yeux Équilibre dynamique, statique: se tenir sur un plan instable, tandem, sur 1 pied, marcher en arrière, sur différentes surfaces
Force/résistance	Exercices de musculation permettant le renforcement musculaire	Contre le poids du corps: mouvement des 4 membres dans l'espace contre pesantier, squat, exercices dans le lit Contre un poids externe: exercice avec TheraBand, haltères, avec appareil de fitness (leg press, etc.)
Souplesse	Exercices d'étirements pour restaurer ou maintenir l'amplitude optimale des mouvements articulaires	Étirements statiques par groupe musculaire (exemples: ischio-jambiers, mollet, quadriceps) Étirements dynamiques , par le mouvement (Pilates, yoga...)
Activité physique générale	Tout mouvement corporel qui entraîne une dépense énergétique par la contraction des muscles squelettiques. Elle comprend à la fois des activités professionnelles, de transport ou de loisir	Aller au travail (à pied, en transports publics...), faire le ménage, jardinage Marche en intérieur et extérieur, natation, vélo
Endurance	Il s'agit d'un travail aérobique qui vise l'amélioration des performances cardiovasculaires. Elle s'accompagne d'une augmentation de la fréquence cardiaque et du retour veineux	Course à pied, vélo Marche 30 minutes 5 x/semaine (recommandations OMS) avec un rythme modéré à rapide Vélo ergomètre, marche sur tapis, rameur
3D	L'entraînement 3D implique un mouvement constant de manière contrôlé, fluide et répétitif dans les 3 plans de l'espace	Qi Gong, danse, Tai Chi

(Adapté de réf. 10).

l'efficacité propre de chaque type d'activité physique selon l'âge et le risque de chute initial.

EXERCICE PHYSIQUE, YOGA ET MÉDITATION: QUEL IMPACT SUR LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX?

La dépression et les troubles anxieux sont souvent récurrents, ont un impact majeur sur la qualité de vie et leurs traitements médicamenteux ont une efficacité limitée. Les patients cherchent fréquemment autre chose que des médicaments: quelles thérapies non conventionnelles efficaces peut-on leur recommander? Un article de revue sur 50 publications (essais cliniques randomisés (ECR), revues systématiques et méta-analyses) chez des adultes fait le point sur l'intérêt de différentes approches non médicamenteuses.³ Voici ce qu'il en ressort:

- L'exercice physique, en adjonction aux antidépresseurs, est efficace sur les dépressions, mais moins sur les troubles anxieux. La comparaison entre les études reste délicate, la définition de l'exercice n'étant pas codifiée. Le recours à 30 minutes d'exercice aérobique ou contre résistance trois fois par semaine serait a priori à recommander également vu les bénéfices globaux de santé.
- Le yoga améliore la symptomatologie dépressive, même en monothérapie, et les troubles anxieux en association avec le traitement habituel. Soixante minutes par semaine semblent déjà bénéfiques. Une étude mentionne son efficacité dans le trouble panique, plusieurs dans la dépression du post-partum, où son intérêt en monothérapie est évident.
- Le Tai Chi et le Qi Gong semblent d'un impact plus faible sur la dépression et l'anxiété, voire nul selon plusieurs ECR. L'impact sur la prévention des chutes chez la personne âgée est plus documenté.

- La méditation de pleine conscience montre une efficacité égale aux thérapies cognitivo-comportementales pour les symptômes de dépression. L'évidence concernant un impact positif sur l'anxiété et le stress, en mono-approche, est moins convaincante. Pratiquée après un épisode anxieux ou dépressif, elle préviendrait les rechutes.

L'ensemble des recommandations a toutefois un niveau d'évidence B (évidence inconsistante ou de qualité limitée). Il est aussi important de rappeler les limites des essais randomisés qui comparent un certain critère d'évaluation avec des échelles (dépression, anxiété), sans mesures des autres bénéfices possibles de ces interventions.

JARDINER, C'EST BON POUR LA SANTÉ

La prescription sociale par le médecin de premier recours permet de connecter un patient à une ressource non médicale dans la communauté dans un but thérapeutique. Elle s'applique tout particulièrement en situation d'affection chronique et peut prendre de multiples formes (activités artistiques, sociales, physiques, etc.). Elle vise à la promotion de la santé et de la qualité de vie à travers le développement de nouvelles compétences (empowerment) et l'intégration, en agissant sur les déterminants sociaux de la santé.

Le rapprochement vers la nature a démontré de nombreux bénéfices sur la santé somatique et psychique surtout en milieu urbain. Une équipe de chercheurs anglais, pays à la forte tradition jardinière et d'où a réémergé l'intérêt pour la prescription sociale, s'est attachée à passer en revue (scoping review) les données publiées depuis 1990 sur l'impact du jardinage sur la santé et le bien-être.⁴ Au total, 77 études, dont

TABLEAU 2 Principaux effets du jardinage sur la santé

^aLes études étant très hétérogènes, il est difficile de les comparer de manière chiffrée (pas de méta-analyse). Nous présentons ici quelques chiffres tirés des études sélectionnées pour cette revue, afin d'illustrer la taille des effets mesurés avec ce type d'intervention.
DASS-21 : Depression, Anxiety and Stress Scale-21 Items.

Catégorie d'effets	Type d'effets principaux	Taille de l'effet décrit dans les études randomisées contrôlées (exemples) ^a
Comportements de santé	Augmentation de la consommation de fruits et légumes chez les enfants et les adultes Augmentation de l'activité physique chez les adultes	+81 g (IC 95%: 0-163; p = 0,05) de fruits et légumes consommés par jour par des enfants de 8 à 11 ans fréquentant une école avec un programme intensif de jardinage, comparé à une école sans ce type de programme
Santé mentale	Réduction des symptômes dépressifs, anxieux et de stress aigu chez les adultes Augmentation de la mesure du bonheur chez des personnes âgées institutionnalisées	Environ -8,0 sur l'échelle de dépression (p = 0,04) et d'anxiété (p = 0,01) du DASS-21 chez des patients avec troubles psychiatriques après participation à un programme d'horticulture structuré d'une durée de 10 jours
Santé somatique	Réduction de l'IMC et de la circonférence abdominale chez des enfants migrants vivant en milieux défavorisés	Diminution de l'IMC (z-score -0,1 vs -0,04; p = 0,01) et de la circonférence abdominale (-1,2 vs 0,1 cm; p < 0,001) chez les enfants engagés dans un programme de jardinage, nutrition et cuisine
Santé sociale	Augmentation de la capacité à participer à des activités structurées chez des personnes âgées démentes	Plus haut degré d'engagement actif (z = -2,90; p < 0,01), passif (z = -2,72; p = 0,01) et diversifié (z = -3,47; p < 0,01) dans le groupe exposé à un programme d'horticulture

8 randomisées et contrôlées, provenant de divers continents furent retenues pour l'analyse. Il s'agissait d'études de type divers, expérimentales ou observationnelles, et couvrant un large champ d'expositions et de critères d'évaluation. La définition large du jardinage comprenait la présence dans un jardin et les diverses activités avec les plantes.

De manière concordante, les données démontrent que le jardinage influe positivement sur la santé somatique, psychique et sociale des personnes atteintes de maladies chroniques à travers de nombreux effets à court ou plus long terme (**tableau 2**). Associé à cet effet positif sur la santé, le jardinage semble fournir une vraie amélioration du bien-être et cela sur de nombreux groupes de population et d'âges. Les auteurs concluent que le jardinage peut s'avérer un complément utile aux interventions médicales ciblant les maladies chroniques.

Même si la taille et la qualité des études incluses sont assez variables, l'intérêt de cet article est de rassembler des données très hétérogènes en matière de méthode et de contexte et d'offrir une vision synthétique de la question de recherche. Il en émerge un vrai message de santé publique clinique, à savoir que l'attention portée à son environnement naturel immédiat agit non seulement sur sa propre santé mais contribue également à améliorer celle de ses pairs et qu'en cela, jardiner contribue au bien commun.

EFFET DU JEÛNE INTERMITTENT SUR LA SANTÉ

Le jeûne intermittent, soit l'ensemble des régimes alternant des périodes de jeûne avec une alimentation normale, apparaît de plus en plus comme bénéfique pour la santé. Dans cette méta-analyse, les auteurs analysent huit essais randomisés et contrôlés, parus entre 2013 et 2019, étudiant l'effet d'une méthode de jeûne intermittent, l'Alternate-day fasting (alternance entre un jour où l'apport est diminué à 25% des apports énergétiques requis, ou jeûné, et un jour sans restriction) sur différents indicateurs cardiométaboliques.⁵ La méta-analyse inclut les données de 728 patients adultes sur une durée variant de 1 à 6 mois. Les résultats indiquent un effet significatif

de cette méthode sur la diminution de l'IMC, la masse grasse corporelle et le taux de cholestérol total. Contrairement à ce qu'avaient montré d'autres études avec d'autres types de jeûne intermittent, il n'y a pas d'effet significatif sur le taux de triglycérides et de LDL-cholestérol, ni sur la glycémie à jeun, la CRP ou la tension artérielle (**tableau 3**).

Un autre article de revue paru en décembre 2019 décrit les bénéfices du jeûne intermittent au niveau cognitif, sur la résistance au stress ou la prolongation de la durée de vie.⁶ Il présente les diverses applications cliniques étudiées, notamment l'obésité, le diabète, les maladies cardiovasculaires, le cancer ou les maladies neurodégénératives. L'implémentation de ce type de prise alimentaire, plus proche de celles de nos ancêtres humains chasseurs-cueilleurs, se heurte cependant à nos recommandations contemporaines de trois repas par jour. Les médecins devraient être mieux formés à potentiellement prescrire ce type de régime, notamment en informant les patients que la faim, l'irritabilité ou les difficultés de concentration qui peuvent survenir lors des périodes de jeûne disparaissent habituellement après le premier mois.

TABLEAU 3 Méta-analyse sur l'Alternate-day fasting

Résultats des indicateurs principaux du collectif complet de la méta-analyse.

Indicateurs	Différence moyenne pondérée	Intervalle de confiance à 95%
IMC (kg/m ²)	-0,73	(de -1,13 à -0,34)
Masse grasse corporelle (kg)	-1,27	(de -2,09 à -0,46)
Cholestérol total (mg/dl)	-8,14	(de -14,59 à -1,68)
Triglycérides (mg/dl)	-7,58	(de -20,93 à 5,77)
LDL-cholestérol (mg/dl)	-0,88	(de -4,49 à 6,25)
HDL-cholestérol (mg/dl)	-0,70	(de -3,53 à 2,14)
Glucose à jeun (mg/dl)	-0,61	(de -3,76 à 2,54)
CRP (mg/l)	-0,16	(de -0,53 à 0,21)
Tension artérielle systolique (mm Hg)	-4,34	(de -9,94 à 1,26)

(Adapté de réf. 5).

L'HYPNOSE DIMINUE EFFICACEMENT LA DOULEUR RESSENTIE APRÈS LA POSE D'UNE VOIE VEINEUSE PÉRIPHÉRIQUE

L'hypnose ou la communication hypnotique peuvent être utilisées afin de réduire la douleur lors de gestes invasifs, mais peu d'études bien menées ont montré un réel effet. L'étude KTYPE, multicentrique et randomisée, vise à combler cette lacune.⁷ Fusco et coll. ont étudié l'effet de la communication sur la douleur ressentie lors de la pose d'une voie veineuse périphérique (VVP) à la main chez près de 300 patients adultes avant chirurgie électorale, dans trois centres hospitaliers en France et Belgique. Les patients étaient randomisés en trois groupes sur une base 1:1:1: hypnose durant 5 minutes avec technique distractive versus communication neutre ou négative, effectuée de manière standardisée par des cliniciens possédant un diplôme et au moins une année d'expérience en hypnose. Le critère de jugement principal était la douleur à 3 minutes après la pose de VVP, évaluée entre 0 et 10 selon l'échelle visuelle analogique (EVA). La douleur rapportée était significativement plus basse dans le groupe hypnose (moyenne: 1,5; écart type (ET): 1,9) comparée avec la communication neutre (moyenne: 3,5; ET: 2,3; $p < 0,0001$) ou négative (moyenne: 3,8; ET: 2,5; $p < 0,0001$) (tableau 4).

Cette étude montre donc un bénéfice d'une séance d'hypnose courte (ne dépassant pas quelques minutes) sur la douleur lors d'un geste invasif de routine. Ce résultat ouvre la porte et soutient l'implémentation de l'hypnose dans la routine clinique, y compris dans les urgences, lors de la réalisation de gestes invasifs ou désagréables.

ACUPUNCTURE DANS LA PRÉVENTION DES MIGRAINES

La migraine est une affection relativement fréquente et elle affecte les individus de manière variable. Un traitement préventif est recommandé chez les personnes présentant des épisodes fréquents, à savoir quatre, ou plus, épisodes par mois.⁸ Mais peu de personnes adhèrent à ces traitements préventifs, du fait des effets secondaires ou des contre-indications liés à ces traitements médicamenteux prophylactiques. C'est dans ce contexte qu'une approche complémentaire comme l'acupuncture peut être intéressante. Ce d'autant plus que des comparaisons indirectes suggèrent un avantage de l'acupuncture par rapport au traitement prophylactique de propranolol.⁹

Dans un essai clinique réalisé en Chine, des chercheurs ont comparé l'acupuncture manuelle (par opposition à l'acupuncture électrique), l'acupuncture placebo (non pénétrante sur des points non reconnus pour l'acupuncture) et un traitement habituel chez 147 patients. L'essai a pu démontrer à 17 à 20 semaines l'effet bénéfique de l'acupuncture sur le nombre de jours avec migraine (-2,1; IC 95%: de -2,9 à -1,2). L'acupuncture placebo était moins efficace mais était tout de même plus bénéfique que les soins habituels, soulignant la part d'effet placebo liée à ce type de traitement.

L'inconvénient principal réside dans l'intensité du traitement: il n'est pas certain que la majorité des patients dans notre

TABLEAU 4 Intensité de la douleur après la pose d'une voie veineuse périphérique

L'intensité de la douleur était évaluée 3 minutes après la pose de la voie veineuse périphérique à l'aide d'une EVA.
^a«Comment êtes-vous arrivés à l'hôpital?» (garrot), «Combien de temps avez-vous mis pour venir ici?» (désinfection), «Est-ce que votre vélo va encore à la piscine?» (ponction); ^b«Je mets en place le garrot», «Je désinfecte», «je place le cathéter»; ^c«Je mets en place le garrot, ça serre fort», «Je désinfecte, c'est froid», «Attention je vais piquer».
 EVA: échelle visuelle analogique; VVP: voie veineuse périphérique.

Type de communication	EVA 3 minutes après la pose d'une VVP	Comparaison au groupe hypnotique
Hypnotique distractive ^a	1,5	
Neutre ^b	3,5	$p < 0,0001$
Négative ^c	3,8	$p < 0,0001$

contexte européen puissent trouver la possibilité de réaliser 20 séances d'acupuncture sur une durée de 8 semaines. À noter également qu'on sait peu de choses sur le contexte dans lequel les patients ont été inclus dans l'étude. Ces patients correspondent-ils réellement à la population de migraineux que nous rencontrons dans nos cabinets? Finalement, cet effet prophylactique est-il durable au-delà de 20 semaines? D'autres études sont nécessaires pour répondre à ces questions.

CONCLUSION

Si les approches intégratives entre la médecine conventionnelle et complémentaire offrent des pistes intéressantes, en particulier dans le domaine de la prévention, le corpus d'évidence reste encore modeste: il convient de l'étoffer!

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Des programmes ciblés d'activité physique comprenant des exercices d'équilibre et fonctionnels permettent de diminuer la survenue des chutes chez les seniors
- Recommander exercice, yoga et méditation aux patients dépressifs et anxieux semble approprié. La littérature scientifique le suggère sans restriction ou en adjonction des traitements conventionnels
- Jardiner ou se promener dans la verdure est, sur la base d'évidences scientifiques, bon pour la santé et le bien-être
- Le jeûne intermittent a des effets bénéfiques sur l'IMC, la résistance au stress et la durée de vie
- L'hypnose est efficace pour diminuer la douleur après la pose d'une voie veineuse périphérique et son implémentation et sa dissémination pourraient être un atout précieux lors de la réalisation de gestes douloureux, notamment dans le contexte d'un service d'urgences ambulatoires
- Vingt séances d'acupuncture manuelle sont efficaces dans la prévention des migraines. Cet effet est, en partie seulement, lié à un effet placebo

- 1 *Sherrington C, Fairhall NJ, Wallbank GK, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2019;1:Cd012424.
- 2 Wang Y, Zhang Y, Bennell K, et al. Physical Distancing Measures and Walking Activity in Middle-aged and Older Residents in Changsha, China, During the COVID-19 Epidemic Period: Longitudinal Observational Study. J Med Internet Res 2020;22:e21632.
- 3 Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. Am Fam Physician 2019;99:620-7.
- 4 *Howarth M, Brett A, Hardman M, Maden M. What is the evidence for the impact of gardens and gardening on health and well-being: a scoping review and evidence-based logic model to guide healthcare strategy decision making on the use of gardening approaches as a social prescription. BMJ Open 2020;10:e036923.
- 5 Park J, Seo YG, Paek YJ, et al. Effect of alternate-day fasting on obesity and cardiometabolic risk: A systematic review and meta-analysis. Metabolism 2020;111:154336.
- 6 de Cabo R, Mattson MP. Effects of Intermittent Fasting on Health, Aging, and Disease. N Engl J Med 2019;381:2541-51.
- 7 *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;124:292-8.
- 8 Xu S, Yu L, Luo X, et al. Manual acupuncture versus sham acupuncture and usual care for prophylaxis of episodic migraine without aura: multicentre, randomised clinical trial. BMJ 2020;368:m697.
- 9 Chen YY, Li J, Chen M, Yue L, She TW, Zheng H. Acupuncture versus propranolol in migraine prophylaxis: an indirect treatment comparison meta-analysis. J Neurol 2020;267:14-25.
- 10 ProFane Prevention of Falls Network Europe. Manual for the fall prevention classification system 2011. Disponible sur : www.profaneeu.org/taxonomy.html

* à lire

** à lire absolument

Avancées scientifiques de 2020 en médecine interne générale ambulatoire

Dr ALEXANDRE GOUVEIA^a, Dre CORALIE WENGER-BONNY^{a,b}, Dr LUC KA SING HO^{a,b}, Dre NATHALIE FOGARASI-SZABO^a,
Dr IOANNIS KOKKINAKIS^{a,b}, Dre REBECCA GRAY^a, Dr LIONEL DE ALENCASTRO^{a,b}, Pr BERNARD FAVRAT^{a,b} et Pr PATRICK BODENMANN^{a,b}

Rev Med Suisse 2021; 17: 119-23

La faiblesse fonctionnelle des membres a un pronostic incertain et peu de probabilité de guérir. Les personnes souffrant d'obésité en situation de précarité peuvent réussir à perdre du poids par un programme intensif de perte pondérale soutenu par des changements du style de vie. Chez les patients atteints de gonarthrose, la physiothérapie peut diminuer la douleur et l'incapacité lorsqu'elle est comparée à des corticostéroïdes injectés. Les patients qui souffrent d'un syndrome de dépendance à l'alcool peuvent réduire leur consommation avec des consultations de courte durée effectuées par des médecins généralistes. La fatigue et la dyspnée sont deux des symptômes parmi les plus fréquents qui peuvent perdurer après la phase aiguë de l'infection par SARS-CoV-2. L'analyse de détection du SARS-CoV-2 par PCR pourrait être effectuée avec le même degré de sensibilité sur un prélèvement nasopharyngé ou salivaire.

2020 scientific breakthroughs in ambulatory general internal medicine

Functional weakness of the limbs has an uncertain prognosis and little chance of recovery. Obese people in precarious situations may succeed in losing weight through an intensive lifestyle-based weight loss program. In patients with gonarthrosis, physiotherapy may decrease pain and disability when compared to injected corticosteroids. Patients suffering from an alcohol dependence syndrome can reduce their consumption with short-term consultations conducted by general practitioners. Fatigue and dyspnea are two frequent symptoms that may persist after the acute phase of the SARS-CoV-2 infection. PCR analysis for the detection of SARS-CoV-2 could be performed with the same degree of sensitivity on a nasopharyngeal or salivary swab.

INTRODUCTION

Les chefs de clinique et médecins cadres d'Unisanté présentent dans cette publication leur sélection d'articles publiés dans la littérature scientifique entre juillet 2019 et juin 2020, et qui ont fait état d'avancées scientifiques pouvant avoir un impact sur la pratique des médecins de première ligne. Les articles retenus pour cette revue touchent cette année des domaines variés mais complémentaires dans

la pratique de médecine interne générale ambulatoire, sans négliger l'épidémie due au SARS-CoV-2 qui a fortement eu un impact sur la pratique clinique et les publications scientifiques durant l'année 2020.

FAIBLESSE FONCTIONNELLE DES MEMBRES: PRONOSTIC À LONG TERME¹

Une patiente de 44 ans présente une faiblesse des membres depuis plus de 2 ans, avec des tests de Waddell et de Hoover positifs, évoquant une origine fonctionnelle. Une évaluation neurologique confirme le diagnostic de faiblesse fonctionnelle des membres. Lors de l'annonce diagnostique, la patiente s'interroge: et si le diagnostic était erroné? Quelle est l'évolution de cette pathologie? La mortalité est-elle augmentée?

L'évolution à long terme des patients présentant des symptômes neurologiques fonctionnels est peu étudiée. De façon inédite, une étude prospective d'une durée moyenne de 14 ans a évalué le pronostic d'une faiblesse fonctionnelle des membres d'une cohorte cas-témoins afin de déterminer le taux de diagnostics erronés et l'évolution des symptômes. Au total, 107 patients présentant une faiblesse fonctionnelle des membres ont été suivis, ainsi que 84 témoins (dont 46 cas neurologiques et 36 patients en bonne santé).

Parmi les 89 patients inclus avec une faiblesse fonctionnelle, seule une erreur diagnostique a été mise en évidence, contre le double chez le groupe de patients neurologiques correspondant au contrôle. La faiblesse fonctionnelle s'est résolue chez 20%, s'est améliorée chez 31% et était identique ou pire chez 49%. Les causes primaires de décès des patients avec une faiblesse fonctionnelle étaient non neurologiques, avec un ratio de mortalité standardisé plus élevé par rapport à la population générale (1,48). Concernant la perception de la maladie, au départ, 89% des patients présentant une faiblesse fonctionnelle étaient d'accord pour dire que leur symptôme était un mystère pour eux, et au suivi ce chiffre était encore de 51%.

Ces résultats encouragent à ne pas considérer un diagnostic erroné davantage chez les patients avec une faiblesse fonctionnelle ou autre trouble fonctionnel.² Ils incitent à soigner les comorbidités du patient avec une prise en charge globale et à l'aider à accepter sa maladie, dont certaines techniques de communication du diagnostic ont été proposées par les auteurs.³

^aPoliclinique de médecine générale, Département des policliniques, Unisanté, 1011 Lausanne, ^bDépartement vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, 1011 Lausanne
alexandre.gouveia@unisante.ch | coralie.wenger@unisante.ch
luc.ho@unisante.ch | nathalie.fogarasi@unisante.ch | ioannis.kokkinakis@unisante.ch
rebecca.gray@unisante.ch | lionel.de-alencastro@unisante.ch
bernard.favrat@unisante.ch | patrick.bodenmann@unisante.ch

Sur un suivi de 14 ans d'une faiblesse fonctionnelle des membres, l'erreur diagnostique est rare et le pronostic est variable, avec une probabilité de guérison faible.

LA PERTE PONDÉRALE DANS LES POPULATIONS DÉFAVORISÉES – UN ESSAI CLINIQUE RANDOMISÉ PAR CLUSTERS⁴

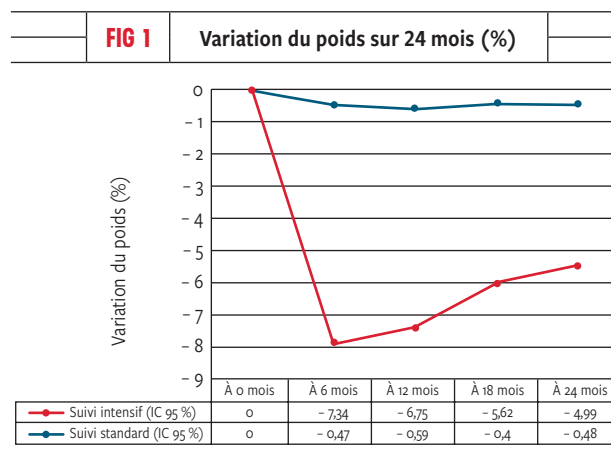
Une patiente de 46 ans souffre d'une obésité de stade 2. En raison d'une situation socio-économique précaire, elle ne consulte son médecin qu'une seule fois par année pour son suivi médical. La prise en charge de son obésité est limitée aux informations habituelles de prévention. Le suivi annuel de son poids met en évidence une augmentation progressive.

L'obésité est un enjeu de santé publique majeur parce qu'elle prédispose aux risques cardiovasculaires et à une mortalité précoce.⁵ Sa plus haute prévalence se trouve parmi les personnes précarisées (40,8% d'obèses contre 31,2% selon le niveau fédéral de pauvreté en 2014 aux États-Unis) chez qui le niveau de littératie médicale est généralement faible (40% d'obèses chez ceux qui ont quitté les études au plus tard après le gymnase contre 27,8% chez ceux qui ont continué leurs études) et l'accès aux soins limité.⁶ L'efficacité d'une intervention conservatrice pour traiter l'obésité dans cette population est encore incertaine.

Les auteurs de cet essai clinique randomisé multicentrique par clusters, incluant 18 centres de premiers recours en Louisiane aux États-Unis où la majorité des patients possède un revenu familial modeste, ont évalué l'efficacité d'un traitement de l'obésité basé sur un programme intensif axé sur des mesures hygiénodietétiques⁷ (tableau 1). Pendant 24 mois, entre 2016 et 2019, 803 adultes obèses ont été aléatoirement

TABLEAU 1		Perte de poids et type d'interventions selon les groupes
Groupe de suivi médical habituel	Groupe d'intervention intensive sur le style de vie	
<ul style="list-style-type: none"> • Suivi médical habituel durant 24 mois • Envoi d'un bulletin d'informations générales sur la santé 3 fois par année ainsi que d'un répertoire des événements de promotion de la santé • Participation à un cours sur l'obésité et les modalités de remboursement par les assurances (envoi d'une brochure d'information au moins 1 fois par année) 	<ul style="list-style-type: none"> • Suivi hebdomadaire durant 6 mois puis sur un rythme mensuel durant 18 mois, individuellement et parfois en petits groupes de 2 à 4 personnes • Accompagnement d'un instructeur en santé qui adapte les prises en charge selon le niveau de littératie du patient • Adaptation diététique avec contrôle strict de la quantité et de la qualité de l'alimentation (calcul des besoins énergétiques, repas préparés par portion, contrôle des portions) • Entraînement pour atteindre une activité physique d'une intensité «modérée» à «élevée» de minimum 175 minutes par semaine • Apprentissage à l'utilisation d'un podomètre pour maximiser le nombre de pas par jour • Participation à un programme d'éducation sur les connaissances autour de l'obésité • Utilisation d'un système de suivi informatique afin d'adapter les prises en charge de manière personnalisée 	

(Adapté de réf. 4).



(Adaptée de réf. 4).

assignés soit dans un groupe de programme intensif prodigué par un instructeur en santé, soit dans un groupe de suivi standard de l'obésité. L'issue primaire était la variation en pourcentage entre le poids de base et celui après 24 mois dans un collectif considéré défavorisé.

Les résultats de cette étude démontrent que par rapport à un suivi standard (-0,48%; IC 95%: de -1,57 à -0,61), un programme intensif basé sur le style de vie (-4,99%; IC 95%: de -6,02 à -3,96) permet d'obtenir une perte pondérale significative après 24 mois ($p < 0,001$) (figure 1).

Les obèses en situation de précarité peuvent bénéficier d'un programme intensif visant la perte pondérale basé sur le style de vie.

TRAITEMENT DE L'ARTHROSE DU GENOU: PHYSIOTHÉRAPIE OU INJECTION DE CORTICOSTÉROÏDES?

