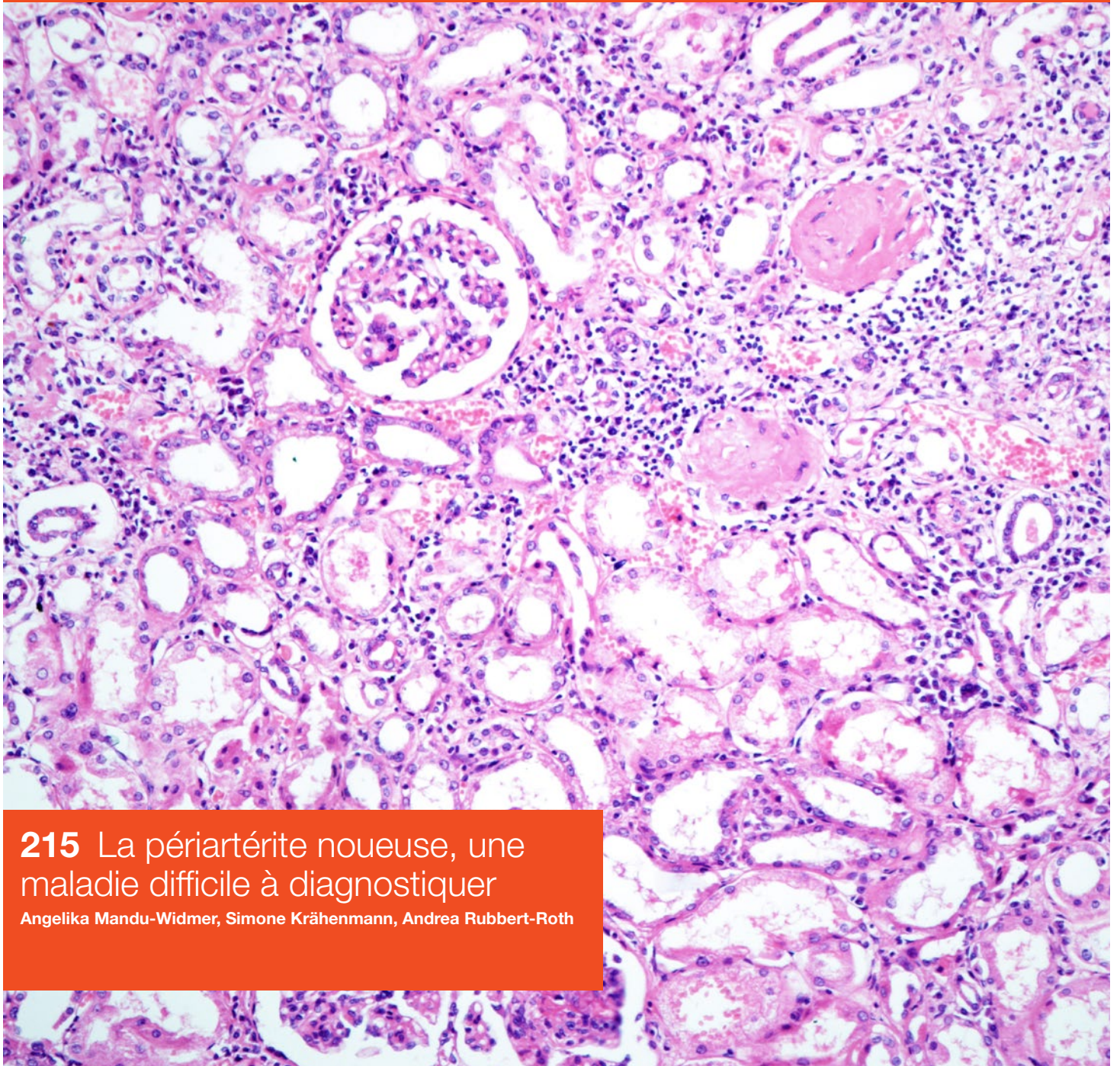




PRIMARY AND HOSPITAL CARE

Le journal de médecine interne générale à l'hôpital et au cabinet médical

Numéro 7
5 juillet 2023



215 La périartérite noueuse, une maladie difficile à diagnostiquer

Angelika Mandu-Widmer, Simone Krähenmann, Andrea Rubbert-Roth

201 Intégrer des aspects spirituels
dans le traitement de la douleur

Karin Hasenfratz, Simon Peng-Keller,

208 Les infections chez
les personnes âgées

Olivier Petitat, Matthias Berger,

222 Le sondage urinaire,
sans conséquences?

Nicolas Bovo, Chiheb Said, Gregor John

La relève est là – mais sur le point de raccrocher



Regula Friedli-Kronenberg

Il y a un peu plus de six mois, je me réjouissais dans ces colonnes des nombreuses mesures de promotion de la relève dans la médecine de famille et de l'enfance, qui portent désormais leurs fruits. Ma joie est actuellement ternie par les nombreux abandons de carrière qui menacent. Je vois de plus en plus de collègues douter de leur profession et envisager de la

Les médecins démissionnaires laissent un vide cruel.

quitter. La dernière génération de médecins est, à juste titre, moins ou plus du tout prête à accepter des conditions de travail accablantes. L'enquête de la NZZ menée auprès de plus de 4500 jeunes médecins a même montré que plus de 70 (!) pour cent d'entre eux ont déjà pensé concrètement, au moins une fois, à quitter la profession de médecin pour cette raison [1]. Il ne fait aucun doute que les mesures visant à accroître l'intérêt des futurs médecins pour la médecine de famille et de l'enfance demeurent indispensables. Toutefois, il est au moins aussi important de prendre des mesures en ce qui concerne les conditions de travail et les conditions cadres politiques, afin que la profession de médecin reste attractive ou le

redevienne! Les médecins démissionnaires laissent un vide cruel, y compris dans la médecine de famille et de l'enfance! L'ASMAC accomplit un travail indispensable dans les cliniques afin de paver la voie vers des conditions de travail conformes à la loi. Il faut cependant, outre le cadre légal, un véritable intérêt pour les préoccupations des médecins de la jeune génération, sans les juger ou les comparer à ses propres conditions ou dispositions d'autrefois. ILS sont l'avenir de notre système de santé et doivent être cherchés là où ils se trouvent. Qu'ils soient encore en formation postgraduée ou fraîchement installés dans leur cabinet, la relève est notre espoir et nous

Il faut un véritable intérêt pour les préoccupations de la jeune génération.

devons tout mettre en œuvre pour pouvoir garder ces personnes hautement qualifiées dans notre formidable profession!