Un monsieur de 57 ans souffre de gonalgies droites. Le traitement antalgique en cours (diclofénac) est partiellement efficace et le patient souhaite améliorer le contrôle de la douleur et diminuer son incapacité. Quelle est la stratégie thérapeutique à proposer dans ce contexte?

La physiothérapie et l'injection de corticostéroïdes sont des traitements bénéfiques pour l'arthrose du genou selon la littérature actuelle, avec une incertitude quant à une différence entre les 2 traitements concernant l'efficacité contre la douleur et l'amélioration fonctionnelle.⁸ Les patients semblent recevoir plus fréquemment une injection de corticostéroïdes (51%) que la physiothérapie (29%) lors du diagnostic.⁹

Une étude récente effectuée en médecine de premier recours dans 2 hôpitaux militaires des États-Unis a comparé l'activité physique avec l'injection de corticostéroïdes.¹⁰ Cent cinquante-six patients avec arthrose des genoux, âgés de 56 ans en moyenne, ont été randomisés aléatoirement pour recevoir soit 1 ml d'acétonide de triamcinolone (40 mg/ml) et 7 ml de lidocaïne à 1% dans un ou 2 genoux, soit la physiothérapie. Après 1 an de

suivi, les résultats de l'analyse en intention de traiter (intention to treat) montrent une différence significative concernant l'objectif primaire avec un score WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities) osteoarthritis index (de 0 à 240 avec des scores plus élevés indiquant plus de douleur, dysfonction ou rigidité) en faveur de la physiothérapie (différence moyenne entre les groupes à 18,8 points de plus pour le groupe sous corticostéroïdes, IC 95%: 5-32,6). Les issues secondaires montrent le même bénéfice en faveur de la physiothérapie avec des résultats statistiquement significatifs concernant le temps nécessaire pour compléter l'«Alternate Step Test», le «Timed Up and Go test» et le «Global Rating of Change Scale».

La physiothérapie semble être associée à moins de douleur et de perte de fonctionnalité lorsqu'elle est comparée à l'injection des corticostéroïdes chez les patients avec gonarthrose.

SYNDROME DE DÉPENDANCE À L'ALCOOL: VERS UNE RÉDUCTION DE LA CONSOMMATION EN MÉDECINE DE PREMIER RECOURS¹¹

Un patient de 58 ans que vous suivez pour des crises de goutte récurrentes vous confie consommer une bouteille de vin chaque soir pour se détendre après une longue journée de travail. Vous suspectez un syndrome de dépendance à l'alcool, mais il est réticent à rencontrer votre collègue addictologue. Comment pouvez-vous l'aider?

Les patients souffrant d'un syndrome de dépendance à l'alcool (SDA) et consultant leur médecin de premier recours (MPR) bénéficient rarement d'un traitement¹² et ne se présentent souvent pas aux suivis spécialisés proposés. Un suivi par le MPR pourrait donc augmenter l'accès aux soins.¹³ Le sentiment de manque de compétence ressenti par les soignants, le temps limité à disposition ainsi que la peur de perdre les patients sont cependant des freins à l'implémentation de ce suivi.¹⁴

Cette étude randomisée et contrôlée visait à démontrer la non-infériorité du traitement du SDA par des MPR ayant bénéficié d'une formation préalable de 8 heures en comparaison avec un suivi spécialisé. Un collectif de 288 adultes souffrant d'un SDA et sans comorbidités somatiques, psychiatriques, ni besoins sociaux majeurs ont bénéficié du suivi durant 6 mois. À l'exception d'une consultation de 30 minutes, la durée prévue en MPR est de 15 minutes et de 30 à 45 minutes en consultation spécialisée.

À 12 mois, la rétention des patients est élevée (MPR: 78,4%, et spécialisé: 83%) et la réduction de la consommation et de la prévalence du SDA est significative dans les 2 groupes (**tableau 2**). La différence non significative de consommation moyenne de 18,2 g d'alcool/semaine (IC 95%: 14,9-51,3) ne permet néanmoins pas de confirmer la non-infériorité selon les critères prédéfinis.

L'intervention utilisée est un modèle conceptualisé par les auteurs et dont l'avantage est la courte durée et le peu de formation préalable. D'autres interventions sont également possibles.¹⁴

Des consultations de courte durée effectuées par des médecins généralistes permettent de soutenir de manière efficace les patients souffrant d'un syndrome de dépendance à l'alcool vers une réduction de leur consommation.

SYMPTÔMES PERSISTANTS DE COVID-19¹⁵

Une patiente de 35 ans, sportive, a été infectée par le nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) durant le printemps. Deux semaines après la fin de son isolement, elle vous consulte car elle aimerait reprendre l'activité sportive mais vous signale une fatigue qui perdure ainsi qu'une légère «peine à respirer». Comment évaluez-vous cette situation clinique à la lumière des connaissances scientifiques actuellement disponibles?

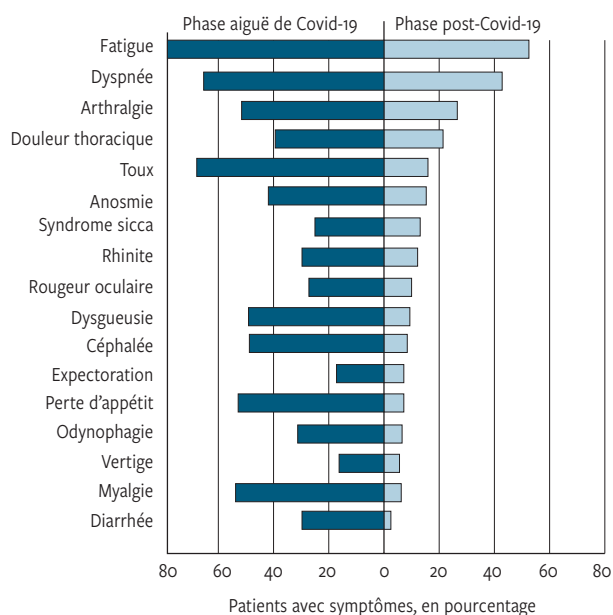
TABLEAU 2 Données initiales et à 12 mois de suivi

Analyse en intention de traiter (intention to treat) des données disponibles à 12 mois.

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; CDT: Carbohydrate Deficient Transferrin ou transferrine carboxydéficitaire; CIM-10: Classification internationale des maladies, 10^e révision; GGT: gamma-glutamyltransférase; MPR: médecin de premier recours.

Variable (moyenne)	MPR		Spécialiste		Résultats		
	Début	12 mois	Début	12 mois	Différence moyenne	IC 95%	P
Consommation d'alcool hebdomadaire (grammes)	351,4	191,6	349,4	173,2	18,2	De -14,9 à 51,3	0,28
Jours de consommation importante (par mois)	12,6	7,0	12,0	6,3	0,5	De -1,1 à 2,1	0,57
Critères CIM-10	4,2	2,1	4,2	1,9	0,1	De -0,2 à 0,5	0,46
Score total AUDIT	22,3	13,7	23,0	13,0	1,1	De -0,3 à 2,5	0,11
CDT	2,6	1,9	2,3	1,9	-0,2	De -0,4 à 0,1	0,26
GGT	0,9	0,7	0,8	0,8	-0,1	De -0,4 à 0,1	0,27

(Adapté de réf. 11).

FIG 2 Symptômes associés au Covid-19

(Adaptée de réf. 15).

Les symptômes d'une infection par le SARS-CoV-2, présents chez plus de 70% des patients infectés, sont bien établis mais la proportion de malades qui garderont des manifestations cliniques après la phase aiguë n'est pas connue.¹⁶

Du 21 avril au 29 mai 2020, 143 patients d'un hôpital situé à Rome présentant les critères de sortie d'isolement ont été évalués par un questionnaire standardisé, en moyenne 60 jours (écart type (ET): 13,6) après les premiers symptômes. À ce stade, seulement 12,6% des patients étaient complètement rétablis, 32% décrivaient la persistance de 1 à 2 symptômes et le pourcentage pour 3 symptômes et plus s'élevait à 55%. Une diminution de la qualité de vie était décrite par 44% des patients. La persistance de la fatigue était le symptôme le plus souvent retrouvé (53%), ainsi que la dyspnée (43,4%), les douleurs articulaires (27,3%) et les douleurs thoraciques (21,7%) (figure 2).

Bien qu'il s'agisse d'un petit échantillon de patients et que la sévérité des symptômes ne soit pas étayée, on constate que ces derniers sont encore bien présents 2 mois après leur apparition, de manière similaire à la convalescence d'une pneumonie¹⁷. Parmi les autres conséquences, avec une répercussion significative sur la qualité de vie, retrouvées au décours de l'infection, notons l'anosmie¹⁸ ainsi que les troubles psychiatriques, non répertoriés dans cette étude, qui sont secondaires à la maladie et à l'isolement.¹⁹

Certains symptômes du Covid-19 peuvent persister des semaines, voire des mois, après la phase aiguë, dont principalement la fatigue et la dyspnée.

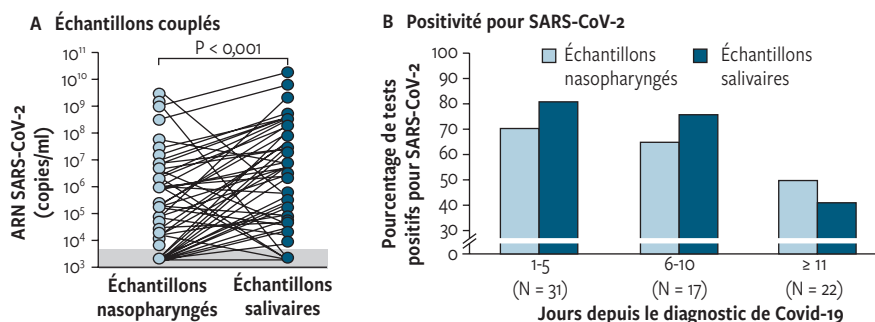
TESTS SALIVAIRES OU PAR ÉCOUVILLONS NASOPHARYNGÉS POUR DÉTECTER LE VIRUS SARS-COV-2²⁰

Un patient connu pour une fibrillation auriculaire paroxystique ainsi que des épistaxis récurrentes sur une rhinite chronique, et probablement favorisées par une anticoagulation difficilement réglée par acénocoumarol, vous consulte en raison de symptômes compatibles avec le Covid-19 depuis 3 jours. Il rapporte un état fébrile et une toux apparus un peu moins d'une semaine après un contact rapproché avec son frère, testé positif au SARS-CoV-2 depuis. Suite à votre examen clinique et biologique, vous souhaitez effectuer un test diagnostique pour exclure un Covid-19. Quel test choisissez-vous?

Depuis le début de la pandémie due au SARS-CoV-2, le frottis nasopharyngé avec analyse par PCR demeure la méthode de référence. Pourtant, les échantillons de salive pourraient constituer une alternative.²¹⁻²⁴ Cette étude observationnelle a pour but de comparer ces 2 différentes méthodes. Un total de 70 patients admis à l'hôpital Yale-New Haven (États-Unis) pour un Covid-19 confirmé par frottis nasopharyngé à leur arrivée ont bénéficié de tests supplémentaires nasopharyngés et salivaires durant leur séjour.

FIG 3 Positivité des analyses PCR pour SARS-CoV-2 selon échantillon

A: quantité de virus dans le premier échantillon salivaire et nasopharyngé. Les points reliés entre eux représentent les échantillons pris au même moment chez un même patient; B: pourcentages de positivité pour le SARS-CoV-2 dans les tests des premiers échantillons couplés salivaires et nasopharyngés de J1 à J5, J6 à J10 et au-delà de J11 (max. 53 jours) après le diagnostic de Covid-19.



(Adaptée de réf. 19).

Les résultats montrent que davantage de copies d'acide ribonucléique (ARN) du SARS-CoV-2 ont été retrouvées dans les échantillons salivaires (nombre moyen de copies/ml: 5,58; IC 95%: 5,09-6,07) que nasopharyngées (4,93; IC 95%: 4,53-5,33) (**figure 3, A**). De plus, un nombre plus élevé d'échantillons salivaires étaient positifs jusqu'au 10^e jour. Dans les 5 premiers jours après le diagnostic, 81% (IC 95%: 71-96) des échantillons salivaires étaient positifs, contre 71% (IC 95%: 67-94) des nasopharyngées (**figure 3, B**). Ces résultats suggèrent que les 2 méthodes d'échantillonnage ont une sensibilité identique.

Répétés durant l'hospitalisation, ces tests montrent que la charge virale diminue après l'apparition des symptômes. En revanche, la variation des concentrations d'ARN du SARS-CoV-2 des tests salivaires était moins importante qu'au niveau nasopharyngé, ce qui peut expliquer en partie les faux négatifs de ces derniers.

Cette étude confirme donc que les tests salivaires sont une bonne alternative pour détecter les cas de Covid-19. Plus agréables et faciles à réaliser, ils permettent aux patients de se

tester eux-mêmes et donc réduire la surcharge des structures sanitaires et empêcher le risque d'infection nosocomiale en évitant tout contact avec les soignants. Dans les cas pédiatriques et lors d'un risque de saignement nasal important comme dans notre vignette, les tests salivaires pourraient être considérés en premier lieu.

Le prélèvement salivaire pour l'analyse de détection du SARS-CoV-2 par PCR semble être une alternative au prélèvement nasopharyngé et possède une sensibilité identique à ce dernier.

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

Remerciements: Les auteurs remercient le Pr Jacques Cornuz pour sa lecture attentive du manuscrit et pour son soutien au groupe émulation, composé par les chefs de clinique et des médecins cadres de la Polyclinique de médecine générale d'Unisanté (Centre universitaire de médecine générale et santé publique). Leur participation a permis de sélectionner des articles importants pour l'exercice de la médecine générale depuis 15 ans.

- 1 *Gefauß JM, Carson A. The Prognosis of Functional Limb Weakness: a 14-Year Case-Control Study. *Brain* 2019;142:2137-48.
- 2 Stone J, Smyth R, Carson A, et al. Systematic Review of Misdiagnosis of Conversion Symptoms and "Hysteria". *BMJ* 2005;331:989.
- 3 **Carson A, Lehn A, Ludwig L, Stone J. Explaining Functional Disorders in the Neurology Clinic: A Photo Story, *Pract Neurol* 2016
- 4 Katzmarzyk PT, et al. Weight Loss in Underserved Patients – A Cluster-Randomized Trial. *N Engl J Med* 2020;383:909-18. DOI: 10.1056/NEJMoa2007448. PMID: 32877581.
- 5 *Guh DP, Zhang W, Bansback N, et al. The Incidence of Co-Morbidities Related to Obesity and Overweight: A Systematic Review and Meta-Analysis. *BMC Public Health* 2009;9: 88.
- 6 *Ogden CL, Fakhouri TH, Carroll MD, et al. Prevalence of Obesity Among Adults, by Household Income and Education – United States, 2011-2014. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017;66:1369-73.
- 7 Katzmarzyk PT, Martin CK, Newton RL Jr, et al. Promoting Successful Weight Loss in Primary Care in Louisiana (PROPEL): Rationale, Design and Baseline Characteristics. *Contemp Clin Trials* 2018;67: 1-10.
- 8 Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2020;72:149-62.
- 9 Rhon D, Hando B, Deyle G. Use of Physical Therapy and Corticosteroid Injections in the Management of Knee Osteoarthritis in the U.S. Military Health System. *Osteoarthritis Cartilage* 2016;24(Suppl1):S233-S4.
- 10 *Deyle GD, et al. Physical Therapy Versus Glucocorticoid Injection for Osteoarthritis of the Knee. *N Engl J Med* 2020;382:1420-9. DOI: 10.1056/NEJMoa1905877. PMID: 32268027.
- 11 *Wallhed Finn S et al. Treatment of Alcohol Dependence in Primary Care Compared with Outpatient Specialist Treatment: Twelve-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, with Trajectories of Change. *J Stud Alcohol Drugs* 2020;81:300.
- 12 Rehm J, Allamani A, Elekes Z, et al. Alcohol Dependence and Treatment Utilization in Europe – a Representative Cross-Sectional Study in Primary Care. *BMC Fam Pract* 2015;16:90.
- 13 **Kaner EF, Beyer FR, Muirhead C, et al. Effectiveness of Brief Alcohol Interventions in Primary Care Populations. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;2:CD004148. DOI: 10.1002/14651858.CD004148.pub4. PMID: 29476653; PMCID: PMC6491186.
- 14 Rombouts SA, Conigrave J, Louie E, et al. Evidence-Based Models of Care for the Treatment of Alcohol Use Disorder in Primary Health Care Settings: Protocol for Systematic Review. *Syst Rev* 2019;8:275.
- 15 **Angelo Carfi, et al. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA* 2020;324:603-5.
- 16 **Greenhalgh T, Knight M, A'Court C, Buxton M, Husain L. Management of Post-Acute Covid-19 in Primary Care. *BMJ* 2020;370: m3026.
- 17 Metlay JP, et al. Measuring Symptomatic and Functional Recovery in Patients with Community-Acquired Pneumonia. *J Gen Intern Med* 1997;12:423-30.
- 18 Slama D, et al. L'anosmie : critère spécifique de l'atteinte COVID-19 « Coranosmie 1 ». *Med Mal Infect* 2020;50:578.
- 19 Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Post-COVID-19 global Health Strategies: the Need for an Interdisciplinary Approach. *Aging Clin Exp Res* 2020;32:1613-20.
- 20 *Wyllie AL, et al. Saliva or Nasopharyngeal Swab Specimens for Detection of SARS-CoV-2. *N Engl J Med* 2020;383:1283-6.
- 21 Kojima N, Turner F, Slepnev V, et al. Self-Collected oral Fluid and Nasal Swabs Demonstrate Comparable Sensitivity to Clinician Collected Nasopharyngeal Swabs for Covid-19 Detection. 2020 April. Disponible sur : www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.11.20062372v1
- 22 Williams E, Bond K, Zhang B, Putland M, Williamson DA. Saliva As a Non-Invasive Specimen for Detection of SARS-CoV-2. *J Clin Microbiol* 2020;58:e00776-20.
- 23 Pasomsub E, Watcharananan SP, Boonyawat K, et al. Saliva Sample as A Non-Invasive Specimen for the Diagnosis of Coronavirus Disease 2019: A Cross-Sectional Study. *Clin Microbiol Infect* 2020;epub ahead of print.
- 24 Vogels CBF, Brackney D, Wang J, et al. SalivaDirect: Simple and Sensitive Molecular Diagnostic Test For SARS-CoV-2 Surveillance. 2020. Disponible sur : www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.03.20167791v1

* à lire
** à lire absolument

2020 en revue par les internistes hospitaliers

Dre PAULINE DARBELLAY FARHOUMAND^a, Dre AMANDINE BERNER^a, Dr ALEXANDRE LESZEK^a, Dre FIONA NOVOTNY-COURT^a, Dre FLORA KOEGLER^a, Dr THOMAS MAVRAKANAS^a, Dr ANTONIO LEIDI^a, Dre KAREN LISTER^a, Dr SEBASTIAN CARBALLO^a et Pr JEAN-LUC RENY^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 124-9

2020: annus horribilis pour la médecine hospitalière? L'année écoulée, marquée par la pandémie en cours, a eu un impact majeur sur de multiples aspects de notre pratique. Comme l'ensemble du monde médico-soignant et de la population, les internistes hospitaliers ont été mis à rude épreuve en 2020. Cette année a plus que jamais renforcé notre conviction de l'importance de porter un regard scientifique sur la masse de nouveautés qui surviennent chaque année. Les internistes hospitaliers des HUG vous proposent de partager leur vision critique de publications scientifiques récentes utiles pour notre pratique quotidienne.

Internal medicine in 2020

2020: annus horribilis for hospital medicine? The past year, notable because of the current pandemic, has had a profound impact on multiple aspects of medical practice. Just as all medical staff and the general population, hospital internists were put under immense strain in 2020. This year has more than ever reinforced our belief in the importance of keeping a critical and scientific eye on the mass of new studies and data produced every year. The internists of the HUG propose a critical review of selected recent publications that may influence our daily management of patients.

MÉDECINE INTERNE ET MALADIES CARDIOVASCULAIRES

Chez les consommateurs d'alcool réguliers souffrant de FA symptomatique, la diminution de la consommation hebdomadaire d'alcool semble réduire la récurrence et le temps passé en FA

La consommation d'alcool en excès est associée à l'incidence de la fibrillation auriculaire (FA), mais l'effet de l'abstinence en prévention secondaire reste incertain.¹ Une étude prospective multicentrique a randomisé 140 patients adultes consommateurs d'alcool (> 10 unités par semaine (U/S)), connus pour une FA paroxystique ou persistante symptomatique en un bras abstinente et un bras témoin.² Soixante et un pour cent des patients du bras abstinente sont parvenus à une abstinence totale, avec une consommation moyenne passant de 16,8 U/S

($\pm 7,7$ déviations standard (DS)) à 2,1 U/S ($\pm 3,7$ DS), versus 16,4 ($\pm 6,9$ DS) à 13,02 ($\pm 6,5$ DS) dans le bras contrôle. À 6 mois, une récurrence de FA est observée chez 53% du bras abstinente versus 73% du bras témoin. La période libre avant récurrence était plus longue dans le bras abstinente (HR: 0,55; IC 95%: 0,36-0,84; $p = 0,005$), avec une moindre proportion de temps en FA (0,5 versus 1,2%; $p = 0,01$) et une réduction moyenne de poids de 3,7 kg (IC 95%: de -4,8 à -2,5). Cette étude confirme que la consommation régulière d'alcool est un facteur de risque modifiable pour la FA dont il faut tenir compte pour une prise en charge globale.

Chez les patients à haut risque cardiovasculaire avec FA depuis moins de 1 an, le contrôle du rythme précoce en plus d'une anticoagulation et d'un contrôle de fréquence semble améliorer les issues cliniques, en comparaison à une stratégie standard

Plusieurs études randomisées ont évalué les stratégies de contrôle du rythme (CR) versus de fréquence (CF) dans des populations larges de patients avec FA, sans mettre en évidence de différence significative en termes de mortalité ou de risque embolique. L'étude EAST-AFNET 4 a inclus 2789 patients à haut risque cardiovasculaire présentant une FA diagnostiquée depuis < 1 an (médiane à 36 jours) pour évaluer si une stratégie de CR précoce en plus d'une anticoagulation et d'un CF diminue une issue composite comprenant la mortalité cardiovasculaire, les AVC, les hospitalisations pour insuffisance cardiaque ou un syndrome coronarien aigu, en comparaison d'une approche standard, où le CR était limité aux cas présentant des symptômes de FA incontrôlables par le CF.³ L'âge moyen des patients randomisés était de 70 ans, 90% étaient anticoagulés, 80% sous bêtabloquants, 30% étaient asymptomatiques et 37% présentaient une FA inaugurale. L'étude a été interrompue à la troisième analyse intermédiaire, après un suivi médian de 5,1 ans. L'issue primaire était survenue chez 249 patients du groupe CR et 316 du groupe standard (3,9 versus 5,0 événements pour 100 personnes-année, HR: 0,79; IC 95%: 0,66-0,94; $p = 0,005$), soit un nombre de patients à traiter pour éviter 1 événement de 91. Il n'y avait pas de différence dans le nombre moyen de nuits d'hospitalisation entre les groupes. Les événements indésirables graves – principalement des bradycardies – étaient plus élevés dans le groupe CR (4,9 versus 1,4%). Cette étude suggère qu'une stratégie de CR précoce dans cette catégorie de patients pourrait améliorer les issues cliniques. De manière encourageante pour notre pratique, le nombre d'événements était de 40% inférieur au nombre attendu dans le groupe standard, reflet probablement de l'utilisation étendue des traitements disponibles des comorbidités cardiovasculaires dans la population étudiée.

^aService de médecine interne générale, Département de médecine, HUG, 1211 Genève 14

pauline.darbellay@hcuge.ch | amandine.berner@hcuge.ch
alexandre.leszek@hcuge.ch | fiona.novotny@hcuge.ch
flora.koegler@hcuge.ch | thomas.mavrakanas@hcuge.ch
antonio.leidi@hcuge.ch | karen.lister@hcuge.ch
sebastian.carballo@hcuge.ch | jean-luc.reny@hcuge.ch

MÉDECINE INTERNE ET NÉPHROLOGIE

Chez les patients insuffisants rénaux chroniques avec un débit de filtration glomérulaire entre 30 et 60 ml/min, l'absence de préhydratation semble non inférieure à l'administration de NaHCO_3 avant un CT injecté pour prévenir une augmentation significative de la créatininémie

Bien que la préhydratation (PH) soit largement recommandée et implémentée dans la pratique clinique, l'évidence de son efficacité sur la prévention de la néphropathie au produit de contraste (PdC) chez les patients à risque est faible. Une étude multicentrique randomisée contrôlée compare l'absence de PH à la PH, consistant en l'administration de 250 ml de bicarbonate de sodium (NaHCO_3) 1,4%, 1 heure avant un CT injecté, chez 523 patients insuffisants rénaux chroniques avec un débit de filtration glomérulaire (DFG) entre 30 et 60 ml/min.⁴ L'issue primaire est l'augmentation relative moyenne de la créatininémie, 2 à 5 jours après le PdC. Elle est de 3% dans le bras sans PH et de 3,5% dans le bras avec PH (différence moyenne de 0,5%; IC 95%: de -1,3 à 2,3; $p < 0,001$), remplissant les critères de non-infériorité définis par les auteurs comme une différence de 10% de l'issue primaire entre les 2 groupes. Elle montre également une incidence de la néphropathie au PdC (définie comme une augmentation de $> 25\%$ ou de $44 \mu\text{mol/l}$ de la créatininémie) très faible dans cette population (2,7 et 1,5% respectivement dans le groupe sans et avec PH). Cette étude montre que dans cette population sélectionnée, la survenue de néphropathie au PdC est très faible, avec ou sans PH. Il est donc envisageable de ne plus effectuer de PH avant un CT injecté. Ces résultats ne sont pas applicables aux patients avec une insuffisance rénale chronique avec $\text{DFG} < 30 \text{ ml/min}$, hospitalisés, en situation urgente ou recevant du PdC par voie intra-artérielle, pour lesquels d'autres études sont nécessaires.

La dapagliflozine ralentit la progression de l'insuffisance rénale chronique et prévient les événements cardiovasculaires chez les patients avec un débit de filtration glomérulaire diminué et une protéinurie, indépendamment de la présence ou non de diabète

L'étude DAPA-CKD est la première étude ayant démontré un bénéfice clinique néphro et cardioprotecteur chez les patients insuffisants rénaux non diabétiques.⁵ Elle a inclus 4304 patients avec insuffisance rénale chronique et une protéinurie (DFG entre 25 et $75 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ et rapport albumine/créatinine 200-5000 mg/g au spot urinaire) déjà traités par un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste du récepteur de l'angiotensine II (ARA). Les patients, stratifiés pour la présence ou non d'un diabète de type 2 et en fonction de l'albuminurie, ont été randomisés à recevoir 10 mg de dapagliflozine une fois par jour ou un placebo. Le critère de jugement principal comprenait une baisse du DFG d'au moins 50%, la progression vers l'insuffisance rénale terminale ou le décès de cause cardiaque ou rénale. Avec un suivi médian de 2,4 ans, il a été observé chez 9,2% des patients dans le groupe dapagliflozine et 14,5% des patients dans le groupe placebo (HR: 0,61; IC 95%: 0,51-0,72; $p < 0,001$). La dapagliflozine était également supérieure au placebo pour prévenir le décès de cause cardiaque ou l'hospitalisation pour insuffisance cardiaque (HR: 0,71; IC 95%: 0,55-0,92; $p = 0,009$). L'efficacité était identique chez les patients avec ou sans diabète et chez ceux avec $\text{DFG} \geq 45$ ou $< 45 \text{ ml/min/1,73 m}^2$. À noter que l'étude a été interrompue précocement pour des raisons d'efficacité.

MÉDECINE INTERNE ET MALADIES INFECTIEUSES

Pour le traitement des bactériémies à germes Gram négatif d'acquisition communautaire non compliquées, 2 stratégies de traitement, soit durée d'antibiothérapie guidée par la CRP, soit durée fixe de 7 jours, sont non inférieures à un traitement fixe de 14 jours pour la survenue d'échec clinique à 30 jours

L'exposition prolongée aux antibiotiques augmente le risque de résistance et est associée à une durée de séjour et des coûts hospitaliers plus importants. Traditionnellement, les bactériémies à Gram négatif sont traitées pendant 10 à 14 jours, sans évidence forte soutenant cette pratique. Une étude multicentrique de non-infériorité a randomisé 500 patients avec une bactériémie à Gram négatif communautaire d'origine principalement urinaire ou digestive, dans 3 groupes: 7 jours fixe, 14 jours fixe d'antibiothérapie ou une durée guidée par la CRP.⁶ Dans ce groupe, l'antibiothérapie était interrompue si la CRP avait diminué de 75% de sa valeur pic chez un patient afebrile depuis 48 heures. À 30 jours, l'échec thérapeutique défini comme une bactériémie récurrente, une abcédation ou une nouvelle cure d'antibiotiques était évalué, avec une marge de non-infériorité fixée à -10%. Les 3 stratégies semblent non inférieures, avec un taux d'échec à 30 jours de 2,4% dans le groupe CRP, 6,6% dans le groupe 7 jours et 5,5% dans le groupe 14 jours (différence entre groupe CRP et 14 jours: -3,1%; IC 97,5% unilatéral: $-\infty$ à 1,1; $p < 0,001$); (différence entre 7 et 14 jours: 1,1%; IC 97,5% unilatéral: $-\infty$ à 6,3; $p < 0,001$). À noter un faible nombre d'événements en regard de la marge de non-infériorité prédéfinie, une faible adhérence au protocole et des durées de traitement variables dans le groupe CRP.

L'administration de vancomycine en continu semble diminuer le risque de néphrotoxicité en comparaison à une administration intermittente chez des patients de soins intensifs, sans effet sur la mortalité

L'insuffisance rénale aiguë (IRA) est un effet indésirable fréquent lors d'administration de vancomycine chez les patients critiques.⁷ Des données animales suggèrent que la néphrotoxicité pourrait être associée à des concentrations pic élevées lors de l'administration intermittente.⁸ Une méta-analyse de 11 études portant sur 2123 patients de soins intensifs comparant l'administration continue de vancomycine (VC) versus intermittente (VI) a été réalisée, avec comme issue primaire le risque de survenue d'IRA.⁹ L'administration de VC permet une diminution de 53% des Odds d'IRA par une administration continue (OR: 0,47; IC 95%: 0,34-0,65) par rapport à la VI. Les cibles pharmacocinétiques sont plus fréquemment atteintes avec la VC (OR: 2,63; IC 95%: 1,52-4,57). Il n'y a pas d'association retrouvée entre le mode d'administration et la mortalité. Bien que 9 des 11 études soient observationnelles, les résultats restent concordants dans les analyses de sensibilité. Vu la morbidité et les coûts substantiels résultant de l'IRA, les bénéfices liés à un monitoring et une adaptation des dosages facilités, sans effet sur la mortalité, l'administration continue de VC semble une alternative intéressante à envisager pour en diminuer la néphrotoxicité. Les données manquent pour généraliser la pratique hors des soins intensifs à l'heure actuelle. Une limitation importante reste en effet la disponibilité des accès veineux, la VC semblant exercer une toxicité plus élevée sur les cellules endothéliales.¹⁰

LESS IS MORE?

Chez les patients avec une insuffisance rénale avancée, la prise en charge invasive de routine n'a pas montré de réduction de la mortalité ni d'infarctus du myocarde par rapport à un traitement médical optimal lors de maladie coronarienne stable avec ischémie myocardique modérée à sévère

L'étude ISCHEMIA-CKD a randomisé en 2 groupes 777 patients avec une insuffisance rénale chronique avancée (dialysés ou avec un DFG < 30 ml/min/1,73 m²) et une ischémie myocardique stable modérée à sévère à l'épreuve d'effort non invasive, afin de comparer une stratégie invasive de routine à une prise en charge médicamenteuse optimale.¹¹ Les patients du groupe invasif devaient avoir une coronarographie dans les 30 jours avec pour objectif une revascularisation myocardique, soit par pose de stent, soit par pontage aorto-coronarien. Les patients du groupe contrôle n'étaient adressés pour une coronarographie que s'ils avaient un angor non contrôlé par les médicaments ou s'ils développaient un syndrome coronarien aigu (SCA) ou une insuffisance cardiaque. L'incidence cumulative de revascularisation à 2,3 ans était de 50% dans le groupe invasif et 20% dans le groupe contrôle. Le critère de jugement principal (décès ou infarctus du myocarde) a été observé chez 123/388 patients dans le groupe invasif et 129/389 patients dans le groupe contrôle (HR: 1,01; IC 95%: 0,79-1,29; $p = 0,95$). Les taux de progression de l'insuffisance rénale vers la dialyse étaient similaires dans les 2 groupes. La stratégie invasive de routine n'a donc pas démontré de réduction de mortalité ou d'infarctus du myocarde par rapport à un traitement médicamenteux optimal lors de coronaropathie stable chez l'insuffisant rénal sévère.

L'étude TICO, bien qu'ayant plusieurs limites méthodologiques, renforce les données en faveur d'une désescalade plus précoce du traitement antiplaquettaire au cours du suivi du syndrome coronarien aigu

Les recommandations 2020 de la Société européenne de cardiologie préconisent toujours le maintien d'un traitement antiplaquettaire double (DAPT) pendant 12 mois après un SCA, chez les patients n'ayant pas un haut risque hémorragique. L'étude TICO a randomisé 3056 patients coréens avec SCA en 2 bras sans aveugle entre le contrôle DAPT12m (aspirine + ticagrélor 12 mois) et l'intervention DAPT3m (aspirine + ticagrélor 3 mois puis ticagrélor seul 9 mois).¹² Une réduction absolue de 2% a été observée dans le groupe DAPT3m pour une issue composite de saignements majeurs, événements cardiaques et neurovasculaires majeurs. Le bénéfice était principalement lié à la réduction de 1,3% des hémorragies majeures avec une faible incidence d'événements thrombotiques et globalement une incidence plus faible que planifiée d'événements cliniques majeurs. Bien qu'ayant plusieurs limites méthodologiques, dont une puissance limitée, cette étude renforce les données en faveur d'une désescalade plus précoce du traitement antiplaquettaire au cours du SCA. Pour l'heure, ce choix est envisageable au cas par cas, selon le niveau de risque hémorragique en particulier.

Chez des patients âgés de moins de 50 ans présentant un pneumothorax primaire spontané modéré à sévère, une prise en charge conservatrice pourrait être non inférieure au drainage conventionnel

Le drainage thoracique est un traitement douloureux et coûteux du pneumothorax primaire spontané. Une étude

multicentrique ouverte de non-infériorité, randomisée et contrôlée, a comparé l'efficacité d'une prise en charge interventionnelle (pose de drain Seldinger) versus observationnelle chez des patients âgés de moins de 50 ans souffrant d'un pneumothorax primaire spontané modéré à sévère.¹³ L'issue primaire est la résolution radiologique du pneumothorax à 8 semaines de la randomisation. Elle est atteinte dans 98,5% du bras interventionnel contre 94,4% dans le groupe observationnel (différence moyenne -4,1%; IC 95%: de -8,6 à 0,5; $p = 0,02$), remplissant les critères de non-infériorité prédéfinis par une marge $\leq -9\%$. Toutefois, l'étude est grevée de limitations importantes: il s'agit d'un essai ouvert, comportant un taux important de *crossover* dans le groupe conservateur (15,4%), avec de nombreux patients perdus de vue ou sans résultat radiologique à 8 semaines (15 et 23% dans le groupe interventionnel et conservateur respectivement), rendant le résultat moins robuste. Malgré ces limites méthodologiques, cette étude ouvre la discussion à une alternative thérapeutique au drainage pour le pneumothorax primaire spontané.

L'ajout de furosémide et/ou d'un supplément de sel à la restriction hydrique ne semble pas améliorer la correction de la natrémie dans le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (ADH)

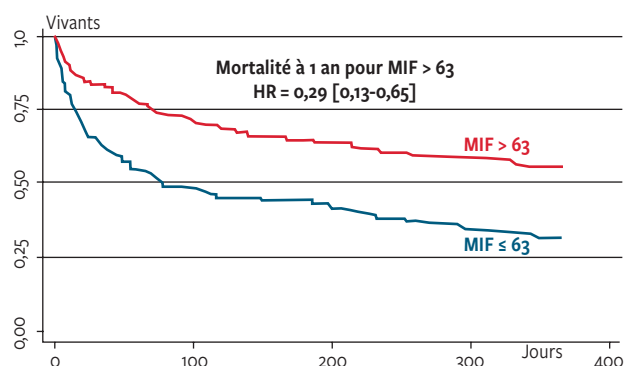
L'hyponatémie sur syndrome de sécrétion inappropriée d'ADH (SIADH) est fréquente. Cette année, la première étude randomisée concernant son traitement a été publiée.¹⁴ Nonante-deux participants hospitalisés avec une natrémie < 130 mmol/l sur SIADH ont été randomisés en 3 groupes, sans aveugle: 1) restriction hydrique (RH) seule, 2) RH et furosémide 20 à 40 mg 1 fois/jour, 3) RH, furosémide et comprimés de sels (1 g 3 fois/jour, soit 51 mEq/jour). Le degré de RH était déterminé par le gradient de Furst: ($\text{Na}_{\text{urine}} + \text{K}_{\text{urine}} / \text{Na}_{\text{serum}}$), avec une RH extrêmement stricte à < 500 ml/jour en cas de gradient < 1 , et < 1000 ml/jour pour les autres patients. Il n'y a pas de différence entre les groupes dans l'augmentation de la natrémie, la vitesse de correction, ni dans le pourcentage de patients dont la natrémie se corrige à J4 et J28. L'incidence d'hypokaliémie ($p = 0,01$) et d'IRA ($p = 0,07$) était augmentée dans les groupes 2 et 3. Plusieurs limitations sont à signaler: d'abord, le nombre de patients perdus de vue excède la limite de 5% anticipée, réduisant la puissance de l'étude. Ensuite, compte tenu de la demi-vie du furosémide, le choix de l'administrer 1 fois par jour est critiquable. On relève que l'adhérence globale à la RH de 63% chute à 43% pour la RH < 500 ml/jour, ce qui éclaire la pratique. Cette étude, bien qu'imparfaite, ouvre la voie vers de futurs essais pour répondre à ces questions de pratique quotidienne.

Pour le traitement de l'état confusionnel aigu à l'hôpital, l'évidence contre l'utilisation systématique d'antipsychotiques est renforcée

L'état confusionnel aigu (ECA) est un problème fréquent en médecine hospitalière. Une revue systématique et méta-analyse, incluant 16 essais cliniques randomisés (1768 patients) et 10 études observationnelles (3839 patients), a évalué l'efficacité et la sécurité des neuroleptiques de première ou deuxième génération comparés au placebo pour le traitement de l'ECA chez des adultes hospitalisés dans des unités post-opératoires, de médecine interne, intensive ou palliative.¹⁵ Parmi les issues analysées, il faut relever l'absence d'impact de l'halopéridol sur la mortalité (RR: 0,98; IC 95%: 0,75-1,27;

FIG 1 Relation entre le score MIF et la mortalité

Survie à 1 an après admission en unité de soins intermédiaires selon la mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF).



(Adaptée de réf. 16).

4 Randomized Controlled Trial (RCT); 1087 patients; faible risque de biais), la durée des symptômes ou du séjour hospitalier (3 RCT; 808 patients; niveau d'évidence modéré), comparé au placebo ou au traitement non pharmacologique. Il n'y avait pas plus de complications neurologiques mais le niveau d'évidence était faible et une tendance non significative à plus de complications cardiaques sous neuroleptiques. Les complications et la mortalité sous neuroleptiques étaient plus élevées en soins palliatifs. Cette meta-analyse renforce l'évidence en défaveur de l'utilisation systématique d'antipsychotiques pour le traitement de l'ECA à l'hôpital, sans mettre en évidence de signal fort en termes de complications hors soins palliatifs. La place des antipsychotiques pour améliorer le confort des patients et leur prise en charge dans cette indication reste à évaluer dans des études bien menées à plus large échelle.

MÉDECINE INTERNE ET PATIENTS ÂGÉS CRITIQUES

La fonctionnalité évaluée par la mesure d'indépendance fonctionnelle pourrait être un outil d'aide à la décision pour l'admission aux soins intermédiaires des patients âgés critiques

Les situations cliniques critiques hémodynamiques, septiques ou respiratoires sont un défi dans la population âgée et les décisions d'admission en unité de soins intermédiaires (U-IMC)

sont difficiles. La fonctionnalité pourrait être utile comme intégrateur de nombreux facteurs ayant un impact pronostique. La mesure d'indépendance fonctionnelle (MIF) évalue 18 items de fonctionnalité, cotés de 1 à 7, avec un score allant de 18 (dépendance totale) à 126 (indépendance totale). Une étude rétrospective sur 345 patients de 75 ans et plus a montré une association entre MIF mesurée dans les 7 jours précédant l'admission en U-IMC et mortalité à 1 an avec un HR de 0,29 [0,13-0,65] en analyse multivariée pour les patients avec une MIF > 63 (figure 1).¹⁶ Cette association était significative dès 28 jours avec 17 versus 35% de mortalité, $p < 0,0001$. Parmi les autres facteurs étudiés, l'âge, le mini mental state (MMS), l'urée et l'albumine étaient associés à la mortalité en analyse univariée, mais seule l'urée y est restée associée en multivariée. La MIF pourrait constituer un outil d'aide à la décision d'admission en U-IMC pour les patients âgés.

Les scores de fragilité pourraient devenir un outil d'aide à la décision pour l'établissement des projets de soins anticipés des patients hospitalisés

Malgré un délai de réanimation court, les patients présentant un arrêt cardiorespiratoire (ACR) intrahospitalier ont un devenir sombre avec uniquement 1 survivant sur 5 à la sortie de l'hôpital. Dans une étude de cohorte rétrospective monocentrique anglaise comportant 179 ACR chez des adultes hospitalisés (> 16 ans), la proportion de patients vivants à la sortie de l'hôpital était de 31,7% contre moins de 2% si la valeur de l'échelle de fragilité clinique (Clinical Frailty Scale (CFS)) était respectivement ≤ 5 et > 5 (témoignant d'une dépendance modérée dans les activités de la vie quotidienne). Le résultat demeurait significatif dans l'analyse multivariée comportant l'âge et le rythme en cause dans l'ACR.¹⁷ Dans une autre étude de cohorte rétrospective successive incluant 90 ACR chez des adultes âgés (> 60 ans), aucun patient avec un score CFS > 4 (dépendance légère, par exemple pour les transports et les repas) n'était vivant à la sortie.¹⁸

Bien qu'étudiés dans des cohortes monocentriques rétrospectives, les scores de fragilité pourraient devenir un outil essentiel dans les projets de soins anticipés des patients hospitalisés.

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

1 Larsson SC, Drca N, Wolk A. Alcohol consumption and risk of atrial fibrillation: a prospective study and dose-response meta-analysis. *J Am Coll Cardiol* 2014;64:281-9.

2 ** Voskoboinik A, Kalman JM, De Silva A, et al. Alcohol Abstinence in Drinkers with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2020;382:20-8.

3 ** Kirchhof P, Camm AJ, Goette A, et al. Early Rhythm-Control Therapy in Patients with Atrial Fibrillation. *N Engl J Med* 2020;383:1305-16.

4 * Timal RJ, Kooiman J, Sijpkens YWJ, et al. Effect of No Prehydration vs Sodium Bicarbonate Prehydration Prior to Contrast-Enhanced Computed Tomography in the Prevention of Postcontrast

Acute Kidney Injury in Adults With Chronic Kidney Disease: The Kompas Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med* 2020;180:533-41.

5 ** Heerspink HJL, Stefánsson BV, Correa-Rotter R, et al. Dapagliflozin in Patients with Chronic Kidney Disease. *N Engl J Med* 2020;383:1436-46.

6 ** Von Dach E, Albrich WC, Brunel AS, et al. Effect of C-Reactive Protein-Guided Antibiotic Treatment Duration, 7-Day Treatment, or 14-Day Treatment on 30-Day Clinical Failure Rate in Patients With Uncomplicated Gram-Negative Bacteremia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;323:2160-9.

7 Rybak M, Lomaestro B, Rotschafer JC, et al. Therapeutic monitoring of

vancomycin in adult patients: a consensus review of the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Am J Health Syst Pharm* 2009;66:82-98.

8 O'Donnell JN, Rhodes NJ, Lodise TP, et al. 24-Hour Pharmacokinetic Relationships for Vancomycin and Novel Urinary Biomarkers of Acute Kidney Injury. *Antimicrob Agents Chemother* 2017;61:e00416-7.

9 ** Flannery AH, Bissell BD, Bastin MT, Morris PE, Neyra JA. Continuous Versus Intermittent Infusion of Vancomycin and the Risk of Acute Kidney Injury in Critically Ill Adults: A Systematic Review

and Meta-Analysis. *Crit Care Med* 2020;48:912-8.

10 Drouet M, Chai F, Barthélémy C, et al. Influence of vancomycin infusion methods on endothelial cell toxicity. *Antimicrob Agents Chemother* 2015;59:930-4.

11 ** Bangalore S, Maron DJ, O'Brien SM, et al. Management of Coronary Disease in Patients with Advanced Kidney Disease. *N Engl J Med* 2020;382:1608-18.

12 ** Kim BK, Hong SJ, Cho YH, et al. Effect of Ticagrelor Monotherapy vs Ticagrelor With Aspirin on Major Bleeding and Cardiovascular Events in Patients With Acute Coronary Syndrome: The TICO Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;323:2407-16.

13 * Brown SGA, Ball EL, Perrin K, et al. Conservative versus Interventional Treatment for Spontaneous Pneumothorax. *N Engl J Med* 2020;382:405-15.
14 * Krisanapan P, Vongsanin S, Pin-On P, Ruengorn C, Noppakun K. Efficacy of Furosemide, Oral Sodium Chloride, and Fluid Restriction for Treatment of Syndrome of Inappropriate

Antidiuresis (SIAD): An Open-label Randomized Controlled Study (The EFFUSE-FLUID Trial). *Am J Kidney Dis* 2020;76:203-12.
15 * Nikooie R, Neufeld KJ, Oh ES, et al. Antipsychotics for Treating Delirium in Hospitalized Adults: A Systematic Review. *Ann Intern Med* 2019;171:485-95.
16 * D'Andrea A, Le Peillet D, Fassier T,

et al. Functional Independence Measure score is associated with mortality in critically ill elderly patients admitted to an intermediate care unit. *BMC Geriatr* 2020;20:334.
17 * Wharton C, King E, MacDuff A. Frailty is associated with adverse outcome from in-hospital cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*

2019;143:208-11.
18 Ibitoye SE, Rawlinson S, Cavanagh A, Phillips V, Shipway DJH. Frailty status predicts futility of cardiopulmonary resuscitation in older adults. *Age Ageing* 2020;afaa104.

* à lire
** à lire absolument

L'année 2020 mise en perspective par les internistes hospitaliers

DARIA SOLARI^a, TANIA SOCCORSI^a, VANESSA CHRISTE^a, CHRISTOPHE COUCKE^a, DOMINIQUE DUMAS^a, AURÉLIE KING^a, Dre VIRGINIE MOULIN^a, DAMIANO PONGAN^a, Dr DARYOUSH SAMIM^a, GIAN-MARCO STAMM^a, MINH KHOA TRUONG^a et Pr OLIVIER LAMY^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 130-5

L'année 2020 a vu de notables progrès dans tous les domaines de la médecine interne, avec un impact important sur notre pratique quotidienne. Du passage à une antibiothérapie orale dans l'endocardite infectieuse, aux nouvelles indications pour l'apixaban, les inhibiteurs du SGLT2 (sodium-glucose co-transporteur de type 2) et les macrolides en passant par la dénervation rénale dans l'hypertension artérielle, la ponction d'ascite et les changements de critères diagnostiques de l'embolie pulmonaire, les nouveautés abondent dans la littérature. Chaque année, les chefs de clinique du Service de médecine interne du CHUV se réunissent pour partager leurs lectures: voici une sélection de onze articles choisis, revus et commentés pour vous.

The Internal medicine articles that struck us the most in 2020

2020 has continued to bring important progress in all areas of internal medicine, impacting our daily practice. From a shift to oral stepdown antibiotics in infectious endocarditis, to new indications for apixaban, SGLT-2 inhibitors and macrolide antibiotics, passing by the catheter-based renal denervation in hypertension, early paracentesis in cirrhosis and new diagnostic criteria in pulmonary embolism, internal medicine journals are full of novelties. Every year, the chief residents of internal medicine at the Swiss University Hospital of Lausanne meet up to share their readings: here is their selection of eleven articles, summarized and commented for you.

GASTROENTÉROLOGIE

Une endoscopie urgente pour un patient avec une hémorragie digestive haute n'améliore pas la survie

Une gastroscopie (OGD) est recommandée dans les 24 heures suivant une hémorragie digestive haute. Les bénéfices à la réaliser dans un délai plus court chez les patients à haut risque de récurrence et/ou de décès ne sont pas connus. Cette étude¹ randomisée a comparé le devenir des patients à haut risque (score de Glasgow-Blatchford ≥ 12) lorsqu'ils bénéficiaient d'une OGD dans les 6 heures après consultation spécialisée et dans les 6 à 24 heures. La gastroscopie urgente ne diminue ni la mortalité ni la récurrence de saignement à 30 jours. Il n'y a pas de différence significative sur la durée d'hospitalisation, les

transfusions sanguines ou le recours à une embolisation ou chirurgie. Finalement, du fait de l'administration d'inhibiteurs de la pompe à protons à haute dose avant le geste, la gastroscopie après 6 heures diminuerait le recours à une hémostase endoscopique.

Commentaire: Chez des patients avec hémorragie digestive haute à haut risque de complication, la réalisation d'une gastroscopie dans les 6 heures ne diminue ni la mortalité ni la récurrence de saignement à 30 jours. Il semblerait même qu'une endoscopie 6 à 24 heures après consultation spécialisée diminue le recours à un traitement hémostatique endoscopique.

Une ponction d'ascite dans les 24 heures améliore la survie des patients cirrhotiques

Les *guidelines* recommandent une paracentèse chez les patients hospitalisés présentant une ascite. Le lien entre ponction d'ascite dans les 24 premières heures et leur devenir n'est pas connu. Cette étude² rétrospective a analysé les dossiers de 75 462 patients avec ascite à l'admission chez qui une paracentèse a été réalisée. 37% d'entre eux étaient à haut risque de développer une péritonite bactérienne spontanée (PBS). Indépendamment du risque, si la ponction était précoce, la mortalité hospitalière et les réadmissions à 30 jours étaient significativement réduites. La mortalité liée à une PBS était également diminuée, la paracentèse précoce permettant d'introduire un traitement approprié. À noter, dans cette étude, que la ponction d'ascite précoce était moins souvent réalisée chez les patients à haut risque de PBS.

Commentaire: Une ponction d'ascite dans les 24 heures après l'hospitalisation d'un patient avec une cirrhose, qu'il soit à haut risque de PBS ou non, améliore le pronostic et tend à diminuer les réadmissions.

CARDIOLOGIE

Le prasugrel plus efficace que le ticagrélor dans le syndrome coronarien aigu

La double antiagrégation plaquettaire est le traitement standard d'un syndrome coronarien aigu (SCA). Le prasugrel (Efient) et le ticagrélor (Brilique) fournissent une meilleure inhibition plaquettaire que le clopidogrel. Cependant, aucune étude n'a comparé l'efficacité de ces deux traitements chez les patients

^aService de médecine interne, CHUV, 1011 Lausanne
daria.solari@chuv.ch | tania.soccorsi@chuv.ch | vanessa.christe@chuv.ch
christophe.coucke@chuv.ch | dominique.dumas@chuv.ch
aurelie.king@chuv.ch | virginie.moulin@chuv.ch | damiano.pongan@chuv.ch
daryoush.samim@chuv.ch | gian-marco.stamm@chuv.ch
minh-khoa.truong@chuv.ch | olivier.lamy@chuv.ch

avec SCA pour lesquels une évaluation invasive est prévue. Dans cet essai clinique³ ouvert, multicentrique, 4018 patients avec SCA chez qui une coronarographie était prévue, ont été randomisés en un groupe prasugrel ou ticagrélor. L'incidence des décès, des infarctus du myocarde et des AVC à un an était significativement plus basse chez les patients du groupe prasugrel, sans différence sur la survenue de saignements majeurs.

Commentaire: Parmi les patients qui présentent un SCA avec ou sans élévation du segment ST, l'incidence des décès, des infarctus du myocarde et des AVC est significativement plus faible sous prasugrel comparé au ticagrélor, et ceci sans augmentation des saignements majeurs.

Inhibiteurs du SGLT2 dans l'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale

Plusieurs études concernant les inhibiteurs du sodium-glucose co-transporteur de type 2 (SGLT2) ont montré, en plus de l'effet néphroprotecteur, une réduction de la mortalité et des hospitalisations pour insuffisance cardiaque chez les patients diabétiques de type 2. L'étude DAPA-HF a montré un bénéfice également chez les patients avec insuffisance cardiaque à fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) réduite (HFrEF) indépendamment de la présence d'un diabète. La dapagliflozine (Forxiga) a été approuvée par la Food and Drug Administration pour le traitement de la HFrEF. Cet essai⁴ de phase III a randomisé 3730 patients avec une FEVG $\leq 40\%$ en classe NYHA \geq II (New York Heart Association) pour recevoir, en plus du traitement standard recommandé, l'empagliflozine (Jardiance) ou un placebo. Le suivi médian a été de 16 mois. L'association d'un inhibiteur du SGLT2 a permis de diminuer les événements primaires composites (mortalité cardiovasculaire et hospitalisation pour décompensation cardiaque) de 25%. L'effet observé était principalement lié à la diminution des hospitalisations pour décompensation cardiaque. Relevons également une réduction du déclin de la fonction rénale dans le groupe empagliflozine.

Commentaire: Cette étude confirme le bénéfice des inhibiteurs du SGLT2 chez les patients avec HFrEF. L'absence de bénéfice sur la mortalité cardiovasculaire, démontrée dans l'essai DAPA-HF (patients avec une FEVG moins sévèrement diminuée), motivera des études ultérieures.

URGENCES

Des D-dimères < 1000 ng/ml chez les patients à faible risque peuvent exclure une embolie pulmonaire

Le score de Wells stratifie la probabilité clinique pré-test (C-PTP) d'avoir une embolie pulmonaire. Des D-dimères < 500 ng/ml ont une valeur prédictive négative élevée. En présence d'une faible C-PTP et de D-dimères < 500 ng/ml, l'embolie pulmonaire peut être exclue. L'étude prospective PEGED⁵ a évalué la fiabilité d'exclure une embolie pulmonaire chez des patients avec faible C-PTP et D-dimères < 1000 ng/ml et chez ceux avec C-PTP modérée et D-dimères < 500 ng/ml. Les femmes

enceintes ont été exclues de l'étude. Tous les patients ont été suivis pendant 3 mois. Sur les 1325 patients avec C-PTP faible (1285 patients) ou C-PTP modérée (40 patients) et des D-dimères < 1000 ou < 500 ng/ml, respectivement, aucun n'a présenté un événement thromboembolique lors du suivi.

Commentaire: Une embolie pulmonaire peut être exclue chez des patients avec faible C-PTP et D-dimères < 1000 ng/ml. L'approche proposée entraînerait une réduction du recours au CT thoracique de 34% par rapport à la stratégie standard et une réduction modérée par rapport aux D-dimères ajustés à l'âge (stratégie YEARS).