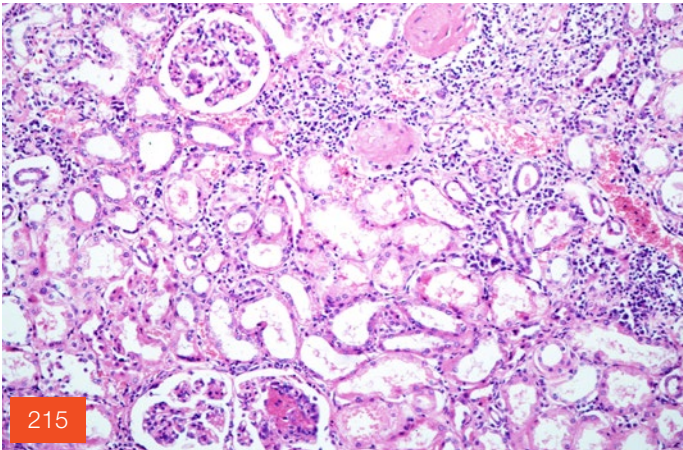
Référence

1 Niederberger M, Pfändler N, Kelén J. Bürokratie, Burnouts und Behandlungsfehler. Neue Zürcher Zeitung. 2023 Feb 20; p. 12–13.



Responsabilité
rédactionnelle
Manuel Schaub, JHaS

Correspondance
Tom Berger
Collaborateur au
Secrétariat JHaS
Effingerstrasse 2
CH-3011 Bern
tom.berger[at]jhas.ch



- 193 **Éditorial: La relève est là – mais sur le point de raccrocher**
Regula Friedli-Kronenberg

196 ACTUALITÉS

- 196 **ASMPP: Gestion des troubles physiques fonctionnels dans la médecine de premier recours**
Niklaus Egloff, Nina Bischoff

- 198 **SSMIG: Des crises et des défis**

- 199 **SSMIG: Actualités en bref**

- 199 **SSMIG: La SSMIG met en lumière l'innovation**

- 200 **SSMIG: Promouvoir les jeunes chercheuses et chercheurs**

201 RECHERCHE

- 201 **Guide pour l'intégration des aspects spirituels dans le traitement multimodal de la douleur**
Karin Hasenfratz, Simon Peng-Keller, Michael Rufer

- 206 **«Quand j'ai commencé médecine, je pensais être un vrai médecin qui soigne les gens»**
Entretien réalisé par: Alexandre Ronga

208 PERFECTIONNEMENT

- 208 **Les infections chez les personnes âgées**
Olivier Petitat, Matthias Berger, Eugénie Colin-Benoit, et al.

- 211 **Les bienfaits de la nage en eau froide sur la santé**
Katja Weiss, Pantelis T. Nikolaidis, Beat Knechtle

215 CASE REPORTS

- 215 **La périartérite noueuse, une maladie difficile à diagnostiquer**
Angelika Mandu-Widmer, Simone Krähenmann, Andrea Rubbert-Roth

- 218 **Appendice vermiforme**
Tania Hunziker, Kaspar Lüthi

222 AU QUOTIDIEN

- 222 **Le sondage urinaire, sans conséquences?**
Nicolas Bovo, Chiheb Said, Gregor John



Online only:

D'autres articles sont disponibles en ligne sous <https://primary-hospital-care.ch/fr/magazine-en-ligne/list>

How to: prescrire un régime?
Claire Pijollet

Impressum

Primary and Hospital Care

Organe officiel de mfe Médecins de famille et de l'enfance Suisse, de la Société Suisse de Médecine Interne Générale SSMIG, de la pédiatrie suisse, du Collège de Médecine de Premier Recours CMPR, de l'Académie Suisse de Médecine Psychosomatique et Psychosociale ASMPP, des Jeunes médecins de premier recours Suisses JHaS et des Swiss Young Internists SYI. Il est membre du «Committee on Publication Ethics» (COPE) et est répertorié dans le «Directory of Open Access Journals» (DOAJ), ce qui lui permet de répondre aux exigences de l'ISFM concernant les revues à comité de lecture (peer review). Contact: +41 61 467 85 52, office@primary-hospital-care.ch, www.primary-hospital-care.ch. Soumission de manuscrits en ligne: www.manuscriptmanager.net/phc

Rédaction interne à la maison d'édition: Matthias Widmer (managing editor a.i.); Jasmin Hell (managing editor); Caroline Murphy (assistante de rédaction)
Rédaction scientifique: Prof. Dr Stefan Neuner-Jehle, Zurich (rédacteur en chef); PD Dr Roman Hari, Bern (rédacteur en chef adjoint); Prof. Dr Thomas Dieterle, Arlesheim; Prof. Dr Jacques Donzé, Neuchâtel; Dr Alexandra Röllin Odermatt, Bern; Dr Alexandre Ronga, Lausanne; Dr Manuel Schaub, Bern
Responsabilité éditoriale de la rubrique de politique professionnelle «Actualités»: Sandra Hügli-Jost (mfe), Lea Muntwyler (SSMIG), Claudia Baeriswyl (SSP), François Héritier (CMPR), Niklaus Egloff (ASMPP), Regula Kronenberg (JHaS), Tobias Tritschler (SYI)