HÉMATOLOGIE

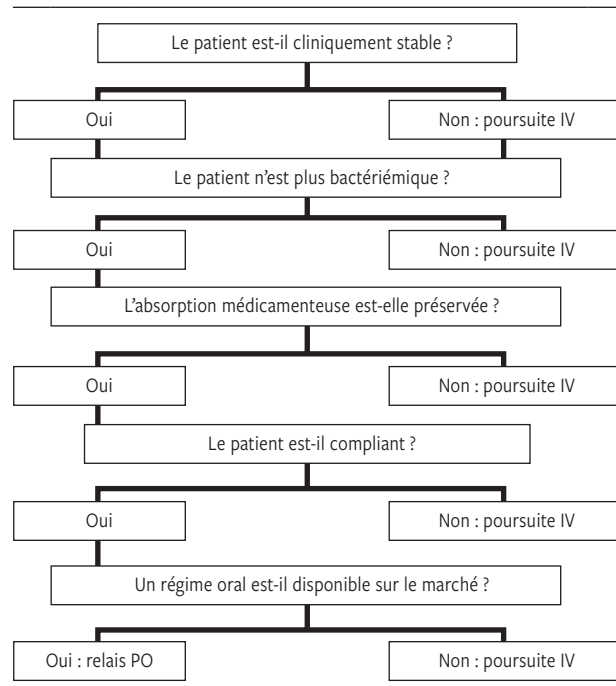
Apixaban pour traiter la maladie thromboembolique veineuse associée au cancer

Bien que les héparines de bas poids moléculaire (HBPM) restent le traitement de choix de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) chez les patients atteints de cancer, plusieurs sociétés savantes envisagent désormais l'utilisation des anticoagulants oraux directs (AOD). Après les études HOKUSAI-VTE cancer et SELECT-D comparant la daltéparine (Fragmin) à l'édoxaban (Lixiana) et au rivaroxaban (Xarelto) respectivement, c'est au tour de l'étude CARAVAGGIO⁶ de démontrer l'efficacité de l'apixaban (Eliquis). Cet essai prospectif de non-infériorité a inclus 1155 patients atteints de cancer avec MTEV, et suivis 6 mois. 32/576 (5,6%) patients traités par apixaban et 46/579 (7,9%) traités par daltéparine (Hazard Ratio

FIG 1 Traitement oral de l'endocardite infectieuse

Algorithme proposé pour le relais d'une antibiothérapie intraveineuse (IV) par une antibiothérapie orale (PO) dans l'endocardite infectieuse.

IV: intraveineuse; PO: per os.



(HR): 0,63; intervalle de confiance (IC) 95%: 0,37-1,07) ont eu une récurrence de MTEV. La différence de risque répond aux critères de non-infériorité ($p < 0,001$) mais pas de supériorité ($p = 0,09$). Contrairement à HOKUSAI-VTE cancer et SELECT-D, le risque de saignement majeur, notamment du tractus digestif, était similaire dans les deux groupes.

Commentaire: L'étude CARAVAGGIO confirme la non-infériorité des AOD pour traiter la MTEV chez le sujet oncologique. L'apixaban pourrait être administré aux patients atteints d'un cancer gastro-intestinal. La prescription des AOD doit tenir compte des autres médicaments (inhibiteurs du cytochrome P450 3A4 (CYP3A4) et de la glycoprotéine P) et de tout état clinique pouvant modifier l'absorption ou l'élimination des AOD.

PNEUMOLOGIE

Utilité des macrolides dans le traitement des bronchiectasies non liées à la mucoviscidose

L'European Respiratory Society recommande l'utilisation des macrolides chez les patients avec bronchiectasies et ≥ 3 exacerbations par an: en deuxième ligne après les antibiotiques inhalés en cas de colonisation par *Pseudomonas aeruginosa* et en première ligne en l'absence de colonisation. Une méta-analyse⁷ a comparé l'administration de macrolides (azithromycine ou érythromycine) au placebo chez 341 patients avec des bronchiectasies non liées à la mucoviscidose sur une durée de 6 à 12 mois. Les résultats montrent une diminution des exacerbations (HR: 0,49; $p < 0,0001$), une augmentation du délai jusqu'à la première exacerbation (HR: 0,46; $p < 0,0001$) et une amélioration de la qualité de vie sans modifier significativement le volume expiratoire maximal par seconde (VEMS). Les analyses de sous-groupes ont retrouvé ces mêmes bénéfices chez les patients colonisés par *P. aeruginosa* lorsqu'ils sont utilisés en première ligne, ainsi que chez les individus non colonisés avec < 3 exacerbations annuelles.

Commentaire: La prescription de macrolides au long cours diminue la fréquence des exacerbations de bronchiectasies. Leur indication comme traitement de première ligne devrait être discutée chez tout patient avec bronchiectasies, indépendamment de la fréquence des exacerbations et de la colonisation par *P. aeruginosa*.

Traitement de l'hypertension dans la bronchopneumopathie chronique obstructive

L'HTA et la BPCO sont des facteurs de risque cardiovasculaires indépendants. L'HTA est la comorbidité la plus fréquente chez les patients avec BPCO. Cette revue⁸ évalue les bénéfices et les risques des différentes classes d'antihypertenseurs chez les patients avec BPCO. Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA) atténuent l'inflammation des artères pulmonaires et auraient de ce fait des effets positifs sur les échanges gazeux. De plus, par un renforcement de la musculature pulmonaire, les IECA présenteraient un bénéfice lors de la réadaptation pulmonaire. Des études observationnelles suggèrent pour les anticalciques une diminution de la mortalité en cas d'administration lors d'insuffisance cardiaque droite associée. Parmi les diurétiques, les thiazidiques n'altèrent pas les fonctions pulmonaires et ne sont pas associés à un plus grand nombre d'exacerbations. Les diurétiques de l'anse sont associés à un risque d'hypernatrémie et d'hypercapnie. Les bêtabloquants, surtout non cardiosélectifs, sont associés à un risque de bronchospasme; ils ne devraient être choisis qu'en cas d'insuffisance cardiaque concomitante.

Commentaire: Le traitement de choix en cas d'HTA chez les patients avec BPCO inclut les IECA, les ARA, les anticalciques et les thiazidiques (tableau 1).

TABEAU 1 Antihypertenseurs et BPCO: une approche pratique

↑: augmentation; ↓: diminution; ARA: antagonistes du récepteur de l'angiotensine; FEVG: fraction d'éjection du ventricule gauche; IC: insuffisance cardiaque; IECA: inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; IM: infarctus myocardique.

Classes	Généralités	Considérations liées à la maladie	Considérations liées au médicament
Thiazidiques	Traitement de première ligne	↓ hospitalisations pour exacerbation de BPCO ou pour décompensation cardiaque	Pas d'évidence d'une inhibition du drive respiratoire ou d'une aggravation des troubles acido-basiques Suivre la kaliémie
Diurétiques de l'anse	Si IC à FEVG réduite associée	↑ du risque d'hypernatrémie, d'hypercapnie et d'hospitalisations pour exacerbation	↑ du risque d'hypocalcémie surtout si associé aux glucocorticoïdes
IECA	Traitement de première ligne	↓ de la mortalité chez les patients hospitalisés pour exacerbation de BPCO	↑ de la toux Suivre la kaliémie
ARA	Traitement de première ligne	Bien tolérés chez les patients avec une BPCO stade III-IV	Suivre la kaliémie
Anticalciques	Traitement de première ligne	↓ de la mortalité chez les patients avec IC droite	Pas de surveillance nécessaire
Bêtabloquants	Si IC à FEVG réduite associée, IM récent, angor	↑ du bronchospasme (non cardiosélectifs > cardiosélectifs)	Favoriser les bêtabloquants cardiosélectifs au plus faible dosage

NÉPHROLOGIE

Efficacité de la dénervation rénale en l'absence de traitement antihypertenseur

La dénervation rénale diminue l'activité sympathique et ainsi la pression artérielle. L'étude SPYRAL Pivotal⁹, randomisée et contrôlée, a étudié l'efficacité de cette technique chez des patients avec une TA systolique mesurée au cabinet entre 150 et 180 mm Hg non préalablement traitée par un antihypertenseur. Les patients ont été randomisés en deux groupes, l'un bénéficiant du cathétérisme avec dénervation rénale (n = 166) et l'autre d'une procédure factice similaire (n = 165). Trois mois après la dénervation, on retrouve une réduction significative des TA systoliques mesurées sur 24 heures (-3,9 mm Hg) et des TA systoliques mesurées au cabinet (-6,5 mm Hg). Avec un seul événement indésirable majeur dans chaque groupe, la procédure reste sûre.

Commentaire: La dénervation rénale diminue la tension artérielle à 3 mois en l'absence de médicaments antihypertenseurs administrés au préalable. Cet essai sera poursuivi 3 ans. À noter qu'un essai dans une population traitée est en cours (NCT02439749).

MALADIES INFECTIEUSES

Antibiothérapie orale pour le traitement de l'endocardite infectieuse

L'effet bactéricide est lié aux propriétés intrinsèques d'un antibiotique ainsi qu'à son taux pic. Une revue de littérature,¹⁰

rassemblant 21 études observationnelles et 3 études randomisées et contrôlées, montre qu'un relais oral précoce est aussi efficace qu'une antibiothérapie exclusivement intraveineuse pour traiter l'endocardite infectieuse. Le **tableau 2** résume les résultats des 6 principales études analysées. Un algorithme proposé par les auteurs est détaillé dans la **figure 1**. Les données actuelles ne permettent pas de tirer des conclusions sur la nécessité et la durée de l'antibiothérapie IV initiale.

Commentaire: L'utilisation d'antibiotiques avec une bonne biodisponibilité orale devrait être intégrée lors de la prise en charge d'une endocardite, notamment si le patient est stable, fait preuve d'une bonne compliance et si l'absorption digestive est préservée. Le patient ne doit plus être bactériémique.

L'algorithme de prise en charge SEP-1 réduit-il la mortalité des patients présentant un sepsis «acquis en communauté» ou «intra-hospitalier»?

L'algorithme de prise en charge SEP-1 (Early Management Bundle for Severe Sepsis/Septic Shock) regroupe 7 critères (**tableau 3**). Cette étude de cohorte rétrospective,¹¹ incluant 6404 patients remplissant les critères «sepsis-3», n'a montré aucune différence de mortalité chez les patients soignés en suivant l'algorithme SEP-1, que ce soit lors d'un sepsis acquis en communauté (différence de mortalité absolue -0,07%) ou lors d'un sepsis développé à l'hôpital (différence de mortalité absolue -0,42%). L'administration précoce d'antibiotiques à

TABLEAU 2 Récapitulatif simplifié des études traitant de l'antibiothérapie dans l'endocardite

Tableau récapitulatif simplifié des 3 études non randomisées et contrôlées et des 3 études randomisées et contrôlées principales comparant un relais avec une antibiothérapie PO vs une antibiothérapie exclusivement IV dans le traitement de l'endocardite infectieuse. Les résultats sont exprimés en Nb/Nb total (%).

^a Le total des informations peut dépasser le nombre N, car il peut y avoir chevauchement des données (entre endocardite droite, gauche et la présence d'un dispositif intracardiaque ou un pacemaker), mais des données supplémentaires détaillées ne sont pas disponibles.

^b Les détails concernant le chevauchement entre endocardite droite, gauche et la présence d'un dispositif intracardiaque ou un pacemaker ne sont pas mieux spécifiés. IV: intraveineux, PM: pacemaker, PO: per os, VS: versus.

Source Design	Méthode et résultats ^a	Mortalité	
		PO	IV
Stamboulia 1991 Randomisée	N = 30, endocardite gauche à streptocoques. 4 semaines de ceftriaxone IV vs 2 semaines de ceftriaxone IV + 2 semaines d'amoxicilline PO Suivi 3-6 mois	0 (0/15)	0 (0/15)
Heldman 1996 Randomisée	N = 93, toxicomanie IV, endocardite droite. 4 semaines de ciprofloxacine + rifampicine vs oxacilline ou vancomycine IV + gentamicine 5 jours 1 échec PO (non-compliance) vs 3 dans le groupe IV	0 (0/45)	0 (0/48)
Iversen 2019 Randomisée	N = 400, endocardite gauche, 108 valves prothétiques, 35 dispositifs intracardiaques 201 avec relais PO dès stabilité clinique (médiane 17 jours). Variété de régimes oraux combinés selon microbiologie. 6 mois: 9% d'échec PO vs 12% IV	3,5 (7/201)	6,5 (13/199)
Demonchy 2011 Cas-témoins	N = 66, 51 endocardites gauches, 8 endocardites droites (3 valves tricuspides, 3 fils de PM + valve tricuspide), 3 infections de PM, et 3 épisodes non mieux spécifiés 19 patients (12 endocardites gauches) avec relais PO (moyenne 18 jours). Variété de régimes oraux combinés selon microbiologie	0 (0/19)	21 (10/47)
Mzabi 2016 Cas-témoins	N = 426, 335 endocardites gauches, 27 endocardites droites, 100 valves prothétiques, 64 dispositifs intracardiaques. ^b Variété de régimes oraux selon microbiologie. 214 avec relais PO (21 jours) Rechute: 2/214 PO vs 9/212 IV	7,5 (16/214)	36 (76/212)
Tissot-Dupont 2019 Avant-après	N = 341, à <i>S. aureus</i> , 227 endocardites gauches, 67 endocardites droites, 77 valves prothétiques, 96 dispositifs intracardiaques. ^b 6 semaines IV (oxacilline ou vancomycine + gentamicine 5 jours) vs relais PO à 7 jours (triméthoprim-sulfaméthoxazole (TPM-SMX) + clindamycine IV 5 jours puis TPM-SMX PO 5 semaines) Suivi médian de 166 jours Rechute 4% PO vs 6% IV. Récurrence (autre micro-organisme): 3,5% PO vs 7% IV	30 jours: 7 (12/169) 166 jours: 19 (33/171)	30 jours: 14 (24/169) 166 jours: 30 (51/170)

TABLEAU 3

Prise en charge dans les 3 heures
suivant l'identification d'un sepsis

TAM: tension artérielle moyenne.

- Prélever des hémocultures
- Doser les lactates
- Administrer des antibiotiques à large spectre
- Procéder à une expansion volémique (30 ml/kg)
- ± suivi des lactates si ceux-ci sont élevés
- ± administration de vasopresseurs pour TAM > 65 mm Hg
- ± réévaluation de la perfusion tissulaire toutes les 6 heures jusqu'à normalisation de la lactatémie

large spectre (≤ 3 heures), pris isolément, était le seul item associé à un devenir favorable: diminution des jours passés sous vasopresseurs lors d'un sepsis acquis en communauté et de la mortalité lors d'un sepsis acquis à l'hôpital.

Commentaire: Il s'agit de la première étude à avoir distingué les patients avec un sepsis acquis en communauté ou à l'hôpital. L'algorithme dans son entier, ne s'associant pas à un meilleur devenir, devrait être révisé, tout en respectant la distinction de l'origine du sepsis (communauté versus acquis à l'hôpital).

CONCLUSION

Ces quelques publications ont retenu notre attention et devraient faire évoluer notre pratique quotidienne.

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

- 1 **Lau JYW, Yu Y, Tang RSY, et al. Timing of Endoscopy for Acute Upper Gastrointestinal Bleeding. *N Engl J Med* 2020;382:1299-308.
- 2 Rosenblatt R, Tafesh Z, Shen N et al. Early Paracentesis in High-Risk Hospitalized Patients Time for a New Quality Indicator. *Am J Gastroenterol* 2019;114:1863-9.
- 3 Schüpke S, Neumann FJ, Menichelli M, et al. Ticagrelor or Prasugrel in Patients with Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med* 2019;381:1524-34.
- 4 **Packer M, Anker SD, Butler J, et al. Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *N Engl J Med* 2020;383:1413-24.
- 5 *Kearon C, de Wit K, Parpia S, et al. Diagnosis of Pulmonary Embolism with D-Dimer Adjusted to Clinical Probability. *N Engl J Med* 2019;381:2125-34.
- 6 *Agnelli G, Becattini C, Meyer G, et al. Apixaban for the Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Cancer. *N Engl J Med* 2020; 382:1599-607.
- 7 **Chalmers JD, Boersma W, Loneragan M, et al. Long-term Macrolide Antibiotics for the Treatment of Bronchiectasis in Adults: An Individual

Participant Data Meta-Analysis. *Lancet Respir Med* 2019;7:845-54.

8 Finks SW, Pharm D, Rumbak MJ, et al. Treating Hypertension in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *N Engl J Med* 2020;382:353-63.

9 Böhm M, Kario K, Kandzari KE, et al. Efficacy of Catheter-Based Renal Denervation in the Absence of Antihypertensive Medications (SPYRAL HTN-OFF MED Pivotal): A Multicentre, Randomised, Sham-Controlled Trial. *Lancet* 2020;395:1444-51.

10 Spellberg B, Chambers HF, Musher DM, et al. Evaluation of a Paradigm Shift From Intravenous Antibiotics to Oral Step-Down Therapy for the Treatment of Infective Endocarditis A Narrative Review. *JAMA Intern Med* 2020;180:769-77.

11 Baghdadi JD, Brook RH, Uslan DZ, et al. Association of a Care Bundle for Early Sepsis Management With Mortality Among Patients With Hospital-Onset or Community-Onset Sepsis. *JAMA Intern Med* 2020;180:707-16.

* à lire

** à lire absolument

COGERIA: Coordination des soins de la personne âgée fragile

Dre MAYSSAM NEHME^a, ADRIEN BRON^b, Dr DIDIER CHÂTELAIN^c, Pr DINA ZEKRY^d, OLIVIER PERRIER-GROS-CLAUDE^e, JOEL GOLDSTEIN^f, SOPHIE COURVOISIER^g, Dr PHILIPPE VANDEPLAS^h, Dre LAURA DI POLLINAⁱ, Pr JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE^j, Pr IDRIS GUESSOUS^a et Dre AURÉLIE TAHAR CHAOUCHE^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 136-9

La Coordination des soins de la personne âgée fragile est un dispositif cantonal né d'une étroite collaboration entre la Direction générale de la santé et les grands partenaires de la santé et du social à Genève. Ce dispositif œuvre à améliorer la prise en charge interprofessionnelle autour des personnes âgées fragiles et à adapter leurs parcours de soins, en étroite collaboration avec les médecins traitants et les prestataires de soins à domicile. Lancé en mai 2019, le dispositif compte plus de 283 personnes incluses, avec 152 médecins traitants du réseau primaire en collaboration avec l'Institution genevoise de maintien à domicile, ainsi qu'une ouverture récente à tous les prestataires de soins dans les zones de la Servette et de Meyrin. Des résultats préliminaires mettent en évidence une possible tendance à une baisse d'hospitalisations ainsi qu'une grande satisfaction de la part des bénéficiaires et des partenaires.

COGERIA: coordination of care for the frail elderly

COGERIA, a cantonal program is the fruit of a close collaboration between the Geneva General Directorate of Health and the major health and social partners in the canton. The program aims to improve inter-professional care for the frail elderly and to adapt their care pathways in close collaboration with their primary care physicians and home healthcare providers. Launched in May 2019, the program includes more than 283 beneficiaries and 152 primary care physicians in collaboration with the home healthcare providers in the Servette and Meyrin areas. Preliminary results show a possible trend towards a decrease in hospitalizations, as well as major satisfaction from beneficiaries and the COGERIA partners.

INTRODUCTION

La Suisse, comme tous les pays du monde, n'échappe pas au vieillissement de sa population. L'augmentation de l'espérance de vie qui a atteint en 2019 86 ans pour les femmes et 82 ans

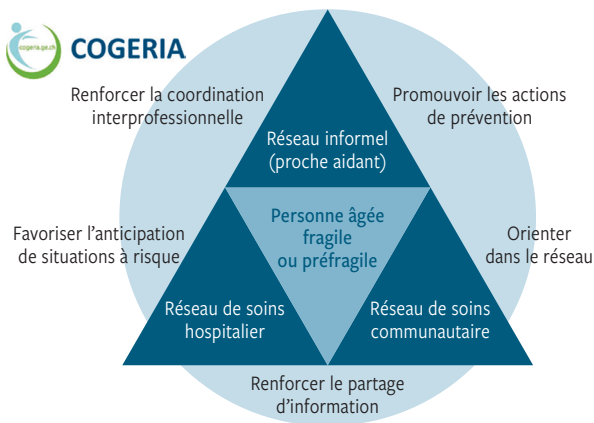
pour les hommes, associée à une diminution de la fécondité, concourent à cet effet.¹ Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), en 2019, les personnes de 65 ans et plus représentaient 18,7% de la population totale contre 6% en 2010.²

Avec l'avancée en âge, on note une augmentation des situations médico-psycho-sociales complexes et des besoins en soins qui grandissent.³ Couplés à des périodes d'événements stressants,⁴ les parcours de soins ambulatoires se complexifient, les intervenant-e-s peinent à se coordonner, les appels aux services d'urgences et les séjours hospitaliers se multiplient. Les médecins de premier recours ainsi que les services de soins à domicile doivent faire face à des patient-e-s de plus en plus âgés aux besoins complexes souhaitant souvent continuer à vivre à leur domicile. À l'instar de nos pays voisins, et notamment la France à travers son projet Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (PAERPA) déployé sur l'ensemble du territoire en 2016,⁵ la Direction générale de la santé, en collaboration avec les grands partenaires de santé et du service social à Genève, a mis en place en 2019 un dispositif de coordination des soins venant en appui aux acteur-trice-s de première ligne. Ce dispositif nommé COGERIA, qui est la version abrégée pour Coordination des soins de la personne âgée fragile, s'inscrit dans la politique du maintien à domicile déployée par le canton de Genève et vient compléter les offres du réseau de soins genevois.

HISTORIQUE DU DISPOSITIF COGERIA

Le département de la sécurité, de l'emploi et de la santé (DSES) aspirait à améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles et de trouver une issue favorable sur la problématique des urgences gériatriques sur le canton de Genève. S'appuyant sur l'étude menée par les HUG, l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) et l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe)⁶ sur la diminution des hospitalisations non nécessaires et des passages aux urgences en suivant un modèle de soins intégrés, COGERIA a été lancé en mai 2019. Ce dispositif est le fruit d'une collaboration entre le DSES, les HUG, l'IMAD, l'AMGe, Genève-Médecins, l'association de Promotion des réseaux intégrés de soins aux malades (PRISM), Pro Senectute et l'association Alzheimer Genève (figure 1). S'adressant initialement aux patient-e-s de 65 ans et plus des zones de la Servette et de Meyrin, il est actuellement en phase de déploiement progressif sur tout le canton avec pour objectif de couvrir l'ensemble du territoire genevois en 2023. Le déploiement progressif se veut aussi inclusif avec une ouverture à l'ensemble des prestataires

^aService de médecine de premiers recours, HUG, 1211 Genève 14, ^bDirection générale de la santé, Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, État de Genève, 1207 Genève, ^cAssociation genevoise des médecins de famille internistes généralistes (AGeMIG), AMGe, 1205 Genève, ^dService de médecine interne de l'âge, HUG, 1211 Genève 14, ^eInstitution genevoise de maintien à domicile, 1227 Carouge, ^fPro Senectute Genève, 1227 Carouge, ^gAssociation Alzheimer Genève, 1204 Genève, ^hGenève-Médecins, 1227 Carouge, ⁱFA Gériatrie, 1206 Genève, ^jAssociation PRISM, 1204 Genève
mayssam.nehme@hcuge.ch | adrien.bron@etat.ge.ch | president@agemig.ch
dina.zekry@hcuge.ch | olivier.perrier-gros-claude@imad-ge.ch
joel.goldstein@ge.prosenectute.ch | sophie.courvoisier@alz-ge.ch
philippe.vandepas@geneve-medecins.ch | l.dipollina@helvetic-care.ch
jean-francois.balavoine@prism-ge.ch | idris.guessous@hcuge.ch
aurelie.tahar@hcuge.ch

FIG 1 Le réseau autour de la personne âgée fragile

de soins. Les personnes âgées préfragiles ou fragiles en sont la cible. En effet, le concept de fragilité défini par la Société française de gériatrie et gérontologie comme «un syndrome clinique reflétant une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress» augmente avec l'âge.⁷ Il s'agit d'un problème de santé publique majeur qui doit être dépisté dans un état précoce, étant potentiellement réversible.⁸ De plus, les personnes âgées pré-fragiles et fragiles sont davantage à risque de chutes, de déclin fonctionnel,⁹ d'institutionnalisation et d'hospitalisation,¹⁰ avec un impact considérable sur les coûts de la santé.¹¹

OBJECTIFS ET AXES DU DISPOSITIF

Le dispositif a été construit autour d'un objectif central, celui de garantir l'adéquation de l'orientation des personnes âgées, de limiter les passages aux urgences ainsi que de faciliter leur retour à domicile en favorisant les ressources ambulatoires en étroite collaboration avec les médecins traitants et les prestataires de soins à domicile.

Pour ce faire, il s'appuie sur différents axes dont :

- Le repérage des personnes âgées préfragiles, fragiles ou dépendantes.
- Le renforcement du maintien à domicile en favorisant les synergies interprofessionnelles entre les différent-e-s acteur-trice-s du réseau et en les soutenant dans la prise en charge des personnes âgées en situation de fragilité, de pré-fragilité et/ou de dépendance.
- L'optimisation du parcours de soins en évitant les ruptures de soins qui fragilisent le maintien à domicile. Le dispositif œuvre à sécuriser les sorties d'hospitalisation, à transmettre les informations utiles lors des hospitalisations ou passages aux urgences et à favoriser les hospitalisations programmées.
- L'amélioration de la coordination interprofessionnelle santé-sociale en favorisant le partage d'informations et en anticipant les conduites à tenir en cas de dégradation de l'état de santé.
- La promotion des actions de prévention afin de préserver l'autonomie et la qualité de vie des personnes âgées et de leurs aidant-e-s.

ENTRÉE DANS LE DISPOSITIF

L'entrée dans le dispositif se fait après détection des personnes âgées fragiles ou préfragiles et leur inscription sur le site cogeria.ge.ch.¹² Cette inscription peut être réalisée par tous-tes les intervenant-e-s des secteurs médicosociaux et sanitaires, par l'entourage proche de la personne âgée ainsi que par la personne elle-même. Le dépistage des personnes âgées fragiles ou préfragiles est laissé à l'appréciation de l'intervenant-e afin de répondre de manière pragmatique aux problématiques du terrain. En effet, pour être inclusif et devant l'absence de gold standard permettant de dépister la fragilité, plusieurs outils de dépistage sont proposés mais restent non obligatoires. Les prestataires de soins à domicile, autres que l'IMAD qui a l'habitude de le réaliser en routine, sont sensibilisé-e-s à utiliser leur évaluation Resident Assessment Instrument (RAI) quand disponible. Le RAI permet une évaluation globale et multidimensionnelle de la personne âgée afin d'identifier précocement les problèmes médicaux, fonctionnels ou sociaux, et évaluer les besoins en soins.¹³ Grâce à une étroite collaboration entre l'équipe de coordination COGERIA et l'hôpital des Trois-Chêne aux HUG, l'entrée dans le dispositif se fait aussi par le repérage des personnes âgées fragiles ou préfragiles lors d'une hospitalisation.

ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE DE COORDINATION

Après accord de la personne âgée et/ou des proches, et de son-sa médecin traitant, une évaluation gériatrique globale est réalisée à domicile par un-e infirmier-ère et un-e médecin de l'équipe de coordination de COGERIA. Celle-ci permet de rechercher les syndromes gériatriques et leurs facteurs favorisants, précipitants ou aggravants, d'identifier les ressources à disposition, et de recueillir les besoins et préférences de la personne âgée afin de définir ensemble les objectifs de prise en charge les plus pertinents et d'établir un plan de soins personnalisé. Lors de l'évaluation COGERIA à domicile, les patient-e-s sont également sensibilisé-e-s à la rédaction de leurs directives anticipées. Cette évaluation gériatrique est réalisée en concertation avec le réseau de la personne âgée et validée par le-la médecin traitant-e qui reste l'interlocuteur-trice médical-e privilégié-e du-de la patient-e et dont le rôle reste central dans la coordination et la définition des stratégies à mettre en place pour le suivi.

RENFORCEMENT DE LA COORDINATION/ COLLABORATION

Le plan de soins personnalisé qui comprend les recommandations faites à l'issue de l'évaluation, l'actualisation de la liste des traitements et les directives anticipées quand elles ont été rédigées est mis à disposition de l'ensemble des acteur-trice-s du réseau de la personne âgée par le biais d'une plateforme de partage. Cet outil de partage d'information est essentiel pour permettre une coordination efficace. En cas d'indisponibilité du-de la médecin traitant-e, les prestataires de soins, en fonction des symptômes, peuvent faire appel aux médecins de HUG@home,¹⁴ dispositif de télémedecine du Service de médecine de premier recours. Les prestataires de soins à domicile peuvent aussi faire appel à Genève-Médecins pour des consultations sur place. Les médecins de HUG@home et de Genève-Médecins

interviennent de manière coordonnée en ayant à leur disposition les informations pertinentes sur l'état de santé des patient-e-s à travers la plateforme de partage. L'équipe COGERIA offre également une permanence téléphonique pour orienter et informer les professionnel-le-s ou des aidant-e-s sur les ressources sanitaires et médico-psycho-sociales à disposition dans le canton.