ISSN: version imprimée: 2297-7171 / version en ligne: 2297-721X

© EMH Editions médicales suisses SA (EMH), 2023. «Primary and Hospital Care est une publication libre (open access) des EMH sous la licence CC BY-NC-ND 4.0, qui accorde aux utilisateurs le droit illimité de re-

produire, distribuer et communiquer l'œuvre au public sous les conditions suivantes: (1) le nom de l'auteur doit être mentionné, (2) l'œuvre ne doit pas être utilisée à des fins commerciales et (3) l'œuvre ne doit en aucun cas être adaptée ou modifiée. L'utilisation commerciale n'est permise qu'avec l'autorisation explicite et préalable des EMH et sur la base d'un accord écrit.

Maison d'édition: EMH Editions médicales suisses SA, Farnsburgerstrasse 8, 4132 Muttenz, tél. +41 61 467 85 55, www.emh.ch

Annonces: Markus Will, Tél. +41 61 467 85 97, markus.will@emh.ch et Philipp Lutzer, Tél. +41 61 467 85 05, philipp.lutzer@emh.ch

Abonnements: EMH Kundenservice, Postfach, 4601 Olten, Tel. +41 58 510 29 73, emh@asmig.ch

Remarque: Toutes les données publiées dans ce journal ont été vérifiées avec le plus grand soin. Les publications signées du nom des auteurs reflètent avant tout l'opinion de ces derniers, pas forcément celle de la rédaction. Les posologies, indications et formes d'application mentionnées doivent en tous cas être comparées aux notices des médicaments utilisés, en particulier pour les médicaments récemment autorisés.

Concept créatif: Agence Guido Von Deschanden

Production: Vogt-Schild Druck AG, www.vsdruck.ch/

Photos: toutes les photos sont mises à disposition, sauf indication contraire. Photo de couverture: © JIcalvo | Dreamstime

www.sappm-kongress.ch

PALAIS DES CONGRÈS
14.09.2023 BIENNE / BIEL

skills

PSYCHOSOMATIQUE EN MÉDECINE DE FAMILLE

- 2 lignes de programme en plénière pour la médecine de famille, en français et en allemand
- Programme pour la pédiatrie
- Nombreux ateliers
- Accès gratuit pour les étudiants
- 8 crédits ASMPP & 6 crédits SSMIG



informations
crédits
inscription

Formation continue et postgraduée

Gestion des troubles physiques fonctionnels dans la médecine de premier recours

Les troubles physiques fonctionnels sont très fréquents. La transmission de compétences diagnostiques et thérapeutiques sur ce thème doit donc être développée dans le cadre de la formation médicale initiale, continue et postgraduée.

Niklaus Egloff^a, Nina Bischoff^b

^a Schweizerische Akademie für psychosomatische und psychosoziale Medizin (SAPP /ASMPP); ^b Kompetenzbereich Psychosomatische Medizin, C.L. Lory-Haus, Inselspital Bern, Med. Fakultät Universität Bern

Définition

Les symptômes physiques fonctionnels sont des symptômes physiques sans anomalie biomorphologique nécessaire au niveau des organes. Le spectre s'étend de l'hypertension bénigne associée au stress à la crise épileptoïde invalidante. Dans la pratique clinique quotidienne, les troubles fonctionnels surviennent souvent en association avec des affections d'origine organique et structurale.

En principe, chaque système d'organe peut être concerné [1]. La plupart des symptômes physiques fonctionnels se développent

dans l'organisme en raison d'une régulation corporelle altérée et/ou d'une perception corporelle exacerbée. Des processus neuroendocriniens et neuroimmunologiques jouent un rôle à cet égard. S'y ajoutent des processus psychologiques d'apprentissage et anticipatoires renforçant les symptômes de l'individu concerné.

Les symptômes physiques fonctionnels sont psychosomatiques dans la mesure où ils touchent régulièrement l'individu dans sa globalité, c'est-à-dire aussi bien dans ses domaines de vécu somatique que psychique. Les do-

maines cités s'influencent mutuellement et sont en partie soumis aux mêmes influences neuro-modulatrices. Des symptômes anxieux et dépressifs surviennent souvent de façon comorbide; les troubles psychopathologiques ne sont cependant pas un prérequis à l'apparition de symptômes physiques fonctionnels.

Fréquence

Chaque personne présente occasionnellement des symptômes physiques fonctionnels; en ce sens, ils sont un phénomène normal. Les lignes directrices S3 allemandes sur le traitement des

troubles fonctionnels décrivent des fréquences de 20 à 50% dans les cabinets de médecine de famille. Dans les cabinets spécialisés, par ex. de rhumatologie, de médecine de la douleur ou de gynécologie, un quart à deux tiers de tous les patients et patientes sont concernés [2].

Dans ce contexte, une limitation médicale au diagnostic d'exclusion somatique est insatisfaisante, tant pour les praticiens que pour les personnes traitées. Il est essentiel de connaître les critères positifs, les profils de risque et les options thérapeutiques pour les troubles fonctionnels. Les lignes directrices S3 mentionnées ainsi que l'offre de formation continue et postgraduée de l'Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP) doivent promouvoir les connaissances sur l'approche professionnelle appropriée dans ce domaine.

Approche médicale en cas de troubles fonctionnels: toujours adopter d'emblée une approche à deux niveaux

Compte tenu de la fréquence des symptômes physiques d'origine fonctionnelle, il est recommandé d'opter dès le départ pour une approche thérapeutique et diagnostique à deux niveaux. L'option d'une genèse fonctionnelle des symptômes doit donc être prise en compte dès le début, y compris sur le plan de la communication. Ainsi, par exemple lors du diagnostic d'une fatigue persistante, une phrase introductive telle que «*Votre symptôme est très fréquent, un dépistage des facteurs d'origine organique est indiqué; en outre, la question de la charge de stress et de la qualité du sommeil se pose naturellement toujours*» peut aider. Avec cette introduction à deux niveaux, le médecin signale qu'en plus de ses connaissances habituelles des algorithmes d'évaluation somatique, il a aussi une perception socio-médicale et psychologique de son interlocuteur. La plupart des patientes et patients préfèrent cette approche à deux niveaux. Il est irritant pour les personnes concernées que le médecin mise dans un premier temps tout sur une évaluation somatique et qu'il se tourne ensuite vers une «psychologisation» des symptômes «faute de résultats concluants».

Au vu de la fréquence des troubles fonctionnels, il vaut la peine d'optimiser une gestion professionnelle dans ce domaine, notamment aussi pour sa propre satisfaction professionnelle. L'éventail des compétences utiles est vaste et comprend aussi bien des compétences de compréhension, des compétences diagnostiques et des compétences de communication que des compétences thérapeutiques (tab. 1). L'ASMPP organise un congrès spécialisé sur cette thématique à Bienne (cf. annonce du congrès).

Tableau 1: Les connaissances pratiques relatives à la gestion des troubles fonctionnels suscitent de l'intérêt. Voici une petite sélection de compétences utiles, telles qu'elles sont enseignées dans le cadre de la formation continue et postgraduée.

Exemples de compétences de compréhension

La psycho-neuro-immunologie, la psycho-endocrinologie, la physiologie de la perception, les neurosciences ainsi que l'épigénétique sont des domaines de connaissances actuels qui exigent une **compréhension non duale de la santé**.

Pratiquement chaque symptôme physique peut avoir une origine fonctionnelle. Il existe aussi souvent des **formes mixtes** associant des composantes somatiques-organiques et des composantes fonctionnelles.

Un **événement déclencheur organique** peut entraîner un syndrome fonctionnel. Ainsi, une infection gastro-intestinale peut par ex. déclencher un syndrome du côlon irritable.

Ne confondez pas l'**hyperalgésie** (hypersensibilité somatosensorielle) avec l'**aggravation** (le fait d'exagérer un symptôme dans la communication). S'y ajoutent des différences d'ordre culturel dans la manière de communiquer les symptômes.

Exemples de compétences diagnostiques

Identifiez les **profils de risque** pour les maladies fonctionnelles, par ex. dans le sens d'un stress psychosocial de longue durée et/ou sévère et/ou d'une orientation excessive vers la performance. De même, les **antécédents de complications** doivent interpeller.

Les **douleurs étendues** sans contexte neurogène ou orthopédique-rhumatologique évident doivent amener à rechercher une hypersensibilité et des schémas myalgiques/myofasciaux.

Effectuez un dépistage algométrique d'une constellation d'hyperalgésie (www.algopeg.ch). Les indices indirects d'une hypersensibilité sont l'hypersensibilité au bruit et/ou à la lumière ainsi que les signes de surstimulation, par ex. en faisant les courses ou en s'exposant à la foule.

Exemples de compétences de communication

Pour expliquer les symptômes fonctionnels, utilisez les termes «**influences végétatives**» et/ou «**hormones de stress**». Évitez de donner l'impression de psychologiser.

N'utilisez le mot «**psyché**» pour les symptômes physiques fonctionnels que lorsque vous êtes sûr que vous et la personne concernée n'en avez pas une perception stigmatisante. En principe, la dimension psychologique est présente dans tous les défis de santé (par ex. pandémie de COVID-19).

Osez aborder dès le début les **émotions** concomitantes (comme la peur, la frustration, l'inquiétude, etc.) et les intégrer dans la suite de la démarche communicative.

Exemples de compétences thérapeutiques

Par **thérapie par l'information**, on entend la tâche médicale consistant à expliquer aux patientes et patients l'origine des symptômes physiques fonctionnels d'un point de vue médical. Il existe à cet effet différents supports d'information. Une conception commune de la maladie est une condition préalable à l'adhésion thérapeutique

Pour pouvoir évaluer le profil de stress d'une personne, il est utile de procéder systématiquement à une **évaluation médicale du stress**. Le profil de stress ainsi obtenu est une condition préalable à l'indication d'une éventuelle **psychothérapie psychologique ou médicale**.

Une **pharmacothérapie** seule, sans identification et traitement des causes des symptômes, est rarement efficace. Les thérapies combinées soutenues par des mesures comportementales ont un effet plus durable et meilleur. Évitez d'augmenter les doses de manière injustifiée ou même de recourir à la polypharmacie en cas de réponse pharmacologique insuffisante.

Exemples de compétences organisationnelles

Utilisez la **position Tarmed 00.0520** pour facturer le temps d'entretien diagnostique et thérapeutique nécessaires.

La fonction de médecin de premier recours vous donne la légitimité pour prescrire une **psychothérapie psychologique**.

Il vaut la peine de mettre en place des **coopérations professionnelles régionales** avec des spécialistes appropriés en psychologie, en physiothérapie et en médecine psychosomatique.