SUIVI DES TRAJECTOIRES

Les personnes âgées fragiles ont souvent des trajectoires de soins complexes cumulant des consultations programmées chez plusieurs spécialistes, des consultations itératives de médecins intervenant à domicile en urgence et des hospitalisations. À ceci s'ajoute des événements de vie comme l'hospitalisation ou le décès d'un-e proche pouvant perturber l'équilibre et le maintien à domicile. Afin d'éviter la fragmentation des prises en charge et de renforcer le maintien à domicile, l'équipe de coordination suit attentivement et de manière proactive ces événements pour réadapter au plus près les prises en charge selon les besoins du moment.

Lors d'une hospitalisation, l'équipe de coordination de COGERIA sert de renfort à la communication entre les acteur-trice-s de soins intra et extrahospitaliers. Elle fait remonter les problématiques et besoins des patient-e-s et des intervenant-e-s, afin de permettre un renforcement de la collaboration et coordination interprofessionnelle. Elle s'assure également de l'adéquation entre les besoins et les aides mises en place lors du retour des patient-e-s à leur domicile et de la bonne coordination entre les différents acteur-trice-s. Afin de mieux répondre aux besoins individuels de la population, le dispositif a mis en place une adaptation du niveau de prestations selon le degré de fragilité (figure 2), tant au niveau du volet de la prévention que du suivi.

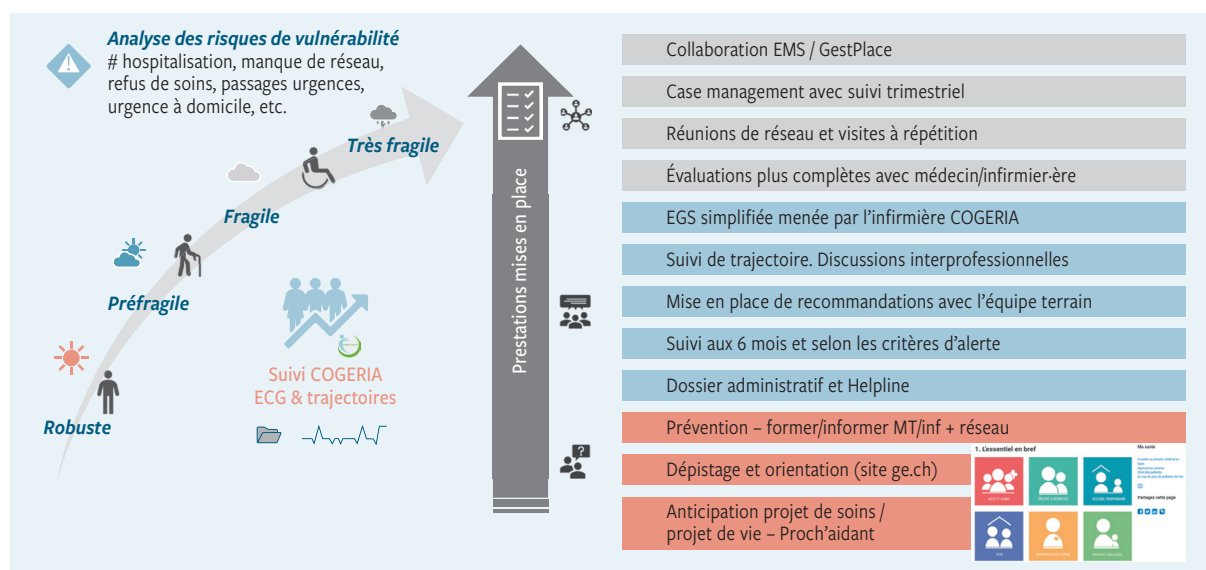
BILAN DE COGERIA APRÈS UNE ANNÉE

À un an de son déploiement, le dispositif COGERIA compte 283 personnes âgées incluses, avec 152 médecins traitants du réseau primaire en collaboration avec les infirmier-ère-s de l'IMAD, participant au dispositif ainsi qu'une ouverture depuis juillet 2020 à tous les prestataires de soins dans les zones de la Servette et de Meyrin. Ses points forts s'avèrent être surtout la coordination entre tous les partenaires, ainsi que l'engagement du dispositif d'un point de vue santé publique auprès des personnes âgées fragiles. Un soutien est apporté aux médecins en ville et prestataires de soins par la valorisation de leur travail en l'absence du-de la patient-e, alors que les structures tarifaires existantes le prennent en compte de façon sous-optimale. L'évaluation multidimensionnelle des besoins, menée de façon interprofessionnelle entre médecin, infirmier-ère et assistant-e social-e, est très bénéfique pour les patient-e-s et pour l'équipe terrain qui se retrouve avec un soutien pour la gestion des cas complexes mais aussi des ressources pratiques avec une orientation ciblée dans le réseau de soins. Le volet social de l'évaluation gériatrique et du suivi de la coordination est un atout majeur pour les personnes âgées qui, souvent, n'ont pas la possibilité de mener une vie en bonne santé sans soutien social.

Durant cette première phase, la volumétrie des personnes participant au dispositif et la durée de recul depuis le déploiement ne permettent pas encore de tracer des tendances. Cependant, les dernières données disponibles en Suisse mettent en évidence un taux d'hospitalisation annuel en 2018 de 26,5% pour les personnes entre 65 et 79 ans, et 45,9% pour les personnes de 80 ans et plus.¹⁵ Pour comparaison, le suivi de la cohorte de COGERIA sur l'année 2019-2020 met en évidence un taux d'hospitalisation de 22,9% et 39,6% respectivement (analyses préliminaires qui seront complétées à terme par une étude médico-économique).

FIG 2 Trajectoires COGERIA selon le degré de fragilité

COGERIA: Coordination des soins de la personne âgée fragile; EGS: évaluation gériatrique standardisée; EMS: établissements médicosociaux; GestPlace: application informatisée permettant la centralisation des demandes d'admission en EMS; Inf: infirmier-ère; MT: médecin traitant.



Une enquête de satisfaction auprès des patient-e-s et leurs soignant-e-s en juin 2020 a mis en évidence une satisfaction globale du dispositif ainsi que de l'évaluation gériatrique, de la coordination et de la disponibilité de l'équipe interprofessionnelle. L'utilité du dispositif est ressentie par les personnes âgées et les partenaires sur la qualité de vie et le maintien à domicile. Un des axes qui reste à améliorer est le soutien aux aidant-e-s et plus précisément le répit des proches. Une réflexion est toujours en cours entre les différents partenaires, notamment Pro Senectute et l'association Alzheimer Genève pour travailler cet axe.

CONCLUSION

Le vieillissement de la population nous impose d'adapter nos systèmes médicosociaux et sanitaires pour continuer à offrir des soins de qualité, financièrement fiables. Le défi est de permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible en bonne santé mais également d'offrir des soins intégrés basés sur les préférences et les besoins des personnes. Le vieillissement n'étant pas homogène, une personne robuste, préfragile, fragile ou dépendante n'aura pas les mêmes besoins au même âge. Il paraît indispensable pour une meilleure efficacité des systèmes d'adapter les prises en charge afin que chacun-e reçoive les soins et l'accompagnement adéquats, par le-la bon-ne professionnel-le, dans la bonne structure et au bon moment. Pour ce faire, la coordination entre les acteur-trice-s médicosociaux et sanitaires est nécessaire aussi bien pour le dépistage, l'évaluation, la prévention, l'adaptation des prestations à proposer ainsi que la mise en place et le suivi des

propositions. Le dispositif COGERIA renforce cette approche collaborative interprofessionnelle en promouvant une prise en charge intégrée et personnalisée. Il permet également de rendre plus visibles les services, dispositifs ou ressources existantes dans le canton à l'ensemble des partenaires du réseau médicosocial et aux bénéficiaires.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les personnes âgées préfragiles et fragiles sont plus à risque d'événements médicaux indésirables, notamment de passages aux urgences, d'hospitalisations qui rendent leur trajectoire de soins complexe
- Elles ont également des besoins médico-psycho-sociaux spécifiques faisant intervenir de nombreux-tes acteur-trice-s autour d'elles
- Pour une utilisation plus efficace des ressources à disposition, le renforcement de la coordination interprofessionnelle autour des personnes âgées préfragiles et fragiles est nécessaire
- Le dispositif COGERIA vient en soutien du réseau pour renforcer le maintien à domicile des patient-e-s préfragiles et fragiles en anticipant les situations à risque d'hospitalisation, en soutenant des actions de prévention, en sécurisant les retours à domicile après une hospitalisation et en favorisant le partage d'information entre les acteur-trice-s

1 Office fédéral de la statistique. Âge, état civil, nationalité. Disponible sur : www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/stand-entwicklung/alter-zivilstand-staatsangehoerigkeit.html
2 Office fédéral de la statistique. Espérance de vie. Disponible sur : www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/bevoelkerung/geburtentodesfaelle/lebenserwartung.html
3 **Busnel C, Marjollet L, Perrier-Gros-Claude O. Complexité des prises en soins à domicile : développement d'un outil d'évaluation infirmier et résultat d'une étude d'acceptabilité. Revue francophone internationale de recherche infirmière 2018;4:116-23.
4 **Busnel C, Perrier-Gros-Claude O, Ludwig C. Évaluer la fragilité dans les pratiques de soins : brefs rappels à la

lumière de la pandémie de Covid-19. Rev Med Suisse 2020;16:1316-8.
5 Ministère des Solidarités et de la Santé. Le dispositif Paerpa. Disponible sur : solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa
6 **Di Pollina L, Guessous I, Petoud V, et al. Integrated care at home reduces unnecessary hospitalizations of community-dwelling frail older adults: a prospective controlled trial. BMC Geriatr 2017;17:53.
7 **Lang PO, Michel JP, Zekry D. Frailty syndrome: a transitional state in a dynamic process. Gerontology 2009;55:539-49.
8 Cheng MH, Chang SF. Frailty as a Risk

Factor for Falls Among Community Dwelling People: Evidence From a Meta-Analysis. J Nurs Scholarsh 2017;49:529-36.
9 Kojima G. Frailty as a predictor of disabilities among community-dwelling older people: a systematic review and meta-analysis. Disabil Rehabil 2017;39:1897-908.
10 Kojima G. Frailty as a Predictor of Emergency Department Utilization among Community-Dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Am Med Dir Assoc 2019;20:103-5.
11 Bock JO, König HH, Brenner H, et al. Associations of frailty with health care costs—results of the ESTHER cohort study. BMC Health Serv Res 2016;16:128.
12 République et canton de Genève. COGERIA. Disponible sur : www.ge.ch/

dossier/cogeria
13 *Monod S, Hongler T, Castelli T, Clivaz-Luchez P, Büla C. Le Resident Assessment Instrument-Home-Care (RAI-Domicile) : ce que le médecin de premier recours doit savoir. Rev Med Suisse 2011;7:2176, 2178-83.
14 HUG, Service de médecine de premier recours. HUG@home. Disponible sur : www.hug.ch/medecine-premier-recours/hughome
15 Observatoire suisse de la santé. Taux d'hospitalisation dans les hôpitaux de soins aigus. Disponible sur : www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus

* à lire
** à lire absolument

Anticoagulation orale et insuffisance rénale chronique

Dre IONA BARRELET^a, Dr THOMAS MAVRAKANAS^a et Dr SEBASTIAN CARBALLO^a

Rev Med Suisse 2021; 17: 142-5

Les anticoagulants oraux directs (ACOD) présentent plusieurs avantages sur les antivitamines K, mais les données concernant leur utilisation en cas d'insuffisance rénale avancée restent rares. Le choix d'anticoaguler et celui de la molécule sont particulièrement ardues chez ces patients. En cas d'insuffisance rénale légère à modérée, les ACOD présentent un profil de sécurité et d'efficacité satisfaisant. En cas d'insuffisance rénale sévère, leur utilisation doit être prudente, avec une évaluation soigneuse des risques et bénéfices, et en adaptant la posologie. Chez les patients avec insuffisance rénale terminale, l'évidence est faible et suggère un rapport bénéfice/risque défavorable pour l'anticoagulation orale. La décision d'anticoaguler et le choix de la molécule nécessiteront une approche individualisée et une décision partagée avec le patient.

Oral anticoagulation in chronic kidney disease

Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants (NOAC) present several advantages over vitamin K antagonists, but data with respect to their use in patients with chronic kidney disease is limited. The decision to use oral anticoagulation as well as the choice of the molecule may be difficult in these patients. In patients with moderate kidney disease, NOACs appear to be safe and effective. In advanced kidney disease, they should be used with prudence, after careful assessment of risks and benefits, and at adapted doses. In end stage kidney disease, evidence is weak, suggesting an unfavourable risk benefit ratio. Prescription of oral anticoagulation in these patients has to be individualised in a shared decision making process.

INTRODUCTION

L'héparine et les antivitamines K (AVK) ont été pendant plusieurs décennies les seuls anticoagulants disponibles. Les années 2010 ont été marquées par l'émergence de nouveaux anticoagulants, les anticoagulants oraux directs (ACOD). Bien que nous disposions désormais d'un certain recul et de beaucoup de données de littérature sur ces molécules, celles concernant les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC) restent plus limitées.

La prévalence de l'IRC serait d'environ 10 à 15% de la population mondiale, mais varie en fonction de la définition utilisée, de la population étudiée, avec une prévalence plus importante chez les femmes et les personnes âgées, et en fonction des comorbidités.^{1,2} Chez les patients avec IRC, la question de

l'introduction d'une anticoagulation est un défi pour plusieurs raisons. Premièrement, on retrouve plus fréquemment dans cette population des maladies avec une indication théorique à l'anticoagulation, comme la fibrillation auriculaire (FA) dont la prévalence est augmentée. Deuxièmement, ces patients présentent un état procoagulable avec risque accru d'événements thromboemboliques veineux, de syndromes coronariens aigus, d'AVC, d'occlusions d'artère périphérique, parallèlement à un risque augmenté de saignement avec risque accru d'événements hémorragiques majeurs, voire fatals.³ Troisièmement, on note l'émergence d'un nouveau concept, la néphropathie aux anticoagulants, qui pourrait encore péjorer la fonction rénale de ces patients en cas d'anticoagulation.⁴ Si les bénéfices de l'anticoagulation pour diminuer les complications de la FA, par AVK et par ACOD, sont démontrés chez les patients avec une IRC légère à modérée, les données sont rares en cas d'IRC plus avancée (débit de filtration glomérulaire (DFG) estimée < 30 ml/min/1,73 m² ou patients dialysés).

La question du rapport bénéfice/risque de l'anticoagulation versus pas d'anticoagulation et des ACOD versus AVK se pose en fonction du stade de l'IRC, tout comme celle des adaptations posologiques des différents ACOD. Les diverses recommandations des sociétés savantes proposent des adaptations posologiques différentes en fonction des stades d'IRC. Cet article vise à résumer les inconvénients et avantages ainsi que la sécurité de l'utilisation des ACOD versus AVK dans cette population.

Il convient de préciser que dans la majorité des études sur les ACOD, le DFG est estimé selon la formule de Cockcroft-Gault. Par ailleurs, ces données s'appliquent à des situations stables et ne sont donc pas transposables en cas d'insuffisance rénale aiguë (IRA), nécessitant parfois un remplacement des ACOD par une anticoagulation parentérale adaptée.

ANTIVITAMINES K ET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

Les AVK ont été longtemps considérés comme des molécules de choix chez les patients atteints d'IRC, du fait de leur métabolisme principalement hépatique. Ils présentent cependant plusieurs désavantages, notamment une marge thérapeutique étroite, de nombreuses interactions médicamenteuses et alimentaires, ainsi qu'un début d'action lent.

De plus, le contrôle de l'anticoagulation est moins satisfaisant chez les patients atteints d'IRC, avec des INR (International Normalized Ratio) moins souvent dans les cibles thérapeutiques.⁵⁻⁷

^aService de médecine interne générale, HUG, 1211 Genève 14
iona.barrelet@hcuge.ch | thomas.mavrakanas@hcuge.ch
sebastian.carballo@hcuge.ch

ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS ET INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

L'usage des ACOD est de plus en plus répandu, notamment chez les patients avec IRC. Leur efficacité et leur sécurité sont bien documentées dans la population générale. Ils sont cependant tous en partie éliminés par les reins, à des degrés différents. La clairance rénale est de 80% pour le dabigatran, 27% pour l'apixaban, 50% pour l'édoxaban et 35% pour le rivaroxaban.⁸ L'élimination rénale de ces médicaments peut être altérée de façon significative à partir d'une clairance de créatinine inférieure à 50 ml/min.

Si les ACOD ne nécessitent pas de monitoring, contrairement au Sintrom (acénocoumarol), il peut arriver dans certaines situations qu'il soit nécessaire d'évaluer leur concentration plasmatique (par exemple, patients à risque, poids extrêmes, récurrence d'événements thrombotiques ou hémorragiques, etc.). Le taux de prothrombine (TP) et le temps de thromboplastine (PTT) ne sont pas des méthodes fiables pour estimer l'efficacité du traitement. Un dosage plasmatique peut être réalisé, mais l'intervalle thérapeutique à viser n'est pas connu, et les recommandations sont basées sur les taux plasmatiques observés chez les sujets sains. Cela rend leur utilisation plus compliquée chez les patients avec une IRC avancée.

ANTICOAGULATION ET ATTEINTE RÉNALE DIRECTE

La néphropathie aux anticoagulants est un concept nouveau, d'abord décrit avec la prise d'AVK (néphropathie à la warfarine) puis élargi aux autres anticoagulants. L'hypothèse physiopathologique est qu'une anticoagulation supratherapeutique causerait une hémorragie glomérulaire significative entraînant une tubulopathie par obstruction des tubules rénaux par des globules rouges et des cylindres hématiques.⁴ Ce risque serait d'ailleurs augmenté chez les patients présentant déjà une atteinte rénale. En effet, les patients sous AVK atteints d'IRC auraient deux fois plus de risque de développer ce genre de lésions par rapport aux patients avec une fonction rénale normale.⁸

Yao et coll. rapportent dans une étude rétrospective sur une base de données américaine chez des patients anticoagulés pour une FA que les ACOD sont globalement associés avec de meilleures issues rénales à 2 ans que les AVK.⁹ En comparaison avec la warfarine, le rivaroxaban est associé à une diminution significative du risque de déclin du DFG (diminution de 30%), du doublement de la créatininémie et de la survenue d'une IRA (définie comme une hospitalisation ou une visite aux urgences avec diagnostic d'IRA). Le dabigatran est, lui, associé à une diminution significative du risque de déclin de DFG (réduction de 30%) et d'IRA. L'apixaban n'a quant à lui pas montré d'effet significatif. À noter qu'aucun des ACOD est associé à une diminution significative du risque de passage en insuffisance rénale terminale (défini comme un DFG < 15 ml/min/1,73m², transplantation rénale ou dialyse à long terme). Cette différence d'atteinte rénale entre les ACOD et les AVK pourrait être en lien avec des épisodes d'anticoagulation supratherapeutique plus fréquents sous AVK.¹⁰

Par ailleurs, il a été suspecté que les AVK pourraient favoriser la calcification vasculaire (la vitamine K activant la Matrix Gla-Protein, elle-même inhibant la calcification), notamment au niveau rénovasculaire, et donc augmenter le risque de progression de l'IRC.¹⁰ Cependant, l'étude Valkyrie, effectuée chez des patients hémodialysés, n'a pas montré de différence significative de calcification vasculaire (évaluée par score calcique cardiaque et aorte, et les vitesses d'onde de pouls) à 18 mois entre le groupe sous AVK versus sous rivaroxaban.¹¹ Cependant, il est possible que cette intervention ait eu lieu très tardivement (patient déjà en hémodialyse) après le développement de calcifications vasculaires sévères et non réversibles.

COMPARAISON ENTRE LES ANTICOAGULANTS ORAUX DIRECTS ET LES ANTIVITAMINES K EN CAS D'INSUFFISANCE RÉNALE

Comparaison en cas d'insuffisance rénale modérée à sévère (stades 3-4)

Une méta-analyse de 15 études (78 053 participants, suivi médian de 36 mois, 7 études comparant ACOD versus warfarine, 8 études comparant warfarine versus pas d'anticoagulant) concernait 5 études post hoc d'essais randomisés contrôlés et 10 études observationnelles (7 études rétrospectives et 3 études prospectives).¹² Les patients avaient une IRC de stade 2 à 4, ceux avec un DFG de moins de 15 ml/min/1,73m² ou dialysés étaient exclus, quelle que soit l'indication de l'anticoagulation (majoritairement FA). Cette méta-analyse a mis en évidence avec les ACOD (versus AVK) une diminution significative du risque d'hémorragie intracérébrale en cas d'IRC G2 et G3 (pas de données pour les IRC G4), une diminution significative du risque d'AVC/embolisation systémique en cas d'IRC G2 et G3, ainsi qu'une diminution significative du risque de saignement majeur chez les patients avec IRC G2 (risque relatif (RR): 0,84) et G3 (RR: 0,71). Concernant le risque d'AVC/embolisation systémique et de saignement majeur, l'étude n'a pas montré de différence entre les deux groupes (ACOD versus AVK) en cas d'IRC G4, mais il faut préciser que le nombre d'événements était très faible (< 10 dans chaque sous-groupe pour les deux issues).

Une autre méta-analyse a inclus au total 45 essais randomisés et contrôlés, dont 15 comparant les ACOD aux AVK (16 495 sur 34 082 participants), avec des patients atteints d'IRC G3 à G4 (les essais avec des patients IRC G5 inclus dans la revue systématique ne concernaient que les AVK), quelle que soit l'indication de l'anticoagulation.¹³ Elle a mis en évidence chez les patients anticoagulés par ACOD pour une FA une diminution significative d'AVC/embolisation systémique et d'AVC hémorragique en comparaison avec ceux sous AVK. Les effets des ACOD comparés aux AVK sur les récurrences de thromboembolie veineuse ou décès reliés n'étaient pas significatifs. On note également que les ACOD semblent être associés à une tendance à la diminution du risque de saignement majeur en comparaison avec les AVK, en combinant l'ensemble des essais inclus (RR: 0,75 (IC 95%: 0,56-1,01)), mais ces résultats ne sont juste pas significatifs, et avec un degré d'évidence faible.

Ces deux méta-analyses suggèrent que les ACOD présenteraient un meilleur profil de sécurité et d'efficacité que les AVK

en cas d'IRC modérée (G3), et possiblement en cas d'IRC sévère (G4).

Comparaison en cas d'insuffisance rénale terminale (stade 5)

Comme mentionné précédemment, les données sont rares concernant l'utilisation des ACOD chez les patients avec IRC terminale. Parmi les ACOD, l'apixaban est la molécule la plus étudiée dans cette population.

AVK versus pas d'anticoagulation chez les patients avec insuffisance rénale terminale

Deux méta-analyses d'études observationnelles chez des patients sous hémodialyse ont récemment été publiées.^{14,15} Elles ne montrent pas de diminution significative du risque d'AVC ischémique sous AVK en comparaison avec l'absence d'anticoagulation. En revanche, une augmentation significative du risque de saignement avec les AVK est mise en évidence.

AVK versus apixaban chez les patients avec insuffisance rénale terminale

Une étude rétrospective de cohorte montre que, chez des patients dialysés avec FA, l'apixaban comparé à la warfarine est associé à une diminution significative des saignements majeurs quelle que soit la posologie (5 mg 2 ×/j ou 2,5 mg 2 ×/j). En revanche, une diminution significative des AVC/embolisations systémiques et de la mortalité a été retrouvée seulement avec le dosage de 5 mg 2 ×/j.¹⁶

Apixaban versus pas d'anticoagulation chez les patients avec insuffisance rénale terminale

Une étude rétrospective de cohorte montre chez des patients dialysés pour FA que l'apixaban, en comparaison avec pas d'anticoagulation, n'est pas associé à une diminution de l'issue primaire composite d'AVC (ischémique ou hémorragique) et thromboembolie systémique.¹⁷ La posologie standard de 5 mg 2 ×/j serait associée à une augmentation significative de l'issue primaire et des saignements majeurs (fatal ou intracrânien). L'apixaban au dosage de 2,5 mg 2 ×/j n'engendrerait pas d'augmentation significative du risque de saignement, ni de modification significative de l'issue primaire.

Ces données suggèrent un profil bénéfice/risque en défaveur de l'anticoagulation en cas d'IRT et FA. L'anticoagulation devrait donc être réservée, chez ces patients, à ceux présentant des indications majeures à l'anticoagulation (par exemple, embolie pulmonaire). Le risque de saignement est probablement moindre sous ACOD à dose réduite, mais au prix d'une efficacité non démontrée dans la prévention des AVC et autres événements thromboemboliques.

RECOMMANDATIONS POSOLOGIQUES

En ce qui concerne les données pharmacocinétiques chez les patients dialysés, nous mentionnerons deux études. Chez 18 patients en hémodialyse sans fonction rénale résiduelle, sous rivaroxaban 10 mg 1 ×/j pendant 7 jours, l'exposition au

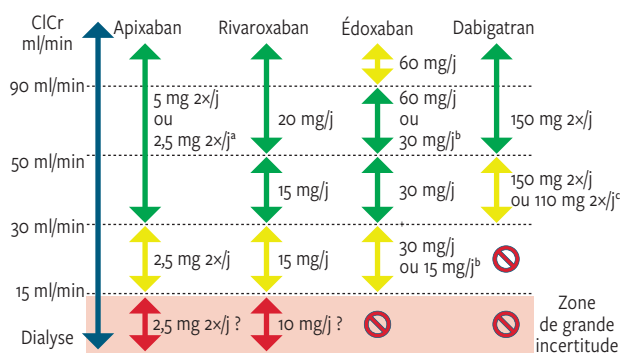
FIG 1	Adaptation posologique des anticoagulants oraux directs
-------	---------------------------------------------------------

Proposition d'adaptation posologique des ACOD dans l'IRC.

En jaune: usage prudent; en rouge: à réserver pour des cas particuliers après évaluation multidisciplinaire soigneuse du rapport bénéfice/risque.

^a En cas de présence de ≥ 2 des critères suivants: âge ≥ 80 ans, poids corporel ≤ 60 kg, créatinine sérique ≥ 133 μmol/l; ^b à considérer si poids corporel ≤ 60 kg ou administration d'inhibiteurs puissants de la P-gp; ^c en cas de risque élevé de saignement.

ACOD: anticoagulants oraux directs; CLCr: clairance de la créatinine (débit de filtration glomérulaire); IRC: insuffisance rénale chronique; P-gp: glycoprotéine-P.



(Adapté de réf. 20,21).

médicament était similaire à celle des patients avec fonction rénale préservée sous rivaroxaban 20 mg.¹⁸ Chez 7 patients hémodialysés, l'administration d'apixaban 2,5 mg 2 ×/j pendant 8 jours résultait en une exposition similaire à celle des patients sains sous apixaban 5 mg 2 ×/j.¹⁹

En se basant sur les recommandations actuelles des sociétés savantes et les études présentées dans cet article, des propositions d'adaptations posologiques en cas d'IRC, en fonction du DFG, sont présentées dans la **figure 1**.

ASPECTS ÉCONOMIQUES

L'usage de plus en plus répandu des ACOD représente également un enjeu de santé publique. En effet, le coût journalier minimal à posologie usuelle des différents ACOD est de 3,05 à 3,20 CHF, contre un coût inférieur à 10 cts le milligramme pour le Sintrom.