Références

- Egloff N, Schwegler K, grosse Holtforth M. Les troubles physiques fonctionnels font partie du quotidien. Prim Hosp Care. 2018 Nov 21;18(22):396-8.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften [Internet]. S3-Leitlinie «Funktionelle Körperbeschwerden». Berlin: AWMF; c2018 [cited 2019 March 4]. Available from: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/051-001>

Responsabilité rédactionnelle

PD Dr. med. Niklaus Egloff
Président de l'Académie Suisse pour la Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ASMPP)
Postfach 521
CH-6260 Reiden
[niklaus.egloff\[at\]sappm.ch](mailto:niklaus.egloff[at]sappm.ch)

Congrès de printemps de la SSMIG

Des crises et des défis

Environ 2000 participants ont assisté au 7^e Congrès de printemps de la SSMIG du 10 au 12 mai 2023 à Bâle. Changement climatique, pénurie de soins, intelligence artificielle: le congrès de la plus grande société de discipline médicale suisse s'est penché sur les crises et les défis sociaux d'aujourd'hui, sous le slogan «Together for better care». Il a attiré notamment de nombreux futurs et jeunes médecins.

Le plus grand congrès médical spécialisé de Suisse s'est achevé après trois journées et quelque 150 sessions dédiées à la médecine hospitalière et à la médecine de famille. Outre les derniers enseignements scientifiques apportés par des experts de renom sur les trois grands thèmes Climat & santé, Interprofessionnalité et Intelligence artificielle, le réseautage se trouvait aussi au programme.

Échange et réseautage

«Les nombreuses rencontres avec des collègues appréciés de longue date et la présence rafraîchissante de nombreux jeunes médecins au congrès de printemps de cette année ont re-



La co-présidente de la SSMIG, Dre méd. Regula Capaul, a apprécié les multiples rencontres du 7^e Congrès de printemps de la SSMIG.



Le congrès a fait une large place aux échanges et au réseautage.



Environ 2000 personnes ont participé au Congrès de printemps de cette année à Bâle.

chargé mes batteries de la meilleure façon possible», a déclaré la co-présidente de la SSMIG, Dre méd. Regula Capaul, après la deuxième journée du congrès. Le 7^e Congrès de printemps de la SSMIG a fait une large place aux échanges et au réseautage, que ce soit à la nouvelle «Lounge SSMIG», lors des pauses café et déjeuner ou encore à l'apéritif pour les chercheurs.

Focus sur les crises actuelles

Dans son programme de congrès varié, le comité scientifique sous la co-présidence du Prof. Dr Balthasar Hug et du Prof. Dr Christoph Henzen de l'Hôpital cantonal de Lucerne (LUKS) a abordé plusieurs crises actuelles qui affectent aujourd'hui – et continueront d'affecter – le travail quotidien des spécialistes en médecine interne générale.

Les effets du changement climatique sur la santé en font notamment partie. Aujourd'hui déjà, un tiers des décès dus à la chaleur sont imputables au changement climatique. Dans sa Keynote Lecture, le climatologue à l'EPF Reto Knutti a exposé les défis auxquels les médecins seront toujours plus souvent confrontés à l'avenir.

Soutien des médecins pour pallier la pénurie de soins

La pénurie de main-d'œuvre qualifiée est aussi l'un des défis actuels du secteur de la santé. Au cours d'un symposium de deux heures, des experts ont expliqué à l'aide d'exemples pratiques comment les médecins peuvent apporter leur soutien aux soins dans le cadre de la coopération multidisciplinaire et de la formation, et contribuer ainsi à rendre les professions de



L'exposition industrielle a permis aux visiteurs de découvrir divers produits et services.

Le 8^e Congrès de printemps de la SSMIG se tiendra du 29 au 31 mai 2024 au Congress Center Basel. À noter dès maintenant!

soins plus attrayantes. «Applaudir aux balcons ne suffit pas», a déclaré Yvonne Ribl, directrice de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI). Dans son exposé introductif, elle a clairement souligné que d'autres mesures immédiates sont indispensables pour remédier à la pénurie de personnel soignant.

L'intelligence artificielle – utopie ou réalité?

La Prof. Lia Bally a montré comment l'intelligence artificielle peut être utilisée pour le bien-être des patients dans le traitement quotidien du diabète à l'aide d'approches basées sur les données (alimentation, médicaments, etc.). La Keynote Lecture du dernier jour du congrès a fourni des informations importantes sur l'état actuel de l'intelligence artificielle (IA) dans le traitement du diabète et sur les défis encore à relever.

Promouvoir les solutions et l'innovation

C'est précisément en période de crise que les échanges et la formation sont plus importants que jamais pour trouver des solutions. Et c'est cette nécessité que le 7^e Congrès de printemps de la SSMIG a mise en avant en décernant pour la première fois le «SSMIG Prix Lumière» à des projets d'innovation (voir page suivante). De plus, des «mises à jour» et d'autres formats d'apprentissage ont permis de se pencher sur des méthodes, techniques et modèles inédits et novateurs en médecine interne générale.



Vers la galerie d'images:
<https://flic.kr/s/aHBqjADuTD>



Participation record

Assemblée générale

Le 10 mai 2023 a eu lieu la 8^e assemblée générale de la SSMIG dans le cadre du 7^e congrès de printemps de la SSMIG – avec une participation record. Outre les comptes annuels, le bilan et le rapport de révision, les rapports annuels du comité et des commissions ont été approuvés. De plus amples informations se trouvent dans le projet de procès-verbal sur le site Web. Autres informations et documents:



Augmentation du nombre de membres

Rapport annuel 2022

Dans son rapport annuel, la SSMIG passe en revue les activités, projets et jalons principaux de l'année écoulée. La première édition de la «SGAIM Diagnostic Masterclass», qui a rencontré un franc succès, fait partie des temps forts. L'augmentation du nombre de membres en 2022 est tout aussi réjouissante: la SSMIG compte désormais plus de 8000 membres qui soutiennent le travail essentiel visant une spécialité forte.

Lien vers le rapport annuel:



Des années d'engagement reconnues

Nouveau membre honoraire

Lors de l'assemblée générale de cette année, le titre de membre honoraire de la SSMIG a été décerné à la Dre méd. Franziska Zogg. En tant qu'ancien membre du comité, elle s'était engagée avec passion pour une spécialité forte durant de nombreuses années.

Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler, SSMIG
Responsable communication/marketing
Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)
Monbijoustrasse 43
Case postale, CH-3001 Berne
lea.muntwyler[at]sgaim.ch

Remise de prix

La SSMIG met en lumière l'innovation

À l'occasion de son 7^e Congrès de printemps à Bâle, la SSMIG a remis pour la première fois le nouveau «Prix Lumière SSMIG» de l'innovation dans le domaine de la médecine de premier recours. Le projet lauréat encourage la collaboration interprofessionnelle – un objectif que soutient activement la SSMIG.

Réintégration professionnelle facilitée, modèles de travail en partage de poste («jobsharing») ou offres de formation continue et postgraduée innovantes – en réponse au premier appel à projets du «Prix Lumière SSMIG», ont été soumis près de 20 projets renforçant l'attractivité de la spécialité de manière innovante.

De l'innovation à imiter

Avec le «Prix Lumière», la SSMIG souhaite valoriser les solutions créatives et adaptées au quotidien d'internistes généralistes. L'objectif est également de donner de la visibilité aux exemples de «bonnes pratiques» et de permettre à d'autres personnes ou institutions d'en tirer des enseignements et de les utiliser elles-mêmes. Le généreux prix est doté de 10 000 francs. «Dispositifs de promotion de la relève, mesures visant la réduction du stress ou la cohésion d'équipe – avec cette subvention, la SSMIG souhaite accroître le plaisir au travail», déclare le Secrétaire général Dr méd. Lars Clarfeld. «Le grand public et les nombreuses soumissions montrent que nous avons touché une corde sensible.»

Zoom sur l'interprofessionnalité

La décision revenait au public qui a sélectionné le projet lauréat de cette année à l'issue de la présentation des cinq projets ayant reçu la meilleure évaluation de la part d'un jury. La récompense a été accordée à un entraînement interprofessionnel par simulation de 11 situations d'urgence



La décision revenait au public.



Les lauréates du «SSMIG Prix Lumière» de cette année.

dans les unités de lits de médecine interne générale de l'hôpital cantonal de Baden (KSB). L'entraînement permet à l'équipe du KSB d'intervenir de manière routinière en cas d'urgence, évite la surcharge et améliore la collaboration et la communication. Le feedback interprofessionnel assure la transmission de la culture du retour et de l'erreur ainsi que l'appréciation mutuelle. L'esprit d'équipe est ainsi activement encouragé. «Par ailleurs, l'entraînement d'équipe assouplit le quotidien professionnel pour le plaisir des personnes participantes issues des diverses spécialités médicales», déclare Veronika Gerhards, responsable du projet. Le thème «interprofessionnalité» occupait également une place centrale lors du 7^e Congrès de printemps de la SSMIG: divers formats s'en sont rapprochés de différentes manières, notamment un symposium sur la pénurie de personnel.

L'importance de la recherche

En décernant des prix, la SSMIG souligne l'importance de la recherche et de l'innovation en médecine interne générale. Avec diverses mesures, la plus grande société de discipline médicale suisse s'engage pour des conditions de travail attrayantes dans son domaine. Outre le «Prix Lumière SSMIG», la SSMIG accorde diverses récompenses et bourses de recherche.

Le prix de l'innovation sera à nouveau décerné l'année prochaine.

Vous trouverez plus d'informations sur les projets innovants dignes d'être imités sur:

www.sgaim.ch/PrixLumiere2023FR

Remise des prix de la SSMIG et de la SGAIM Foundation 2023

Promouvoir les jeunes chercheuses et chercheurs

La Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) promeut la recherche et l'innovation dans le domaine des soins de premier recours, notamment avec la remise annuelle de prix scientifiques. À l'occasion du 7^e Congrès de printemps de la SSMIG à Bâle, plusieurs jeunes chercheuses et chercheurs ont été récompensés pour leur contribution au profit d'une discipline forte.

Quatre chercheuses et chercheurs ont été récompensés par la SGAIM Foundation pour leurs projets sur la qualité des diagnostics, et un jeune chercheur a reçu le prix de la SSMIG pour le meilleur travail scientifique. Par ailleurs, des distinctions ont été accordées à plusieurs jeunes scientifiques pour les meilleurs posters et communications libres.

Pour le bien des patientes et patients

Avec son appel à projets de cette année sur le thème «Diagnostic quality and excellence», la fondation de recherche de la SSMIG a encouragé des projets de recherche qui étudient la qualité du diagnostic, les processus diagnostiques et/ou les erreurs de diagnostic – pour le bien des patientes et patients. Quatre projets médico-scientifiques ont été soutenus à hauteur de 50 000 francs chacun.

Les projets soumis confirment l'engagement des chercheuses et chercheurs en médecine interne générale pour une prise en charge optimale des patientes et patients. Ainsi, le projet de la Dre *Stefanie Mosimann* (clinique universitaire de médecine interne générale, Inselspital, hôpital universitaire de Berne) a le potentiel d'améliorer le processus diagnostique chez les patientes et patients âgés atteints de démence à l'hôpital. Le projet de recherche de *Fabian Brennecke* optimise le traitement des patientes et patients grâce à l'amélioration du flux d'informations au sein du personnel de santé, permettant ainsi d'éviter des erreurs. Le projet soutenu de la Dre méd. *Caterina Eva Marx* (clinique universitaire de médecine interne générale, Inselspital, hôpital universitaire de Berne) sensibilise les spécialistes aux causes d'erreurs et identifie les prédicteurs cliniques pour pouvoir anticiper les futures erreurs diagnostiques et mettre en œuvre des mesures ciblées destinées à leur réduction.