CONCLUSION

En conclusion, pour les patients atteints d'insuffisance rénale légère à modérée, nous disposons de recommandations claires basées sur des essais randomisés contrôlés, qui ont démontré l'efficacité et la sécurité des ACOD. En cas d'insuffisance rénale sévère, leur utilisation doit être prudente: il faut évaluer au cas par cas la balance bénéfice/risque, selon les risques personnels et les préférences du patient. En cas d'insuffisance rénale terminale, l'évidence est faible. Elle est basée sur de petites études de cohorte et plutôt en défaveur de l'anticoagulation pour la FA. L'anticoagulation serait donc à réserver dans cette population à des indications majeures (thrombopénie induite par l'héparine, embolie pulmonaire

majeure, etc.) avec une approche individualisée et une décision partagée avec le patient. Le rivaroxaban 10 mg 1 ×/j et éventuellement l'apixaban 2,5 mg 2 ×/j sembleraient présenter un profil de sécurité semblable à celui des AVK, mais leur efficacité à ces dosages reste incertaine.

Bien que les ACOD présentent, comme nous l'avons vu, plusieurs avantages, il s'agit de rappeler ici que leur emploi doit être réfléchi, notamment en cas d'atteinte hépatique (contre-indication en cas de cirrhose Child C, utilisation avec précaution en cas de cirrhose Child B hormis le rivaroxaban qui est également contre-indiqué dans ce cas).

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- La formule de Cockcroft-Gault a majoritairement été utilisée dans les études sur lesquelles se fondent les propositions d'adaptations posologiques. Ces propositions concernent uniquement des situations stables, sans atteinte aiguë de la fonction rénale
- Les données sont en faveur de la prescription d'anticoagulants oraux directs (ACOD) plutôt que d'antivitamines K (AVK), avec un niveau d'évidence qui diminue à mesure que l'atteinte rénale devient plus importante
- En cas d'insuffisance rénale terminale (voire sévère), la décision d'anticoaguler un patient (par ACOD ou AVK) doit être prise avec précaution, après une évaluation soigneuse du rapport bénéfice/risque
- Un plus grand nombre d'essais randomisés contrôlés sont nécessaires

- Hill NR, Fatoba ST, Oke JL, et al. Global Prevalence of Chronic Kidney Disease – A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* 2016;11:e0158765.
- Mills KT, Xu Y, Zhang W, et al. A systematic analysis of worldwide population-based data on the global burden of chronic kidney disease in 2010. *Kidney Int* 2015;88:950-7.
- Molnar AO, Bota SE, Garg AX, et al. The Risk of Major Hemorrhage with CKD. *J Am Soc Nephrol* 2016;27:2825-32.
- Brodsky S, Eikelboom J, Hebert LA. Anticoagulant-Related Nephropathy. *J Am Soc Nephrol* 2018;29:2787-93.
- *Ando G, Capranzano P. Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in atrial fibrillation patients with chronic kidney disease: A systematic review and network meta-analysis. *Int J Cardiol* 2017;231:162-9.
- Koosman J, van Rein N, Spaans B, et al. Efficacy and safety of vitamin K-antagonists (VKA) for atrial fibrillation in non-dialysis dependent chronic kidney disease. *PLoS One* 2014;9:e94420.
- Limdi NA, Beasley TM, Baird MF, et al.

- Kidney function influences warfarin responsiveness and hemorrhagic complications. *J Am Soc Nephrol* 2009;20:912-21.
- Kumar S, Lim E, Covic A, et al. Anticoagulation in Concomitant Chronic Kidney Disease and Atrial Fibrillation: JACC Review Topic of the Week. *J Am Coll Cardiol* 2019;74:2204-15.
- Yao X, Tangri N, Gersh BJ, et al. Renal Outcomes in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2017;70:2621-32.
- Schlieper G, Schurgers L, Brandenburg V, Reutelingsperger C, Floege J. Vascular calcification in chronic kidney disease: an update. *Nephrol Dial Transplant* 2016;31:31-9.
- De Vriese AS, Caluwe R, Pyfferoen L, et al. Multicenter Randomized Controlled Trial of Vitamin K Antagonist Replacement by Rivaroxaban with or without Vitamin K2 in Hemodialysis Patients with Atrial Fibrillation: the Valkyrie Study. *J Am Soc Nephrol* 2020;31:186-96.
- Malhotra K, Ishfaq MF, Goyal N, et al.

- Oral anticoagulation in patients with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis. *Neurology* 2019;92:e2421-e31.
- Ha JT, Neuen BL, Cheng LP, et al. Benefits and Harms of Oral Anticoagulant Therapy in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Intern Med* 2019;171:181-9.
- Kuno T, Takagi H, Ando T, et al. Oral Anticoagulation for Patients With Atrial Fibrillation on Long-Term Hemodialysis. *J Am Coll Cardiol* 2020;75:273-85.
- Van Der Meersch H, De Bacquer D, De Vriese AS. Vitamin K antagonists for stroke prevention in hemodialysis patients with atrial fibrillation: A systematic review and meta-analysis. *Am Heart J* 2017;184:37-46.
- Siontis KC, Zhang X, Eckard A, et al. Outcomes Associated With Apixaban Use in Patients With End-Stage Kidney Disease and Atrial Fibrillation in the United States. *Circulation* 2018;138:1519-29.
- *Mavrakas TA, Garlo K, Charytan DM. Apixaban versus No Anticoagulation in Patients Undergoing Long-Term Dialysis

- with Incident Atrial Fibrillation. *Clin J Am Soc Nephrol* 2020;CJN 11650919.
- De Vriese AS, Caluwe R, Bailleul E, et al. Dose-finding study of rivaroxaban in hemodialysis patients. *Am J Kidney Dis* 2015;66:91-8.
- Mavrakas TA, Samer CF, Nessim SJ, Frisch G, Lipman ML. Apixaban Pharmacokinetics at Steady State in Hemodialysis Patients. *J Am Soc Nephrol* 2017;28:2241-8.
- Steffel J, Verhamme P, Potpara TS, et al. The 2018 European Heart Rhythm Association Practical Guide on the use of non-vitamin K antagonist oral anticoagulants in patients with atrial fibrillation. *Eur Heart J* 2018;39:1330-93.
- *Mavrakas TA, Charytan DM, Winkelmayr WC. Direct oral anticoagulants in chronic kidney disease: an update. *Curr Opin Nephrol Hypertens* 2020;29:489-96.

* à lire

** à lire absolument

QCM D'AUTO-ÉVALUATION

Testez vos connaissances...

Médecine complémentaire intégrative: nouveautés utiles en médecine de premier recours

(voir article p. 114)

- 1.** Parmi les propositions suivantes concernant la médecine complémentaire intégrative en médecine de premier recours, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- ☐ A. Aucune approche alliant médecine conventionnelle et complémentaire ne peut être recommandée car l'évidence manque
 - ☐ B. L'activité physique régulière a des effets positifs sur la santé cardiovasculaire, la santé mentale et les risques de chute chez la personne âgée
 - ☐ C. Le jeûne intermittent a un impact positif sur le poids et les fonctions cognitives mais pas sur le taux de LDL
 - ☐ D. Les effets positifs du jardinage sont limités au groupe d'adultes sans comorbidités

COGERIA: Coordination des soins de la personne âgée fragile

(voir article p. 136)

- 4.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Quel est l'atout de COGERIA pour les personnes âgées fragiles?
- ☐ A. L'optimisation de leur parcours de soins
 - ☐ B. Le renforcement du maintien à domicile
 - ☐ C. La coordination interprofessionnelle entre les différents acteurs du réseau
 - ☐ D. La promotion des actions de prévention

Avancées scientifiques de 2020 en médecine interne générale ambulatoire

(voir article p. 119)

- 2.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- ☐ A. Le prélèvement salivaire est moins sensible que le prélèvement nasopharyngé pour la détection du SARS-CoV-2 par PCR
 - ☐ B. Chez les patients avec gonarthrose, l'injection de corticostéroïdes intra-articulaires est un traitement significativement plus efficace que la physiothérapie
 - ☐ C. Les patients obèses en situation de précarité peuvent réussir à perdre du poids en bénéficiant d'un programme intensif basé sur leur style de vie
 - ☐ D. Le refus d'une consultation spécialisée est le signe d'une faible motivation à changer la consommation d'alcool

L'année 2020 mise en perspective par les internistes hospitaliers

(voir article p. 130)

- 5.** Un patient de 60 ans, connu pour une cirrhose CHILD B se présente aux urgences avec du méléna depuis 24 heures. Il est hémodynamiquement stable, le score de Blatchford s'élève à 16 points. Après adaptation du traitement médicamenteux, que préconisez-vous?
- ☐ A. Retour à domicile
 - ☐ B. Réalisation d'une gastroscopie dans les 24 heures
 - ☐ C. Réalisation d'une gastroscopie urgente dans les 6 heures
 - ☐ D. Réalisation d'un angio-CT abdominal

Anticoagulation orale et insuffisance rénale chronique

(voir article p. 142)

- 3.** Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Selon plusieurs études, chez les patients atteints d'IRC avec un DFG estimé entre 30 et 49 ml/min/m², l'utilisation d'ACOD par rapport aux AVK serait associée à:
- ☐ A. Une augmentation significative du risque d'hémorragie intracérébrale
 - ☐ B. Une augmentation significative du risque d'AVC/embolisation systémique
 - ☐ C. Une diminution significative du risque de saignement majeur
 - ☐ D. Une diminution significative de la mortalité

2020 en revue par les internistes hospitaliers

(voir article p. 124)

- 6.** Parmi les propositions suivantes concernant la préhydratation avant un scanner injecté en ambulatoire pour un patient avec DFG à 35 ml/min, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- ☐ A. Vous n'en prévoyez pas car le risque de néphropathie est très faible dans cette situation
 - ☐ B. Vous prescrivez du bicarbonate de sodium 1,4%, plus efficace que le NaCl 0,9%
 - ☐ C. Vous prescrivez du bicarbonate de sodium 1,4% car le DFG est < 60 ml/min
 - ☐ D. Vous n'en prévoyez pas car le bénéfice n'est démontré que lorsque le DFG est < 30 ml/min

Réponses correctes: 1BC, 2C, 3C, 4ABCD, 5B, 6A

Situations extrêmes de fin de vie et opioïdes: le principe du double effet, une aide bienvenue!

Drs AYHAN SAHIN^{a,*}, PAWAN PRASAD^{a,*}, BORIS CANTIN^b et ALICIA REY^b

Rev Med Suisse 2021; 17: 147-9

La mort d'un patient en situation palliative sous opioïde génère parfois un fort sentiment de culpabilité. «Ai-je précipité le décès du patient avec mon traitement opioïde?» Bien que la littérature soit très claire quant à la sécurité des opioïdes utilisés correctement pour la gestion de la dyspnée ou de la douleur en soins palliatifs, il se peut que, dans certaines situations, on puisse en douter. Le médecin, face à sa crainte de nuire en administrant des opioïdes, pourrait être tenté de sous-traiter le patient, au risque de l'abandonner à sa souffrance. D'un autre côté, l'impuissance face à l'intensité de la souffrance du patient pourrait amener le médecin à vouloir le soulager à tout prix, au risque d'un geste euthanasiant. Cet article propose un aperçu du principe du double effet, comme élément de réponse à ce dilemme éthique.

Extreme end-of-life situations and opioids: the double effect principle, a helpful guide

The death of a patient taking opioids can generate strong feelings of guilt. «Have I hastened my patient's death by my administration of opioids?» Doubts may arise in certain situations, despite the proven safety of appropriate opioid use in the management of dyspnea and pain in the palliative care setting. Fearing the harms of opioid administration, some medical practitioners may undertreat patients, forsaking them to suffering. Other doctors, desperate to relieve their excruciating suffering at all cost, may in fact have recourse to euthanizing acts. This article seeks to answer this ethical dilemma with an overview of the double effect principle.

INTRODUCTION

La douleur est l'un des symptômes les plus fréquents dans les situations palliatives, surtout dans les derniers mois de vie.¹ Cependant, malgré sa prévalence importante, elle est souvent insuffisamment traitée. Outre les difficultés d'évaluation de symptômes souvent complexes et un manque de connaissances pharmacologiques, il est apparu qu'une partie des obstacles rencontrés par les praticiens est d'ordre éthique.² En effet, nous avons constaté dans notre pratique clinique hospitalière et extrahospitalière que certains peuvent être réticents à l'idée d'augmenter ou même d'introduire des opioïdes en raison de la

crainte de provoquer un décès. Rappelons avant tout que de nombreuses preuves confirment l'utilisation sécurisée des opioïdes en fin de vie, pour autant qu'elle respecte les bonnes pratiques.³⁻⁵ Or, pour les patients dont la fin de vie est imminente, et pour lesquels il peut être délicat d'utiliser un opioïde avec le risque éventuel de précipiter un décès, nous proposons de recourir à une approche éthique basée sur le respect de la vie en rappelant l'existence du principe du double effet. Qu'est-ce? Quels sont ses critères? Comment se différencie-t-il de l'acte interdit de l'euthanasie active directe?

VIGNETTE CLINIQUE

Vous êtes le médecin traitant de Mme A., 56 ans, qui souffre d'un cancer du pancréas à un stade terminal avec carcinose péritonéale associée. Son état général s'aggrave de jour en jour, laissant présager un décès imminent. Vous lui rendez visite à domicile pour la gestion de l'antalgie. Elle se plaint en effet de douleurs abdominales de plus en plus fortes, devenues insupportables et non soulagées par la prise journalière de 400 mg de tramadol. De plus, elle ne mange et ne boit plus. À l'examen clinique, les bruits intestinaux sont diminués en fréquence, de tonalité métallique, l'abdomen est distendu et diffusément douloureux.

Face à la dégradation rapide et importante de son état clinique, elle exprime le désir de finir sa vie à domicile et d'y poursuivre ses soins de confort uniquement.

Votre attitude dans cette situation, est la suivante:

1. Vous introduisez un opioïde intraveineux/sous-cutané (IV/SC) à dose maximale d'emblée dans le but d'abréger ses souffrances.
2. Vous ne changez pas de modalité de traitement.
3. Vous introduisez un opioïde IV/SC à dose minimale avec titration en fonction de l'évolution du symptôme.

LE PRINCIPE DU DOUBLE EFFET

Le principe du double effet (PDE) repose sur le postulat qu'une action peut engendrer un bon et un mauvais effet. Selon ce principe, le mauvais effet ne peut toutefois être accepté que si les quatre critères proposés par Leheup sont remplis.⁶ Ceux-ci permettent de clarifier l'intention derrière l'acte, ainsi que ses conséquences potentielles:

- L'acte doit être bon en lui-même ou moralement indifférent et ordonné à une finalité bonne. En négatif, l'action ne

^a Médecine interne, Hôpital fribourgeois, 1708 Fribourg, ^b Service de soins palliatifs, Hôpital fribourgeois, 1708 Fribourg
sahinay1990@gmail.com | pawan.prasad@hotmail.com | boris.cantin@h-fr.ch
alicia.rey@h-fr.ch

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

doit pas être intrinsèquement mauvaise ou prohibée.

- Le mauvais effet ne doit pas être voulu et ne doit être qu'un effet collatéral non désiré. L'action doit être entreprise uniquement dans le but d'entraîner le bon effet.
- Le mauvais effet ne doit pas être un moyen d'atteindre le bon effet. Le mauvais effet doit rester un effet sans devenir un moyen.
- Le mauvais effet doit être risqué pour une raison proportionnellement grave. Ce critère est le critère de la juste proportion entre le bon effet, directement voulu, et le mauvais effet, qui sera provoqué.

ANTALGIE EN FIN DE VIE ET PRINCIPE DU DOUBLE EFFET

Dans les cas délicats d'une antalgie en fin de vie, le bon effet serait une gestion suffisante de la douleur et le mauvais effet le plus redouté la dépression respiratoire engendrant une mort hâtée.

Le premier critère du PDE est respecté si la volonté est de soulager le patient avec l'effet primaire recherché de l'antalgique, acte communément admis comme intrinsèquement bon et n'engendrant aucune problématique ni éthique ni légale.

Le deuxième critère est également satisfait si l'intention du médecin est uniquement de soulager le patient, pour autant qu'un effet collatéral ne soit pas recherché.

Il est raisonnable d'admettre que le troisième critère est rempli puisque nous n'avons pas besoin des effets secondaires pour atteindre le but fixé, à savoir soulager le patient, et que nous l'atteindrions même sans les effets secondaires puisque la dépression respiratoire n'est pas nécessaire pour l'effet antalgique des opioïdes.

Le dernier critère semble le plus difficile à satisfaire. Les douleurs en fin de vie, aussi fortes soient-elles, justifient-elles que l'on administre des médicaments pouvant entraîner un effet secondaire potentiellement fatal? Le soulagement de douleurs parfois insupportables, faisant a priori partie des impératifs de tout médecin, suffit-il à respecter le quatrième critère? Proportionnellement à une mort prévisible et inévitable dans le contexte qui nous occupe, serait-il moralement répréhensible de risquer de hâter la mort dans le but de soulager une souffrance intolérable?

En médecine, il n'existe que peu de mesures thérapeutiques qui n'engendrent aucun effet secondaire et la balance des risques et bénéfices doit être évaluée avant toute proposition thérapeutique. La question de la gestion adéquate des douleurs en fin de vie n'échappe pas à cette exigence.

Il semble cependant fondamental de rappeler et de préciser avec force que de nombreuses études ont prouvé qu'une antalgie menée selon les règles de l'art, avec une titration progressive de l'opioïde jusqu'au soulagement des douleurs, ne provoquait pas de dépression respiratoire, cela même à des doses pouvant paraître très élevées.³⁻⁵ Si tel devait cependant être le cas dans les situations de fin de vie imminente, le risque de hâter la mort par l'administration d'opioïdes en

toute fin de vie semble être un effet indésirable provoqué, mais acceptable au vu du contexte global. Le quatrième critère est donc respecté.

INTENTION

L'intention est donc un point central dans le PDE. L'impossibilité de connaître avec certitude l'intention réelle de quelqu'un est fréquemment évoquée par les détracteurs du PDE.⁷ Certains vont même jusqu'à dire qu'il est trop difficile, voire impossible pour l'auteur de l'acte lui-même d'être sûr, sans l'ombre d'un doute, que son intention est uniquement de soulager le patient sans vouloir, même inconsciemment, hâter son décès afin de le délivrer de ses souffrances.⁸ Une intention étant par définition personnelle, elle serait donc impossible à certifier. Mais ne peut-on pas juger de l'intention d'un médecin à la manière dont il mène son antalgie, aux doses et aux paliers utilisés pour les adaptations, ainsi qu'au respect des bonnes pratiques évoquées plus haut? Bien qu'il soit sans doute impossible d'établir formellement l'intention d'une personne avant de débiter une antalgie, il nous semble cependant raisonnable de dire qu'il est possible de déterminer l'intention du praticien à la manière dont l'antalgie a été menée.

Mentionnons au passage les définitions suivantes afin de clarifier le contexte légal en vigueur en Suisse, ce afin d'éviter tout amalgame entre la pratique d'une antalgie en situation palliative extrême et celle de l'euthanasie volontaire.

Euthanasie active directe

L'euthanasie active directe est l'action d'une tierce personne, le plus souvent via l'administration d'une substance, ayant pour but de causer la mort. Elle peut se faire sur demande de la personne concernée ou non. En Suisse, cela reste strictement interdit. Selon les art. 111-114 et 117 du Code pénal (CP), un tel acte peut être qualifié de meurtre sur demande ou même d'homicide en fonction du cas.

Euthanasie active indirecte

L'intentionnalité est encore une fois centrale dans la définition de l'euthanasie active indirecte. Elle est définie comme l'utilisation d'un traitement susceptible de réduire la durée de vie, mais dont l'objectif primaire est d'atténuer les souffrances et non de mettre fin à la vie. «D'un point de vue strictement juridique, elle pourrait être théoriquement punissable conformément à l'art. 111 du CP. Toutefois, tant que l'acte médical est motivé par un soulagement du symptôme, la pratique juridique l'exclut du domaine du punissable.»⁹ À notre avis, l'expression malheureuse d'euthanasie active indirecte peut prêter à confusion et faire assimiler à tort une antalgie de fin de vie à une pratique euthanasiant volontaire.

RETOUR À LA VIGNETTE CLINIQUE

Si vous choisissez l'approche numéro 1:

Dans cette situation, l'antalgie par tramadol n'est plus appropriée, un relais avec un autre opioïde, par voie parentérale, est donc requis.

Cependant, les doses administrées «à dose maximale d'emblée» sont trop importantes pour l'initiation d'une antalgie. Ici, nous pourrions donc nous retrouver devant un cas d'euthanasie active directe selon l'intentionnalité du médecin.

Si vous choisissez l'approche numéro 2:

La présence de douleurs non soulagées nécessite un changement d'antalgie et la poursuite d'un traitement insuffisant ne peut pas se justifier. Il s'agit typiquement d'une situation où l'on peut, par manque de connaissances et de maîtrise technique, être réticent à modifier l'antalgie de peur de précipiter la mort. C'est précisé dans ce genre de cas que le recours au PDE peut nous aider à faire la part des choses et clarifier les raisons motivant nos actions.

Si vous choisissez l'approche numéro 3:

Le praticien change la modalité d'antalgie de manière appropriée et conforme aux bonnes pratiques.¹⁰ Il est donc raisonnable de penser que son intention de soulager la patiente semble claire. De plus, plusieurs études ont démontré qu'une utilisation correcte de l'antalgie ne précipitait pas le décès.³⁻⁵

À noter que la manière de mener une antalgie efficace pour les patients en phase palliative de leur maladie dépasse le cadre de cet article.

CONCLUSION

Le principe du double effet est un «outil» qui nous permet de procéder à une antalgie correcte pour les situations limites de

fin de vie. Elle doit correspondre aux besoins du patient, sans les excéder (antalgie trop importante qui risquerait de hâter la mort), ni les sous-estimer (antalgie insuffisante laissant le patient en souffrance). Ce principe peut donc aider le praticien à respecter les principes éthiques tout en accomplissant sa mission de soulagement. En cas de doutes ou de difficultés rencontrés, un appel aux équipes mobiles de soins palliatifs peut être un soutien précieux pour le praticien.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est parfois malaisé pour le praticien d'utiliser des opioïdes dans les situations de fin de vie par crainte de précipiter le décès
- Bien que la littérature soit claire quant à la sécurité des opioïdes en soins palliatifs lorsque l'on respecte les bonnes pratiques, le principe du double effet peut être utile au clinicien dans certaines circonstances extrêmes
- Le principe du double effet repose sur quatre critères, qui, s'ils sont estimés, permettent de rassurer sur l'intention du clinicien et la proportionnalité de l'attitude thérapeutique par rapport à la situation

1 Smith AK, Cenzer IS, Knight SJ, et al. The epidemiology of pain during the last 2 years of life. *Ann Intern Med* 2010;153:563-9.

2 Solomon MZ, O'Donnell L, Jennings B, et al. Decisions near the end of life: professional views on life sustaining treatments. *Am J Public Health* 1993;83:14-23.

3 **Fohr SA. The double effect of pain medication: separating myth from

reality. *J Palliat Med* 1998;1:315-28.

4 **Thorns A, Sykes N. Opioid use in last week of life and implications for end-of-life decision-making. *Lancet* 2000;356:398-9.

5 Quill TE. Principle of double effect and end-of-life pain management: additional myths and a limited role. *J Palliat Med* 1998;1:333-6.

6 *Leheup BF, Piot E, Ducrocq X, Wary B.

Théorie du double effet et sédation pour détresse en phase terminale : réflexion autour de la survie des patients sédatisés. *La Presse Med* 2012;41:927-932.

7 Goldworth A. Deception and the principle of double effect. *Camb Q Health Ethics* 2008;17:471-2.

8 Douglas C. Managing intentions: the end-of-life administration of analgesics and sedatives, and the possibility of slow

euthanasia. *Bioethics* 2008;22:388-96.

9 Nestora K. Assistance dans le décès, au décès ou à la vie. *Swiss Medical Forum* 2017;17:738-43.

10 * Roulet L. Rotation des opioïdes : de la théorie à la pratique. *Rev Med Suisse* 2011;7:1400-6.

* à lire

** à lire absolument

Impact de la pandémie de Covid-19 sur la santé et le développement des jeunes en Suisse

Quel rôle pour les médecins?

Pr PIERRE-ANDRÉ MICHAUD^a, Pr JEAN-DOMINIQUE VASSALLI^{b,c}, Dr PATRICK ANDRÉ SCHMITT^d,
Pr PHILIP D. JAFFÉ^e et Dre ANNE-EMMANUELLE AMBRESIN^f

Rev Med Suisse 2021; 17: 150-4

Cet article résume le contenu d'un colloque participatif interprofessionnel en ligne de 2 jours visant à faire un état des lieux et à élaborer des réponses à la situation des adolescent-e-s à l'ère du Covid. La pandémie affecte leur santé en réduisant l'accès aux soins (confinement) et en induisant des problèmes psychologiques chez certains d'entre eux. Elle affecte la formation et la scolarité des plus démunis, réduit les contacts sociaux avec les adultes et les pairs. À l'avenir, les autorités devraient mieux respecter les droits des jeunes en sollicitant leur avis et leur participation et en adaptant leurs messages. Les médecins doivent, lors des consultations avec eux, offrir systématiquement un dialogue et des informations, et repérer des problématiques telles que conflits familiaux, abus d'internet ou prise de risque sanitaire.

Impact of the COVID-19 pandemic on adolescent health and development: a role to play for physicians

This article summarizes the conclusion of a two-days interprofessional online workshop held under the auspices of the Brocher Foundation. The objectives were to review the impact of COVID on adolescent health and development and to generate some key responses to the situation. The pandemic has severely affected the mental health of a large proportion of adolescents and has significantly reduced access to health care. It has as well disturbed the school education of vulnerable youngsters and decreased social contacts with adults and peers. In the future, authorities should better consider the rights of young people and request their opinion and participation in decision making. Physicians should systematically explore their young patients' opinions and queries regarding the COVID and address problematic situations such as family conflicts, misuse of internet or risky behaviour.

^aPr Honoraire, Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne, 1005 Lausanne, ^bPr Honoraire, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^cPrésident du Conseil de fondation de l'Institut international des droits de l'enfant (IDE), Chemin de l'Institut 18, 1967 Bramois, ^dService de pédiatrie, Hôpital fribourgeois, 1700 Fribourg, ^eCentre interfacultaire en droits de l'enfant, Université de Genève, 1211 Genève 4, ^fDivision interdisciplinaire de santé des adolescents, CHUV, 1011 Lausanne pierre-andre.michaud@chuv.ch

^a Les termes «jeunes» et «adolescent-e-s» dans cet article sont interchangeables, d'autant qu'une partie des constats et propositions, même centrés sur les 10 à 19 ans, peuvent s'appliquer aux individus jeunes adultes (20 à 24 ans).

^b Les auteurs ont renoncé à mentionner le nom des intervenant-e-s, compte tenu du fait que l'ensemble des participant-e-s a largement contribué à la discussion.

INTRODUCTION

C'est un truisme d'affirmer que la pandémie de Covid-19 a eu sur l'ensemble de nos sociétés, en Suisse romande comme ailleurs, un impact majeur en termes de santé, d'économie et de vie professionnelle, familiale et sociale. Néanmoins, la nécessité de prendre des décisions dans l'urgence et dans l'ignorance des caractéristiques épidémiologiques et cliniques au cours du printemps 2020 a relégué au second plan, voire gommé, les contrecoups de la pandémie sur la santé des enfants et des jeunes, considérés comme peu vulnérables pour des raisons infectiologiques.¹⁻³ L'adolescence est habituellement définie comme la période allant de 10 à 19 ans (Organisation mondiale de la santé (OMS))⁴ ou se terminant à 18 ans, selon la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant (CDE).⁵ Elle est surtout *caractérisée par des tâches développementales* dans le cadre desquelles l'individu acquiert progressivement son autonomie et forge son identité, largement au travers de la socialisation et de la formation. Dans cette perspective, on comprend que la pandémie de Covid-19 affecte de façon spectaculaire ce processus et menace la santé et le bien-être des adolescent-e-s en réduisant l'accès aux soins, à l'éducation, aux sports et aux loisirs.

Cette situation a conduit les auteur-e-s de cet article à mettre sur pied, sous l'égide de la Fondation Brocher (www.brocher.ch), un colloque participatif en ligne de 2 jours visant à faire un état des lieux et à élaborer des réponses à la situation des adolescent-e-s.^a Constitué d'un groupe interdisciplinaire de 25 expert-e-s, ce colloque a permis de partager les données scientifiques disponibles et diverses expériences de terrain, avec pour objectif d'intégrer ces échanges dans une perspective holistique, centrée notamment sur les droits des adolescent-e-s conférés par la CDE.⁵ Cet article présente les principales conclusions du colloque et met en avant le rôle que les médecins et soignants peuvent jouer dans la conjoncture actuelle.^b

QUELQUES CONSTATS LIMINAIRES

Le colloque a débuté avec le témoignage d'un groupe d'adolescent-e-s, membres du Comité Jeunes & Santé de la Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA) du CHUV. Ils ont fait part de leur perplexité face à l'absence

de communication cohérente et pertinente, notamment lors de la fermeture des écoles, de même que l'inexistence d'un dialogue avec les autorités sur des sujets aussi importants que la suppression des examens. Ils ont relevé l'impact négatif sur leur santé de l'arrêt de prestations jugées non essentielles et urgentes (sur quels critères?) entraînant une péjoration de leur santé physique et psychique, particulièrement pour les porteurs d'une affection chronique. Ils ont souligné à quel point les restrictions apportées à leurs activités sportives, culturelles et sociales ont pesé, entraînant chez nombre d'entre eux une perte de repères, des abus d'internet et une altération du rythme veille-sommeil, et dans certains cas un sentiment de solitude, d'absence de perspectives d'avenir ou encore des conflits familiaux. Enfin, ils ont insisté sur l'impact de la fermeture des écoles comme fort contributeur à la perte de rythmes et de repères. Ils ont évoqué l'influence positive des enseignant-e-s ayant assumé leur rôle comme facteur rassurant et bienfaisant pour eux alors que d'autres ont manqué à l'appel, les laissant avec un sentiment d'abandon et de solitude. Parmi les enjeux psychologiques et éthiques liés à la situation, ces jeunes ont relevé l'impossibilité pour certains d'avoir recours aux divers instruments technologiques à disposition au sein de leur famille, par manque de place et de tablette. Ces propos et ces inquiétudes sont confirmés par diverses enquêtes publiées récemment,⁶⁻⁸ qui insistent sur *les inégalités qu'entraîne la pandémie*: difficulté d'accès aux soins (voire à la nourriture), absence d'encadrement scolaire frappant plus durement les milieux socioéconomiquement défavorisés.

En première partie de colloque, il a été rappelé que la survenue de plus en plus fréquente d'épidémies et de pandémies (Ebola, Zika, SARS, Covid) est liée aux changements drastiques que subit notre biosphère: déforestation, diminution de la biodiversité, réchauffement climatique, etc. Les réponses à ces phénomènes vont donc bien au-delà du seul domaine sanitaire et médical, et à long terme, ce sera la génération des enfants et des adolescent-e-s qui sera la plus impactée. Ceci étant, du point de vue épidémiologique, et les organismes internationaux comme l'OMS le confirment,⁹ le Covid n'a que rarement des conséquences directes sur la santé des enfants et des jeunes, et jusqu'à l'âge de 12 ans, la transmission du virus est relativement modeste. À noter que les cas de Covid-19 ont touché moins de 5% des enfants et environ 10% des 15 à 20 ans durant la deuxième vague, en Suisse et dans d'autres pays qui nous entourent, et sous une forme paucisymptomatique. Par ailleurs, la réouverture des écoles ne semble pas avoir été associée à une augmentation du nombre de cas.¹⁰ Ces données ont amené diverses «task forces» (notamment au sein de l'OMS) à proposer de *renoncer dans toute la mesure du possible à la fermeture des écoles*, tout en introduisant des mesures de protection globale à l'échelon des établissements.⁹

LA PANDÉMIE DE COVID, IMPACTS SUR LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DES ADOLESCENT-E-S

Dès le mois de mars, beaucoup d'hôpitaux ont dû fermer *abruptement les consultations ambulatoires «non urgentes» suite aux décisions sanitaires. Ceci a privé d'accès aux soins beaucoup d'adolescent-e-s, en particulier les jeunes porteurs d'affection chronique.* Les répercussions de ces décisions se font encore

sentir à l'heure actuelle: des troubles alimentaires exacerbés par le confinement, une inversion du rythme veille-sommeil difficile à surmonter, une dégradation de la motricité ou une augmentation des douleurs pour certains jeunes privés de physiothérapie en sont quelques exemples. La disparité des soins psychiques s'en est aussi trouvée augmentée, certains jeunes surmontant leur hésitation à consulter par internet, d'autres s'enfermant dans leur problématique. De plus, même si les consultations par téléphone et vidéo ont bien fonctionné, les professionnels se sont trouvés privés du contact gestuel et visuel d'une consultation normale. Le constat unanime va dans le sens de l'émergence d'une «*dette de santé*» dans cette population durant l'année 2020, qui va mettre du temps à être épongée.

En outre, il ressort des chiffres disponibles, pour les cantons de Genève et de Vaud et au plan international,^{11,12} que la période de confinement a été marquée par un certain «silence médical» suivi dans celle de postconfinement par une augmentation très nette des consultations pour crise personnelle et/ou familiale, avec des décompensations d'allure dépressive ou anxieuse. Les tentatives de suicide ont également augmenté peu après la levée du confinement et durant la deuxième vague, comme en témoignent les chiffres de l'Unité de crise pour adolescent-e-s de Genève («Malatavie») ou ceux du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) à Lausanne. Ces constats portent à penser que certain-e-s adolescent-e-s fragiles vivent une forme de cinétique post-traumatique entraînant, suite à une période de sidération, l'émergence d'angoisses en lien avec les messages contradictoires qui ont suivi le confinement, aux inquiétudes soulevées par le Covid par rapport à l'avenir à court et long terme, au sentiment d'impuissance et à «l'absence psychique» de beaucoup d'adultes de référence durant le Covid pour les aider à contenir l'incertitude. Les jeunes migrants, arrivés plus ou moins récemment en Suisse, constituent, parmi d'autres, une population particulièrement vulnérable.¹¹ De plus, malgré des données lacunaires, il semble que la consommation de substances psychoactives légales et illégales ait augmenté chez certain-e-s adolescent-e-s vulnérables.¹³ Enfin, témoins de la demande de soutien augmentée durant cette période, les statistiques de la ligne téléphonique du 147 font apparaître une hausse modérée des appels, mais surtout celle de la durée des téléphones et des problématiques personnelles incluant le cyberharcèlement. Les professionnels de la santé mentale ont réagi à cette situation avec la création de hotlines et des prestations accrues, mais tout comme les adolescent-e-s eux-mêmes, ils accusent à l'heure actuelle une certaine fatigue et des questionnements sur les suites à donner à cette situation prolongée de crise.

Des témoignages d'autorités scolaires et de la formation professionnelle ont souligné l'impact du Covid sur les apprenti-e-s et les étudiant-e-s. Les premiers semblent avoir subi les conséquences de la pandémie de façons diverses: ceux d'entre eux qui accomplissent leur apprentissage à l'école paraissent avoir dans l'ensemble assez bien supporté le confinement et ont pu profiter d'un enseignement à distance maintenu; en revanche, les apprenti-e-s en formation duale (2 jours en centre professionnel, 3 jours en entreprise) ont, pour une partie d'entre eux, décroché. Malgré les efforts des enseignant-e-s, ces jeunes restaient souvent inatteignables, et la reprise à

l'automne s'est avérée difficile, avec des risques d'échec à moyen terme non négligeables. Les gymnasiens dans l'ensemble paraissent avoir tenu le coup, moyennant une mobilisation importante du corps enseignant. Toutefois, il faut noter de nombreux appels téléphoniques aux directions d'établissement de la part de parents inquiets ou désespérés face à certains jeunes victimes d'une difficulté majeure à suivre les offres scolaires, voire une véritable panne dans leur activité quotidienne. Les leçons qui peuvent être tirées de la pandémie sont en demi-teinte: d'un côté, une forte résilience de la part de la majorité des enseignants et des élèves, et l'intérêt de la pratique éducative en ligne; de l'autre, *les limites de l'enseignement à distance, qui ne permet pas à l'école de jouer pleinement son rôle pédagogique et éducatif*, dans le partage d'échanges informels et de valeurs avec des maîtres motivés, de même que dans le contact direct et accessible avec les pairs.

Enfin, si la période de confinement s'est déroulée en apparence sereinement, les services sociaux ne sont pas restés inactifs et ont mis sur pied diverses prestations supplémentaires pour répondre aux besoins générés par le cantonnement des adolescent-e-s et de leur famille. Si durant le confinement, on n'a pas perçu de hausse des violences domestiques (contrairement aux observations faites dans d'autres pays), la période de postconfinement a été marquée par une nette recrudescence des problèmes, avec des tensions familiales, un lâcher-prise de la part de certains parents du point de vue éducatif, des tensions engendrées par le travail et le rattrapage scolaire, un manque de motivation et une difficulté à retrouver un rythme de vie, ainsi que des attitudes de transgression de la part de certains jeunes.

LA PANDÉMIE DE COVID, DES OPPORTUNITÉS POUR CERTAIN-E-S ADOLESCENT-E-S

Les constats en demi-teinte qui précèdent ne doivent pas faire oublier que, pour certain-e-s adolescent-e-s, le confinement a été l'occasion de s'initier ou de se perfectionner dans l'utilisation des outils numériques, d'acquérir de nouvelles compétences (musique, cuisine, etc.) ou encore de redécouvrir le partage d'une partie de leur existence avec leurs parents et leur fratrie. À titre d'exemple, si certains jeunes LGBT ont souffert de leur isolement, notamment en présence de parents pas au courant de leur orientation, plusieurs d'entre eux ont profité de cette période pour réfléchir à leur situation, leurs besoins et envies, et parvenir à faire leur coming out une fois le confinement levé.

Le site www.ciao.ch, qui existe depuis 1997, répond aux besoins d'information et d'orientation des adolescent-e-s dans tous les domaines de la santé tant physique que mentale et constitue à ce titre une plateforme d'observation idéale du vécu des jeunes pendant la pandémie. Sans surprise, ses responsables ont enregistré une augmentation de plus de 25% des questions posées aux professionnels et de 82% dans la fréquentation des forums. Les contenus internet de ces derniers mois démontrent l'importance de la recherche de normalité et des échanges, l'intérêt pour les jeunes de constater qu'ils ne sont pas les seuls à se poser des questions. Les professionnels impliqués dans la gestion des médias sociaux relèvent cependant *des lacunes importantes dans la gestion par les autorités des*

commentaires faits sur les réseaux sociaux, comme le verrouillage sur TikTok des critiques faites sur la gestion de la crise sanitaire. Sont aussi soulignés à la fois la créativité des adolescent-e-s sur les réseaux sociaux et leur capacité à venir en aide à leurs pairs, voire aux aînés, mais aussi les dangers liés aux *fake news*, contre lesquels les jeunes ne sont pas suffisamment armés, et l'importance de les aider à développer une culture numérique éclairée.

QU'EN EST-IL DES DROITS DES ADOLESCENT-E-S EN PÉRIODE DE PANDÉMIE?

La voix des adolescent-e-s n'a que peu ou pas été sollicitée et entendue depuis le début de la pandémie, en Suisse comme à l'étranger.² Pourtant, beaucoup ont conçu et participé à des initiatives intergénérationnelles emblématiques d'une très forte solidarité.⁷ Ils ont fait preuve de maturité, d'esprit civique et d'un sens élevé des responsabilités; ils ont montré qu'ils pouvaient être des partenaires dans la crise sanitaire que nous traversons. À titre d'exemple, même si nous ne possédons pas de chiffres pour la Suisse, au Royaume-Uni, il est estimé qu'environ 750 000 adolescent-e-s se sont mobilisé-e-s pour venir en aide à des personnes âgées et/ou vulnérables. *Les adolescent-e-s possèdent des compétences, qui devraient être mieux valorisées à l'avenir, notamment en les associant aux discussions entourant les décisions qui affectent leur santé et leur vie scolaire, familiale et professionnelle.* Par ailleurs, les droits à l'information et à la participation sur tous les objets qui les affectent directement ou indirectement constituent des droits de l'enfant/adolescent-e que la Suisse s'est engagée à respecter.⁵

DES PISTES POUR LES MOIS QUI VIENNENT

Quatre ateliers ont cherché quelles réponses apporter à la situation actuelle. Un point essentiel est la nécessité de récolter des données, ce qui permet de nourrir la réflexion et tirer des conséquences pour améliorer les décisions sanitaires s'agissant de la population adolescente. Il a été proposé qu'à l'avenir, une institution responsable mette en place *un recueil systématique de données* sur l'impact de la pandémie sur la santé des adolescent-e-s, de même que sur leurs scolarisation, trajectoires professionnelles et vie sociale: impact direct de la maladie notamment à long terme, impact aussi sur les individus et familles ayant affronté des situations de crise sévère, voire des décès. Il a été proposé de promouvoir les activités de soutien par les pairs, qui ont fait leurs preuves dans de nombreux domaines, et dont les forums mis sur pied par Ciao sont un exemple. Le colloque a mis en évidence l'appui que les adultes, en tant que *role models*, peuvent apporter, pour autant qu'ils manifestent un réel intérêt à comprendre les difficultés rencontrées par les jeunes en situation de vulnérabilité. De plus, les informations qui circulent sont difficiles à appréhender pour la population en général et les jeunes en particulier qui se sentent mal écoutés. *Tout se passe comme si, dans la conduite des mesures sanitaires, les aspects psychosociaux et éthiques (droit à la santé et la formation) étaient systématiquement gommés au profit d'un seul discours rationnel mettant en balance les enjeux sanitaires et économiques.* Les jeunes constituent la force décisionnelle de demain et devraient être parte-

TABLEAU 1

Principaux messages aux autorités, décideurs et à la population en général

- Expliciter de façon claire et adaptée aux adolescent-e-s les enjeux liés à la pandémie et favoriser une cohérence et du sens pour obtenir leur compréhension et adhésion.
- Réfléchir avec eux aux questions existentielles que pose la pandémie du point de vue de l'évolution de notre biosphère: déforestation, raréfaction de la biodiversité, réchauffement climatique, et leur donner une voix.
- Mettre en place un dialogue constructif entre autorités et adolescent-e-s, par exemple, dans le respect des droits participatifs consacrés par la CDE, en créant une task force de jeunes dans les régions linguistiques.^{3,14}
- Proposer aux autorités fédérales et cantonales de valoriser publiquement les sacrifices consentis et les actions menées par les jeunes durant la pandémie.
- Maintenir à tout prix les écoles ouvertes, comme le recommande le bureau régional de l'Europe de l'OMS.^{9,10} et si la fermeture devenait inévitable, ne la maintenir que pour de courtes périodes.
- Assurer un accès aux soins constant aux adolescent-e-s vulnérables en période de pandémie, en définissant avec eux les besoins «urgents», notamment pour ceux qui souffrent d'affections chroniques.
- Fournir un soutien aux parents désemparés par la conjonction de leurs activités professionnelles et leur tâche de supervision parentale.¹⁶
- Soutenir la transition numérique des écoles et des institutions travaillant pour et avec les adolescent-e-s, tout en protégeant les jeunes des excès et risques liés à l'utilisation d'internet.^{17,18}
- Lutter contre les inégalités, en termes d'accès aux soins, à l'éducation et à la nourriture, notamment au travers du maintien de l'école en présentiel et de l'accès aux soins.

TABLEAU 2

Sujets à aborder avec les jeunes en période de pandémie

Le tableau indique les domaines que tout praticien devrait aborder avec les jeunes durant une consultation¹⁹ en période de pandémie.

- Besoin d'information sur la pandémie, le (corona)virus, la vaccination, les traitements.
- Appréhensions par rapport à la contagion: pour soi-même, les amis, les parents.
- Aborder la culpabilité subie par la pression familiale, sociétale en lien avec le risque de transmission.
- Craintes par rapport à la santé: symptômes, douleurs, changement de poids, problèmes de sommeil.
- Exacerbation de conflits familiaux, violence physique, psychologique, situation familiale (professionnelle des parents, etc.).
- Problèmes de dépendance (aux substances psychoactives).
- Usage problématique d'écrans (explorer leurs activités sur Internet, le temps, les rythmes, le cyberharcèlement).
- Difficultés scolaires et professionnelles, retard dans les apprentissages, crainte par rapport au marché du travail, projection dans l'avenir, sens de la vie.
- Rupture dans les amitiés et les relations amoureuses, prévenir l'isolement, favoriser la socialisation dans le respect des directives sanitaires.
- Prise de risques excessive (transgressions, violence, mise en danger en matière de vie sexuelle, consommations, etc.).

naires des décisions concernant leur avenir.¹⁴ Par souci de conformité avec les dispositions de la CDE,⁵ il importerait dorénavant de redonner sa place à l'éthique et aux obligations des autorités politiques et administratives envers les adolescent-e-s, à parts égales avec d'autres enjeux sanitaires ou économiques. Dans cette perspective, *les autorités devraient expliciter et transmettre les valeurs fondant les décisions sanitaires qui sont prises et systématiquement consulter les enfants/adolescent-e-s et les inclure dans les processus décisionnels*. En outre, il est suggéré de veiller à l'avenir à la cohérence des messages et des décisions (notamment intercantionales), d'assurer leur convergence et de faire appel à un langage compréhensible, en utilisant des voies de communication adaptées (réseaux sociaux par exemple). Le **tableau 1** résume les principales propositions faites à l'issue du colloque à l'intention des décideurs et de la société en général.

CONCLUSION: RÔLE À JOUER POUR LES MÉDECINS PRATICIENS

Deux récentes publications démontrent, si besoin est, l'urgence de mieux tenir compte de la situation et des avis des jeunes à l'ère du Covid.¹⁷ Face à ce défi, les praticiens de première ligne sont appelés à jouer un rôle important à deux niveaux. Dans leur pratique courante, lors des consultations, en suivant les critères internationaux de services «amis des jeunes»,^{4,15} ils devraient systématiquement explorer la manière dont leurs jeunes patients vivent cette pandémie: répondre à leurs questions, s'enquérir de leur vision de l'avenir, revoir avec eux leurs situation et habitude de vie, comme proposé dans le **tableau 2**. Par ailleurs, ils devraient, comme cela a d'ailleurs été le cas ces dernières semaines au travers des médias, intervenir dans le débat public et faire un plaidoyer, pour mais surtout *avec les jeunes*, en attirant l'attention des décideurs et professionnels concernés sur l'importance de les écouter et les entendre authentiquement à la lumière de leurs droits.^{1,5}

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

Remerciements: Les auteurs remercient chaleureusement tous les participants au colloque des 27 et 28 novembre 2020 pour leur participation active et soutenue aux échanges et aux débats: V. Baltag, cheffe de l'Unité Santé des adolescents & jeunes adultes, Organisation mondiale de la santé, Genève; Martine Brunschwig-Graf, économiste, ancienne conseillère d'État, DIP, Genève; Oriane Cochand, enseignante, directrice du Centre professionnel du Nord vaudois, Yverdon-les-Bains; Valérie D'Acremont, spécialiste en infectiologie, professeure associée, Unisanté, Lausanne; Marjory Winkler, responsable maintenance du site Ciao, Lausanne; Daniela Di Mare Appéré, directrice générale de l'Office de la jeunesse, DIP, Genève; Kyra Dupont Troubetzkoy, journaliste, Heidi.news, Genève; Anne Edan, pédopsychiatre, Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHUV, Genève; Céline Fontannaz, journaliste, Radio suisse romande, Lausanne; Nina Ferencic, responsable programme enfants et adolescent-e-s, UNICEF, Genève; Idris Guessous, professeur chef du Service de médecine de premier recours, HUG, Genève; Yvon Heller, pédiatre, membre du Conseil de l'Institut des droits de l'enfant; Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la *Revue médicale suisse*; Bertrand Knobel, directeur, lycée du Muristalden, Berne; Stéphanie Koch, spécialiste en littéracie numérique, Genève; Marie-Françoise Lucker-Babel, juriste, spécialiste en droits de l'enfant, Genève; Irène Lunghi, étudiante en médecine, Genève; Éric Masserey, médecin cantonal adjoint, Direction générale de la santé, Lausanne; Katherine Roberts, assistante sociale, cheffe de l'Office régional du Nord vaudois, Direction générale de l'enseignement du canton de Vaud; Philippe Stephan, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, CHUV, Lausanne; Alexia Scappaticci, éducatrice spécialisée et travailleuse sociale, Le Refuge/Dialogai, Genève.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les autorités et décideurs devraient mieux respecter les droits des jeunes en sollicitant leur avis et leur participation
- Les messages sanitaires doivent expliciter les valeurs qui fondent les décisions prises
- Les écoles devraient rester ouvertes dans toute la mesure du possible
- Les médecins doivent, lors des consultations avec les jeunes, offrir systématiquement un dialogue et des informations autour de la problématique du Covid
- Ils doivent repérer des problématiques telles que conflits familiaux, abus d'internet ou prise de risque sanitaire

- 1 Coronavirus CLvdl. Les droits de l'enfant pendant le Coronavirus : points de vue et expériences des enfants. In: Centre pour les droits de l'enfant de la Queen's University à Belfast. Genève: TdHCIdDdLE, ed., 2020. Disponible sur : www.tdh.ch/sites/default/files/covidunder19_thematic_summaries_francais_20201209.pdf.
- 2 *Dulieu N, Burgess M. The Hidden Impact of COVID-19 on Child Rights. In: Save the Children International. The Hidden Impact of Covid-19 on Children: A Global Research Series. Londres: International StC, ed., 2020. Disponible sur : resourcecentre.savethechildren.net/library/hidden-impact-covid-19-children-global-research-series.
- 3 UNICEF. Risk Communication & Community Engagement: Practical Tips on Engaging Adolescents and Youth in the COVID-19 Response 2020. Disponible sur : www.unicef.org/media/66761/file/Practical-Tips-on-Engaging-Adolescents-and-Youth-in-the-COVID-19-Response-2020.pdf.
- 4 World Health Organization. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Genève: World Health Organization, 2017; 151 pp.
- 5 *Assemblée générale des Nations unies. Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant. New York: Unies AgdN, ed, 1990. Disponible sur : www.unicef.ch/fr/unicef/international/convention-relative-aux-droits-de-lenfant.
- 6 UNESCO. Mental Health Effects of School Closures During COVID-19. 2020. Disponible sur : <https://en.unesco.org/covid19/educationresponse> (accessed August 22 2020).
- 7 *UNICEF. Preventing a « Lockdown » Generation in Europe and Central Asia; Building Resilient Societies With Young People in the Era of COVID-19. In: Genève: UNICEF, 2020; 80 pp. Disponible sur : www.unicef.org/eca/media/14671/file/UNICEF ETF_report.pdf.
- 8 Allam M, Ader M, Igrioglu G. Youth and COVID-19: Response, Recovery and Resilience. Paris: Organisation de coopération et de développement économiques, 2020; 36 pp.
- 9 Regional Office for Europe WHO. Joint Statement – Towards a Consensus on Safe Schooling in the WHO European Region During the COVID-19 Pandemic. Copenhagen: Regional Office for Europe WHO, ed., 2020.
- 10 Panovska-Griffiths J, Kerr CC, Stuart RM, et al. Determining the Optimal Strategy for Reopening Schools, the Impact of Test and Trace Interventions, and the Risk of Occurrence of a Second COVID-19 Epidemic Wave in the UK: A Modelling Study. *Lancet Child Adolesc Health* 2020;4:817-27. DOI: 10.1016/S2352-4642(20)30250-9 [published Online First: 2020/08/08].
- 11 Devillé C, Lambert N. Soins aux adolescents migrants mineurs non accompagnés à la Consultation santé jeunes : soutien, psychothérapie et résilience. *Rev Med Suisse* 2018;14:822-4.
- 12 Endale T, St Jean N, Birman D. COVID-19 and Refugee and Immigrant Youth: A Community-based Mental Health Perspective. *Psychol Trauma* 2020;12(Suppl.1):S225-7. DOI: 10.1037/tra0000875 [published Online First: 2020/06/02].
- 13 Czeisler ME, Lane RI, Petrosky E, et al. Mental Health, Substance Use, and Suicidal Ideation During the COVID-19 Pandemic – United States, June 24-30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:1049-57. DOI: 10.15585/mmwr.mm6932a1 [published Online First: 2020/08/14].
- 14 UNICEF. Engaged and heard! Guidelines on Adolescent Participation and Civic Engagement. New York: UNICEF, 2020; 84 pp.
- 15 *Ambresin A, Michaud P, Haller D. Services « amis des jeunes » : promouvoir des soins adaptés aux adolescents. *Rev Med Suisse* 2014;10:1278-81.
- 16 Cluver L, Lachman JM, Sherr L, et al. Parenting in a Time of COVID-19. *Lancet* 2020;395:e64. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30736-4 [published Online First: 2020/03/30].
- 17 Kiraly O, Potenza MN, Stein DJ, et al. Preventing Problematic Internet Use During the COVID-19 Pandemic: Consensus Guidance. *Compr Psychiatry* 2020;100:152180. DOI: 10.1016/j.comppsy.2020.152180 [published Online First: 2020/05/19].
- 18 Ko CH, Yen JY. Impact of COVID-19 on Gaming Disorder: Monitoring and Prevention. *J Behav Addict* 2020;9:187-89. DOI: 10.1556/2006.2020.00040 [published Online First: 2020/07/08].
- 19 Goldenring JM, Rosen D. Getting into Adolescent Heads: An Essential Update. *Contemp Pediatr* 2004;21:64-80.

* à lire

** à lire absolument

Pandémie, d'une vague à l'autre: quand la santé publique se mue en affaire privée

JACQUES AUBERT

Rev Med Suisse 2021; 17: 155-6

Admirée pour sa maîtrise sanitaire et économique de la première vague, la Suisse est aujourd'hui montrée du doigt à l'étranger pour sa gestion de la deuxième vague: le pays a l'un des taux de mortalité les plus élevés au monde, il est, cet automne, l'un des plus infectés, et particulièrement Genève, qui abrite pourtant les papes de l'expertise en la matière, les Prs Didier Pittet et Antoine Flahault! Troublant paradoxe. Que nous dit cette histoire? Loin des modèles mathématiques si souvent évoqués par les experts, le clinicien pragmatique, auteur de ces lignes, observe, s'interroge et analyse. Pourquoi et comment en est-on arrivé là?

Dans Venise désertée, début juillet, impossible d'aller se recueillir devant Titien et son *Martyre de Saint Laurent* sans porter un masque, même tout seul dans la vaste Chiesa dei Gesuiti; le sacristain est aux aguets, comme les policiers, mètre en main, qui vérifient l'espacement des tables dans les restaurants...

quasi vides. En Suisse, l'été est aussi beau qu'à Venise, sauf qu'on célèbre avec enthousiasme la vie renaissante: la jeunesse s'agglutine, visages découverts, sur les terrasses, dans les bars et les restaurants. Relâchement? Et alors?

Le nombre de cas gonfle chez nous, on s'inquiète et on s'étonne! Mais non: quand un nouveau virus respiratoire rencontre une population non immunisée, la proximité retrouvée des humains, sans gestes barrières, l'enchanté. Il peut à nouveau passer de l'un à l'autre. «Croissez et multipliez», le virus connaît bien! Mais le nombre d'hospitalisations demeure faible, on s'étonne encore: le virus aurait-il connu une grande mutation, serait-il devenu moins virulent? Mais non: quand le Coronavirus infecte, comme cet été, les jeunes en bonne santé, il se contente presque toujours, on le sait maintenant, de les infecter sans gravité. Et alors?

«La Suisse a dormi pendant l'été», analyse l'OMS. Oui, il y a eu du relâchement chez les jeunes. Et alors? «Il aurait fallu s'impliquer auprès des jeunes», observe Bertrand Kiefer dans son Bloc-Notes du 25 novembre, et «rester concentrés sur les gestes barrières». Certes, mais des gestes barrières ciblés, car «le but premier est de protéger les personnes vulnérables», rappelle pertinemment Claire-Anne Siegrist (*Le Temps*, 28 novembre 2020).

C'est à l'automne que tout bascule, et on s'étonne à nouveau: on attendait une deuxième vague, mais en saison froide, dans les frimas de fin novembre et décembre. Or, elle survient fin septembre. Que se passe-t-il donc avec les couleurs de l'automne? Le soleil décline, il pleut, il

vente. On se replie chez soi, on va voir ses proches en intérieur, ses parents plus âgés, possiblement vulnérables; on partage de beaux moments, démasqués, dans les chaumières, et le virus, enchanté, connaît un nou-

veau potentiel de dissémination. Sauf que, là, c'est chez les fragiles qu'il se répand, contrairement à l'été. Et ce qui devait arriver arriva!