Promotion de jeunes chercheuses et chercheurs

En décernant des prix, la SSMIG souligne aussi la grande importance de la recherche en médecine

interne générale et soutient activement les chercheuses et chercheurs de la relève. «Participent à notre projet de jeunes internistes que la SGAIM Foundation aide à démarrer dans le domaine de la recherche», déclare la Dre méd. *Caterina Eva Marx*. Elle a reçu pour son projet de recherche l'une des quatre prestigieuses bourses de recherche de la SGAIM Foundation. De jeunes scientifiques ayant déjà rencontré de premiers succès reçoivent également un soutien actif, notamment le Dr méd. *Thomas Brahier* (hôpital universitaire de Lausanne) qui souhaite économiser des coûts de santé avec son projet de recherche sur les tests microbiologiques inutiles. «L'appui de la SGAIM Foundation permettra d'accélérer ma carrière en tant que médecin clinique et chercheur», dit-il.

Encourager la mise en réseau et les synergies

Avec diverses mesures et subventions, la SSMIG soutient les chercheuses et chercheurs et les met en réseau afin d'encourager les synergies. «Le prix de la SSMIG marque la reconnaissance d'une collaboration entre chercheuses et chercheurs issus de neuf hôpitaux de toute la Suisse», déclare le chef de clinique de l'hôpital de l'Emmental couronné cette année du prix de la SSMIG, le Dr méd. *Neal Breakey*. Le projet de recherche du Dr Breakey a examiné un groupe de personnes au-delà de 65 ans souvent négligé en recherche. En effet, il n'existait jusqu'à présent que peu de données sur la fréquence des facteurs de risque de thromboembolie chez les patientes et patients âgés atteints de thromboembolie veineuse, et les connaissances concernant leur importance pour une nouvelle survenue ou la mortalité sont limitées dans ce groupe. De même, le projet de recherche du Dr Brahier regroupe des patientes et patients atteints de pneumonie hospitalisés dans les hôpitaux universitaires de Bâle, Berne, Zurich ou Genève afin d'étudier l'emploi et les repercussions de tests microbiologiques. L'optimisation de leur utilisation permettrait de réduire les coûts de santé et d'éviter les tests inutiles.

Cette année, les bourses de recherche de la SGAIM Foundation à hauteur de 50 000 CHF sont décernées à:

- Dre méd. *Stefanie Mosimann*, Clinique universitaire de médecine interne générale, Inselspital, hôpital universitaire de Berne
- Dre méd. *Caterina Eva Marx*, Clinique universitaire de médecine interne générale, Inselspital, hôpital universitaire de Berne
- *Fabian Brennecke*, Hôpital cantonal de Baden, département de médecine interne, Baden
- Dr méd. *Thomas Brahier*, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois CHUV

Cette année, le **prix de la SSMIG** à hauteur de 10 000 CHF est décerné à:

- Dr méd. *Neal Breakey*, Hôpital de l'Emmental

Autres remises de prix:

Meilleur poster:

1^{er} prix (montant 1000 CHF):

Ali El Rida El Masri

2^e prix (montant 2000 CHF): *Rahel Villiger*

3^e prix (montant 3000 CHF):

Garance Horisberger

Meilleurs communications libres:

1^{er} prix (montant 3000 CHF): *Mirah Stuber*

2^e prix (montant 2000 CHF):

Sebastian Gross

3^e prix (montant 1000 CHF):

Carole Bandiera

Meilleurs posters de jeunes scientifiques (décerné par les éditions médicales EMH):

1^{er} prix (montant 1000 CHF): *André Alves*

2^e prix (montant 500 CHF):

Angela Flavia Mosimann

3^e prix (montant 250 CHF): *Rebeka Mali*

Responsabilité rédactionnelle

Lea Muntwyler, SSMIG

Responsable communication/marketing

Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG)

Monbijoustrasse 43, Case postale, CH-3001 Berne

[lea.muntwyler\[at\]sgaim.ch](mailto:lea.muntwyler[at]sgaim.ch)

Projet 20 du Programme national de recherche 74 «Système de santé»

Guide pour l'intégration des aspects spirituels dans le traitement multimodal de la douleur

Les aspects spirituels et existentiels jouent un rôle important pour de nombreuses personnes, non seulement dans les soins palliatifs en fin de vie, mais aussi dans les maladies chroniques. Mais comment la dimension spirituelle peut-elle être concrètement intégrée dans une approche thérapeutique multimodale? Quelles sont les approches utiles pour ne pas perdre de vue la personne dans sa globalité lors du traitement, malgré des ressources de temps et de personnel de plus en plus limitées, et pour prendre en compte non seulement les aspects psychosociaux, mais aussi les aspects spirituels?

Karin Hasenfratz^a, Simon Peng-Keller^a, Michael Rufer^{b,c}

^a Professur für Spiritual Care, Universität Zürich; ^b Klinik Zugersee, Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie, Triplus AG, Oberwil-Zug;

^c Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Contexte

Dans une approche thérapeutique centrée sur le patient, les aspects spirituels et existentiels gagnent une importance croissante [1]. Bien que les données disponibles soient encore insuffisantes, les résultats de certaines études indiquent qu'une plus grande prise de conscience des aspects spirituels et leur intégration sont associées à une meilleure évolution de la maladie [2].