«Il aurait fallu serrer un peu plus la vis», dit un expert; «la stratégie doit être appliquée de façon plus stricte», dit un autre. Stratégie plus stricte ou... stratégie plus spécifique et mieux ciblée? On aurait dû «focaliser beaucoup plus en amont sur la recherche des foyers de contamination, les clusters», dit un troisième expert. A-t-on entendu la recommandation pourtant essentielle de focaliser l'attention surtout en aval sur les sujets vulnérables susceptibles de développer des complications et de surcharger les hôpitaux? On rend obligatoire le port du masque dans les transports publics, puis dans les lieux publics clos. Très bien. Mais jamais on n'insiste sur l'importance primordiale de porter le masque aussi et surtout dans les lieux

privés clos, en présence des sujets vulnérables, précisément où le Coronavirus fait problème. Et ce qui devait arriver arriva!

En santé publique, comme en médecine, toute bonne pratique suppose d'adapter la prescription, qu'elle soit préventive ou curative, aux sujets concernés. En présence d'un taux de cholestérol élevé, le médecin ne prescrit pas une statine à chaque patient. Il évalue pour chacun le risque que ce cholestérol fasse problème et cible ainsi sa prescription. Pourquoi, avec le Coronavirus, ne pas proposer des recommandations mieux ciblées aux sujets vulnérables? Protégez-vous et protégeons-les! Proposée tous azimuts, la prévention oublie et rate la cible, et voilà où nous en sommes arrivés avec la deuxième vague.

Le souvenir de la première vague et du confinement des sujets vulnérables a troublé beaucoup d'esprits. On se souvient de la montée aux barricades, en France, de Bernard Pivot et d'Axel Kahn pour avoir entendu, au printemps, l'éventualité d'un confinement des aînés jusqu'à la fin de l'année! «Malgré leur vulnérabilité, les personnes âgées ont aussi des droits; les autorités ne pouvaient pas leur demander de rester chez elles», précise une experte. Étrange évocation d'un confinement éventuel sélectif des vulnérables, quand nous disposons, contrairement au printemps, des moyens barrières en suffisance (masques, solutions hydroalcooliques) pour rendre possible la sortie des sujets fragiles, moyennant le respect scrupuleux de tous les gestes barrières.

Au cours de cette deuxième vague s'est donc exprimée et réalisée la volonté d'adresser les consignes sanitaires à la totalité de la population. «Nous devons lutter contre le virus, plutôt que d'exercer une discrimination à l'encontre des groupes à haut risque», déclare Soumya Swaminathan, de l'OMS (*Le Temps*, 19 octobre 2020). Il fallait «mettre fin à la stigmatisation des vulnérables», se réjouit le directeur de Pro Senectute (*Le Temps*, 12 novembre 2020).

**C'EST À L'AUTOMNE
QUE TOUT BASCULE,
ET ON S'ÉTONNE
À NOUVEAU**

Même Luc Ferry trouve «absurde et insupportable de catégoriser les populations par classes d'âge». Nous voilà en pleine réalisation du paradigme d'une société inclusive, laquelle se refuse à toute catégorisation car jugée stigmatisante et discriminative. Une telle société qui, pour reprendre une expression chère à Alain Finkielkraut, fait de *l'exclusion de l'exclusion* son cheval de bataille, peut conduire au pire lors d'une pandémie. Nous en payons le prix sanitaire, économique et même psychosocial avec cette deuxième vague et sa gestion problématique.

**SAURONS-NOUS
TIRER LES LEÇONS
DE CET AUTOMNE?**

La survenue d'une troisième vague ne saurait être exclue, sauf échéance du vaccin. Saurons-nous tirer les leçons de cet automne, et adapter spécifiquement, prioritairement et scrupuleusement les gestes barrières en présence de sujets vulnérables? Je vais voir des personnes vulnérables, ou elles viennent me voir, car nous refusons la distance affective, mais nous portons constamment un masque en présence les uns des autres. À cent lieues de toute stigmatisation, discrimination ou exclusion, c'est la sagesse pratique des Grecs qui serait à l'œuvre, la *phronesis*

d'Aristote, adaptée à la prise en compte et au respect de la singularité et de la vulnérabilité de chaque être humain. Et laissons les bébés nageurs s'ébattre en piscine avec leurs parents et les jeunes se côtoyer dans les bars! Pour le bénéfice de tous!

DR JACQUES AUBERT

Institut universitaire
de la médecine générale (IUMG)
Rue de Soleure 13
2525 Le Landeron
jac.aubert@bluewin.ch

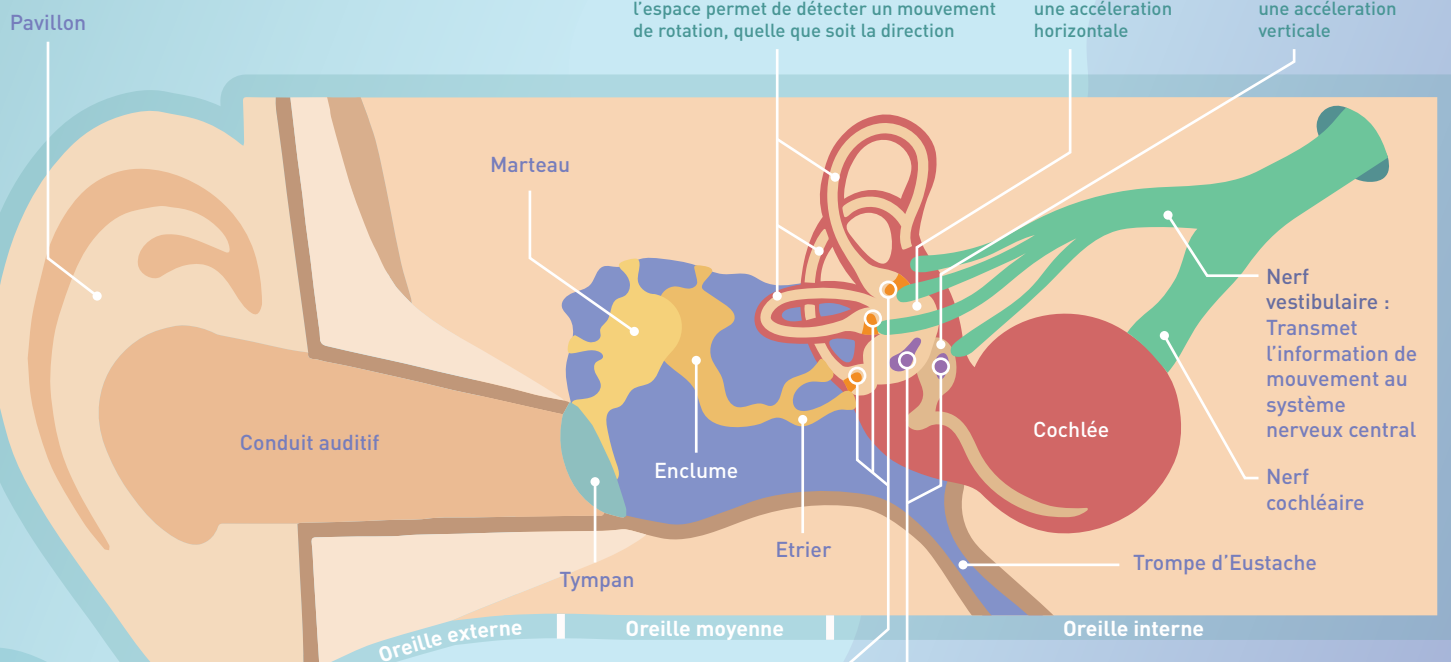
Le mal des transports

La cinétose, ou « mal des transports », se caractérise par la difficulté du cerveau à intégrer des informations discordantes entre la perception visuelle, les signaux sensoriels en provenance de capteurs au niveau de la peau, des muscles et des tendons, et les influx du système vestibulaire (partie de l'oreille interne capable de détecter tous les mouvements que fait la tête).
Résultat : mal-être, nausées et parfois vomissements.

3 à 5%

de la population est concernée par le mal des transports en voiture ; en avion, la proportion est de **0,5 à 10%** (long et moyen courriers), et en mer, elle atteint **25 à 30%** et près de **100%** par mer forte.

LES ACTEURS DE LA PERCEPTION DU MOUVEMENT DANS L'OREILLE INTERNE



COMMENT LIMITER LES SYMPTÔMES ?

1

Fixer un point à l'horizon pour permettre au système visuel de confirmer le mouvement ressenti et éviter de fixer un point vers le bas (livre ou écran sur les genoux, par exemple).

2

Prendre un repas léger avant le départ mais éviter l'alcool et les aliments gras.

3

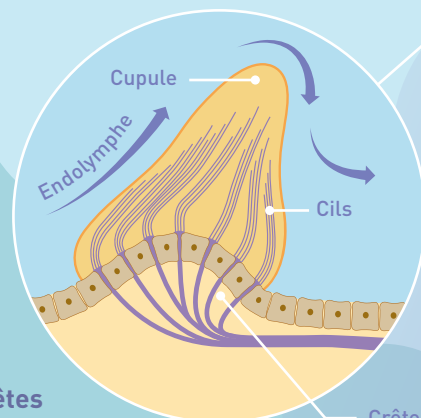
Essayer de dormir.

4

Parfois, un traitement médicamenteux par antihistaminique ou scopolamine peut être envisagé.

Crêtes ampullaires et cupules : sensibles au mouvement de rotation

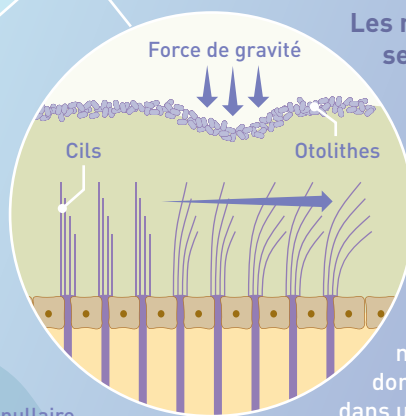
Elles se trouvent à la base de chaque canal semi-circulaire. Lors d'un mouvement, l'endolymphe (le liquide présent dans ces canaux) se déplace dans le canal et exerce une pression sur la cupule, qui est constituée d'une substance gélatineuse. Ce mouvement de la cupule entraîne les cils (récepteurs sensoriels) et renseigne sur les mouvements dans les trois dimensions.



Crête ampullaire contenant les cellules ciliées

Les macules : sensibles aux mouvements linéaires et à la gravité

Elles se trouvent dans le saccule et dans l'utricule. Elles contiennent des cellules ciliées (cellules neurosensorielles) dont les cils sont pris dans une membrane gélatineuse recouverte par les otolithes (petits cristaux de carbonate de calcium). Lorsque la tête change de position, les otolithes sont entraînés par leur poids (inertie). Il en résulte un fléchissement des cils des cellules neurosensorielles. Ceci permet à ces dernières de transmettre une information de mouvement et de position précise au système nerveux central.



LES PERSONNES LES PLUS À RISQUE

- Enfants de plus de 2 ans
- Femmes enceintes ou sous traitement hormonal
- Personnes souffrant de migraine

Experts : Dre Laurence Rochat, médecin spécialiste FMH en médecine tropicale et médecine des voyages ; PD Dr Nils Guinand, responsable de l'Unité d'oto-neurologie, HUG

planète santé

LE STYLE JEAN-FRANÇOIS BALAVOINE

Après 20 ans à la tête du Conseil d'Administration de Médecine et Hygiène, Jean-François Balavoine a décidé de passer à de multiples autres choses, qui vont de l'aide à la gestion du Covid jusqu'à l'exploration des criques de la mer Égée, en passant par le fidèle suivi de nombreux patients. Il est largement temps, mais pas facile, de lui dire merci. Jean-François, d'abord, durant toutes ces années, ce fut un style. Une manière d'être au sein de Médecine et Hygiène. Et même plus: une culture, une vision du monde. Il a insufflé à la Coopérative l'esprit d'entreprendre: ne pas craindre les risques. Mais aussi, il a toujours cherché à mettre l'ensemble des activités au service des médecins et des soignants. Ce qui supposait d'entretenir une forme de passion pour les évolutions de la science et de la société, tout en s'intéressant aux conditions très concrètes de la pratique. Son cheval de bataille a aussi été l'évolution du rôle des patients, et il a incité la Coopérative à lancer des projets où ils étaient considérés comme des partenaires ou, plus encore, comme des co-thérapeutes.

Quelle vie ce fut, Médecine et Hygiène, sous la présidence de Jean-François! Une perpétuelle métamorphose. Avec des doutes (parfois) et des joies (souvent), par exemple liés au lancement de la *Revue Médicale Suisse* (en 2005, lors de la

réunion de la *Revue Médicale Suisse* et de la *Revue médicale de la Suisse romande*). Jean-François s'est aussi engagé dans les défis que représente le secteur de l'information santé destinée au grand public, avec le développement de Planète santé. D'abord dans sa forme magazine, développé et produit en partenariat avec les sociétés de médecine de Suisse romande et la SMSR, puis le site internet planetesante.ch – devenu maintenant le site numéro 1 en santé produit en Suisse romande. Ce site représente bien l'esprit de l'entreprise: la mise en commun de plus d'une centaine d'acteurs – quasi tous les institutionnels – de leurs idées, de leurs compétences, de leurs spécificités – dans une communauté de démarche. C'est cet esprit, toujours, qui a présidé au lancement des salons grand public Planète santé live, qui ont à chaque fois attiré plus de 30 000 personnes. À chacune de ces aventures, Jean-François a apporté son enthousiasme, son engagement désintéressé et son art de créer des réseaux d'amitiés.

Jean-François s'est aussi démené dans la continuelle recherche d'argent nécessaire à ce dynamisme. Il faut dire que les conditions du domaine de l'édition n'ont pas été faciles. Mais, avec Jean-François, le but central de la Coopérative – l'information médicale et

de santé indépendante et de qualité – a toujours primé sur l'argent. Si recherche de profit il y a eu, parfois, c'était pour l'investir dans d'autres projets – de nouvelles aventures intellectuelles – et pour pérenniser la Coopérative. Médecine et Hygiène n'a pas distribué de dividende aux coopérateurs – merci à eux – depuis une éternité. L'entreprise est bien loin de l'objectif de 15% de rentabilité d'un grand groupe de presse suisse dont nous taïrons le nom...

Les défis de Médecine et Hygiène ont donc aussi été, ces dernières décennies, la pub en baisse d'abord, puis en effondrement, une imprimerie devenant impossible à rentabiliser, les librairies médicales (à Genève et Lausanne) qui s'enfonçaient dans les déficits. Et, derrière tout cela, la difficulté humaine de fermer certains secteurs, d'essayer de transférer ou de réinsérer des personnes. Mais le futur a toujours primé, les évolutions ont été continues, les adaptations – en particulier aux nouveaux défis éditoriaux, à l'informatisation massive des processus – furent menées en suivant une logique d'avant-garde. Être en avance sur les méthodes a toujours été une marque de fabrique de Jean-François.

Et, cerise sur le gâteau (même si Jean-François reste jeune), tout cela, il

LU POUR VOUS Hypoxémie: les limites du saturomètre, en particulier en cas de peau foncée

On connaît bien les limites de la mesure transcutanée de la saturation en oxygène lors de mauvaise perfusion périphérique ou en présence d'hémoglobine anormale (par exemple lors d'intoxication au CO). Cette lettre à l'éditeur a comparé les valeurs de saturation transcutanée en oxygène avec la mesure directe obtenue par gazométrie artérielle chez des patients hospitalisés. 8673 patients caucasiens et 1326 patients noirs ont bénéficié de plus de 48 000 mesures en parallèle. Les valeurs étaient ajustées pour l'âge, le genre et la sévérité clinique (score cardiovasculaire

SOFA). Le pourcentage de patients présentant une saturation en oxygène basse ($\text{SaO}_2 < 88\%$) mesurée par analyse des gaz du sang malgré des mesures faussement rassurantes à l'oxymètre de pouls (StcO_2 92-96%) était de 11,4 chez les patients noirs (IC 95%: 7,6-15,2%) versus 3,6 (IC 95%: 2,5-4,6%) chez les caucasiens. On peut donc manquer une hypoxémie réelle en se fiant aux valeurs rapportées par le saturomètre presque trois fois plus souvent chez les patients noirs que chez les caucasiens! **Commentaire:** Actuellement, la mesure de la saturation est un

paramètre de triage utile en pratique ambulatoire à condition d'en connaître les limites. Cette étude réalisée avec des appareils de mesure probablement plus performants que ceux utilisés au cabinet nous apprend que, même dans ces conditions, les valeurs obtenues peuvent manquer une hypoxémie, en particulier chez les patients avec une peau foncée. Il faut donc rester critiques face aux valeurs obtenues si le patient présente un état clinique inquiétant (par exemple une tachypnée ou une agitation). Seule une gazométrie effectuée en milieu hospitalier pourra définitivement exclure

l'hypoxémie. Cela semble important chez nos patients Covid qui tolèrent parfois étonnamment bien des hypoxémies sévères.

Nicolas Blondel

HFR Fribourg – Hôpital cantonal

Coordination: Dr Jean Perdrix,
Unisanté (jean.perdrix@unisante.ch)

Sjoding MW, et al. Racial bias in pulse oximetry measurement. *N Engl J Med* 2020; 383(25):2477-8. doi: 10.1056/NEJMc2029240.

l'a pratiqué avec beaucoup de gentillesse, de bienveillance, mettant une intelligence mixte – de médecin praticien et de professeur de faculté – au service de l'entreprise.

Merci, donc, Jean-François, et bon vent – le vrai, le libre, celui que tu maîtrises aussi bien que le souffle de l'innovation ou la respiration encombrée de l'asthmatique – celui qui plane sur le lac et sur les mers lointaines.

Bertrand Kiefer

DES CHANGEMENTS À MÉDECINE ET HYGIÈNE

Conseil d'administration: Jean-François Balavoine, président, et Olivier Vodoz, membre très actif depuis plus de 20 ans, démissionnent.

Direction: Bertrand Kiefer quitte la direction de la Coopérative pour devenir président du Conseil d'administration (et reste rédacteur

en chef de la Revue Médicale Suisse). Michael Balavoine devient directeur (et reste rédacteur en chef de Planète santé) et Marion Favier directrice adjointe (et reste responsable du secteur communication et gestion d'événements).

LA COOPÉRATIVE MÉDECINE ET HYGIÈNE ET SES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS:

- Revue Médicale Suisse (hebdomadaire, journal officiel de la Société Médicale de la Suisse romande), avec version imprimée et site internet (revmed.ch) reprenant la revue et ses archives et proposant d'autres contenus.
- Planète santé, pôle d'information destiné au grand public, avec une version imprimée (distribuée dans les cabinets médicaux de Suisse romande), le site planetesante.ch et les salons annuels Planète santé live.
- Production de contenus en santé, écrits ou vidéo, y compris gestion de revues institu-

tionnelles comme Pulsations (HUG) ou BienVu! (Hôpital ophtalmique Jules Gonin).
 • Édition de livres, destinés aux professionnels de santé sous le label «Revue Médicale Suisse» (auparavant: «MH éditions»), destinés au grand public sous le label «Planète santé éditions», et de sciences humaines sous le label «Georg».
 • Secteur de communication et de gestion d'événements, au service de l'entreprise ou de tiers.

CARTE BLANCHE



Dr Jean-Luc Vonnez

Clos de la Pépinière 6
1040 Echallens
cabinet.vonnez@svmed.ch

MÉDECINE DE FAMILLE

Dernière consultation avant les fêtes. Le calme a gagné notre cabinet qui n'est plus éclairé que par une lampe dans la réception, pour signaler ma présence. C'est une visite rituelle que me rend Gérard*. Chaque mois, il vient me donner de ses nouvelles. Maintenant qu'il a retrouvé un toit, du travail et sa place dans un foyer communautaire, mon rôle se résume à superviser le traitement de substitution aux opiacés qu'il prend depuis des années. Gérard consomme diverses substances depuis sa jeunesse. Il raconte volontiers la grande époque des débuts de la médecine de

l'addiction, dont il a été à la fois témoin et utilisateur. Il considère le plus souvent ses consommations comme un art de vivre. Les démarches qu'il a entreprises pour les contrôler ont toujours eu des objectifs pratiques plutôt que l'ambition de tout changer. Et lorsqu'il se retourne sur son parcours, il semble ne pas regretter grand-chose et se dit satisfait de sa vie.

Gérald se tient toujours à la limite de ce que le cadre social peut tolérer. Il a d'ailleurs dépassé, au début de notre relation, ce que je pouvais accepter et a reçu de ma part un courrier lui expliquant pourquoi il m'était impossible de continuer à le suivre. Il est venu me présenter de vraies excuses et je n'ai jamais eu à regretter d'avoir accepté de continuer à être son généraliste. Depuis, notre relation suit son cours, plutôt paisible et sympathique.

Ce soir d'avant Noël, en me tenant au courant de la situation de ses consommations, je me laisse vraiment aller à écouter la description de ses journées, jusque dans les petits détails qui me les rendent étrangement réelles.

Il me raconte sa promenade quotidienne à la fin du travail. Le

détour rituel par l'épicerie du coin pour une première bière, puis la marche en direction de la Coop du village voisin où il trouve des marques plus à son goût pour la suite. Il m'entraîne dans le foyer, m'explique les horaires, les couloirs et les passages, me raconte le petit réseau d'amitiés, de méfiances et d'attachements qui font le quotidien de la communauté. Le temps a filé et nous nous quittons un peu en retard. J'hésite entre un sentiment d'inutilité et la gêne d'avoir été si complice. Certes, j'aime bien me mettre dans les pas des autres. Mais là, cette rencontre me laisse avec un malaise étrange. Je me suis laissé entraîner dans un monde très particulier et je suis troublé d'avoir pu y entrer si facilement. La sympathie que je peux ressentir pour les êtres un peu en marge me semble soudain suspecte. Et je doute vraiment de l'utilité de notre échange. Certes, notre relation n'est plus menacée par des reproches ou des menaces. Mais maintenant, c'est sa tiédeur confortable qui la rend vide. Pas de crise, pas de conflits, pas beaucoup d'espoir, même irraisonnable. Nous ne sommes pas loin de la résignation.

Je me sens soudain très seul dans le grand cabinet désert. Je m'enfuis presque pour rejoindre la chaleur des miens, pour reprendre des forces auprès des êtres que j'aime, après cette drôle d'année si éprouvante.

C'est sur le chemin du retour que je réalise ce qui est tellement absent du monde où m'a admis Gérard: la famille, les liens essentiels. Comme si les substances avaient pris la place des êtres. Comme si les autres n'étaient plus que des personnages de théâtre, parfois proches, mais tout de même éphémères.

Familles absentes ou vivantes, nous sommes tous fils ou fille, héritier ou légataire, accueilli ou rejeté, confiant ou exclu. Notre dépendance à ces liens s'enracine au plus fragile de l'enfance. Une nouvelle question redonne du souffle à ma relation avec Gérard. De plus en plus, je me reconnais avec un sourire dans cette dénomination de «médecine de famille».

* Prénom d'emprunt.

La vérité ne suffit plus

Plusieurs centaines d'études, un consensus scientifique, une obligation légale et une évidence pour beaucoup. Pourtant, à plusieurs reprises, se sont tenus des rassemblements d'opposition au port du masque.

La majorité des Suisses comprennent la nécessité de cette mesure qui tente d'endiguer une pandémie ayant déjà coûté la vie à plus d'un million de personnes à travers le monde. Pourtant, une partie de la population refuse en bloc ce qu'elle perçoit comme une atteinte à ses droits fondamentaux. Se crée alors une querelle entre ces deux groupes. La population générale critique les anti-masques pour leurs comportements irresponsables, les sceptiques qualifient le reste de crédules assujettis aux autorités. Chaque partie se sent assaillie par l'autre, les opinions se durcissent et le dialogue est rompu.

Il est pourtant connu depuis bien longtemps que les agressions verbales et morales ne font ni bouger les opinions ni changer les comportements. Dans les années 80, lorsque l'épidémie du VIH ravageait les États-Unis, différentes campagnes essayaient de ralentir la propagation de ce virus mortel. Une partie de ces dernières cherchaient simplement à humilier les individus ayant des comportements à risque avec des slogans tels que «Une mauvaise réputation n'est pas la seule chose que tu risques en couchant à droite et à gauche».¹ Il fût bien vite démontré qu'associer plaisir et protection était beaucoup plus efficace. Modifier un comportement en rabaisant son auteur ne fonctionnait pas pour les préservatifs et ne fonctionnera pas mieux pour les masques.

On peut ainsi comprendre l'entêtement des anti-masques au vu des réactions agressives qu'ils inspirent au reste de la population. Il reste néanmoins à déterminer la

cause originelle de leur refus. Comment un citoyen lambda peut-il en arriver à croire de parfaits inconnus en ligne et à rejeter un gouvernement envers lequel il avait accordé sa confiance? Les causes du refus remontent plus loin que cette crise.² En France, les anti-masques interrogés révèlent des taux de confiance envers leurs institutions historiquement bas.³ Le désaccord profond existant entre la popu-

lation et les institutions va au-delà des simples mesures sanitaires appliquées, c'est toute la politique gouvernementale qui est remise en question. Si chez nous la confiance envers les autorités de la population est bien plus haute,⁴ le problème est néanmoins présent. Les autorités

suisses ont d'ailleurs donné de la matière à ces mouvements par leur discours changeant sur la question de l'efficacité des masques. En fonction des réserves dont le pays disposait au début de la pandémie, les masques devinrent soudainement inefficaces puis, une fois en quantité suffisante, retrouvèrent leur utilité. Ce discours permit aux autorités d'allouer les masques aux soignants sans soulever trop de protestation. Ce mensonge a malheureusement créé pour certains une brèche de confiance à l'intérieur de laquelle sont venus s'engouffrer les arguments anti-masques.

Pour ne pas arranger les choses, notre cerveau a la fâcheuse tendance à être sujet à différents biais, dont celui de confirmation. Nous avons ainsi tous tendance à très facilement accepter les informations qui abondent dans notre sens et à rejeter avec véhémence les arguments inverses.² Les anti-masques se retrouvent ainsi méfiants envers un gouvernement leur ayant menti, en possession d'innombrables théories confortant leurs idées et confrontés à une population les stigmatisant et les humiliant.

La situation semble indémêlable, mais différentes actions pourraient être entreprises, chacune à leur niveau, dans le but de renouer le dialogue. Chaque citoyen ou citoyenne peut changer sa manière d'aborder un sceptique. La honte ne fonctionnait pas en 1980, pourquoi serait-elle d'actualité quarante années plus tard? Et si le double discours des autorités sur l'efficacité des masques est compréhensible, il représente un mensonge éhonté, relevé par nombre de personnes. Reconnaître ce fait et expliquer sa pertinence représenterait le premier pas vers le rétablissement d'un lien de confiance entre les autorités et les anti-masques.

**DIFFÉRENTES
ACTIONS POUR-
RAIENT ÊTRE
ENTREPRISES
DANS LE BUT DE
RENOUER LE
DIALOGUE**

1 A bad reputation isn't all you can get, 1980s – Surviving and thriving – NLM Exhibition Program. [Consulté le 29 octobre 2020]. Disponible sur: www.nlm.nih.gov/exhibition/survivingandthriving/digitalgallery/detail-A028179.html

2 Miller BL. Science denial and COVID conspiracy theories: potential neurological mechanisms and possible responses. JAMA Published online November 02, 2020. doi:10.1001/jama.2020.21332.

3 «Bas les masques!» : sociologie des militants anti-masques. Paris: Fondation Jean-Jaurès. 2020 [Consulté le 25 octobre 2020]. Disponible sur: <https://jean-jaurès.org/hos-productions/bas-les-masques-sociologie-des-militants-anti-masques>

4 Office fédéral de la statistique. Confiance dans les institutions. [Consulté le 18 juin 2020]. Disponible sur: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/vertrauen-institutionen.html

CLÉMENT BINDSCHÄDLER

Étudiant de 3^e année de sciences biomédicales
Université de Genève
1211 Genève 4
clembind@outlook.com