Une étude sur le «spiritual care» en cas de douleur chronique, qui faisait partie du PNR 74, a clairement fait apparaître non seulement que de nombreuses ressources spirituelles sont disponibles chez les patientes et patients souffrant de douleurs chroniques [3], mais aussi que plus de la moitié d'entre eux souhaitent que les aspects spirituels soient pris en compte dans leur traitement [4]. Selon l'étude, les professionnels de la santé perçoivent ce souhait et y sont en principe ouverts. Cependant, ils sont plutôt réticents à aborder de tels sujets, surtout en raison de l'absence de modèles, du manque d'expérience dans ce domaine et du peu de temps dont ils disposent [5].

Afin de combler cette lacune, le guide pour l'intégration des aspects spirituels dans le traitement multimodal de la douleur (ci-après abrégé «LISA-S») a été développé sous la direction de la chaire de «spiritual care» de l'Université de Zurich dans le cadre d'un processus en plusieurs étapes. Il entend montrer comment il est possible de tenir compte concrètement de la dimension spirituelle dans le traitement. Comme il n'y a pas qu'une seule manière de procéder, il rassemble l'expérience de plus de

40 expertes et experts de différentes professions de la santé qui travaillent avec des patientes et patients souffrant de douleurs chroniques.

Le guide s'adresse aux médecins, au personnel soignant, aux personnes exerçant des activités de physiothérapie et d'ergothérapie et aux personnes travaillant dans les professions psychologiques et sociales.

Le dernier sous-projet du projet de recherche «Spiritualité et douleur chronique», soutenu par le Fonds national suisse dans le cadre du Programme national de recherche (PNR) 74, a consisté à créer un guide pour l'intégration des aspects spirituels dans le traitement multimodal de la douleur, en se basant sur les résultats de recherche déjà existants et en s'appuyant sur les expériences réunies de plus de 40 expertes et experts issus de différentes professions de la santé. Ce guide est présenté ici.

Ce projet est l'un des 34 projets du PNR 74 du Fonds national suisse. L'objectif du PNR 74 est de créer les fondements scientifiques pour proposer un système de santé de qualité, viable sur le long terme et «intelligent» en Suisse.

Série: Projets du Programme national de recherche 74 «Smarter Health Care»

Le dernier sous-projet du projet de recherche «Spiritualité et douleur chronique», soutenu par le Fonds national suisse dans le cadre du Programme national de recherche (PNR) 74, a consisté à créer un guide pour l'intégration des aspects spirituels dans le traitement multimodal de la douleur, en se basant sur les résultats de recherche déjà existants et en s'appuyant sur les expériences réunies de plus de 40 expertes et experts issus de différentes professions de la santé. Ce guide est présenté ici.

Ce projet est l'un des 34 projets du PNR 74 du Fonds national suisse. L'objectif du PNR 74 est de créer les fondements scientifiques pour proposer un système de santé de qualité, viable sur le long terme et «intelligent» en Suisse.

Informations: nfp74.ch



Smarter Health Care
National Research Programme

Méthodologie

Le LISA-S est le résultat d'une étude Delphi réalisée avec 28 expertes et experts en médecine, soins infirmiers, physiothérapie et ergothérapie, psychologie et travail social. Dans le cadre d'un processus en plusieurs étapes, un catalogue de questions a été soumis aux expertes et experts. Les réponses ont été analysées qualitativement et soumises à nouveau aux expertes et experts pour commentaires, sous forme anonymisée, en deux à trois tours.

Résultats

Il en a résulté un guide sous forme de carte de poche personnalisable (fig. 1) avec un livret d'accompagnement. Ce dernier contient des questions formulées qui doivent être considérées comme des suggestions et une source d'inspiration pour trouver sa propre manière d'aborder les entretiens avec les patientes et patients, ainsi que des informations de fond et des recommandations pour structurer ces entretiens. Ce qui semble utile pour l'usage personnel peut être consigné sur la carte de poche et ainsi être rendu plus rapidement accessible.

Le «Spiritual Distress and Resources Questionnaire» (SDRQ), également validé dans le cadre du projet PNR 74 et portant sur les ressources spirituelles et la détresse spirituelle en cas de douleurs chroniques, est joint au livret d'accompagnement. Ce questionnaire peut par exemple être utilisé pour effectuer une évaluation à bas seuil des ressources spirituelles et de la détresse spirituelle ou pour explorer le souhait des patientes et patients de voir les aspects spirituels pris en compte [3].

En vue d'une approche structurée, il a été proposé de distinguer, d'une part, l'entame de l'entretien et l'exploration des ressources spirituelles et de la détresse spirituelle et, d'autre part, l'intégration ciblée des aspects spirituels dans le traitement.

Selon la situation, une approche indirecte ou directe peut être appropriée pour l'entame. Une entame indirecte peut se faire par le biais de ressources générales, d'un langage métaphorique et imagé ou de l'exploration de la conception de la maladie par la patiente ou le patient, qui contient éventuellement aussi des aspects spirituels. Il est également possible

de sonder et d'explorer directement les ressources spirituelles ou la détresse spirituelle en utilisant un langage approprié et adapté à la personne.

Il peut déjà être utile pour les patientes et patients de percevoir que les aspects spirituels peuvent être abordés et validés par la ou le thérapeute. Afin d'intégrer spécifiquement les aspects spirituels dans le traitement, quatre sous-domaines sont proposés: la prise en compte des ressources spirituelles dans les objectifs thérapeutiques, l'exploration de nouvelles ressources spirituelles possibles, l'aide à la gestion des conceptions pesantes de la maladie et l'exploitation des éléments imagés du langage utiles avec le patient ou la patiente.

Conclusion

Dans une approche thérapeutique des douleurs chroniques centrée sur le patient, les aspects spirituels peuvent également jouer un rôle important. Le présent guide pour l'intégration des aspects spirituels dans le traitement multimodal de la douleur (LISA-S) est une aide concrète pour les personnes de toutes les

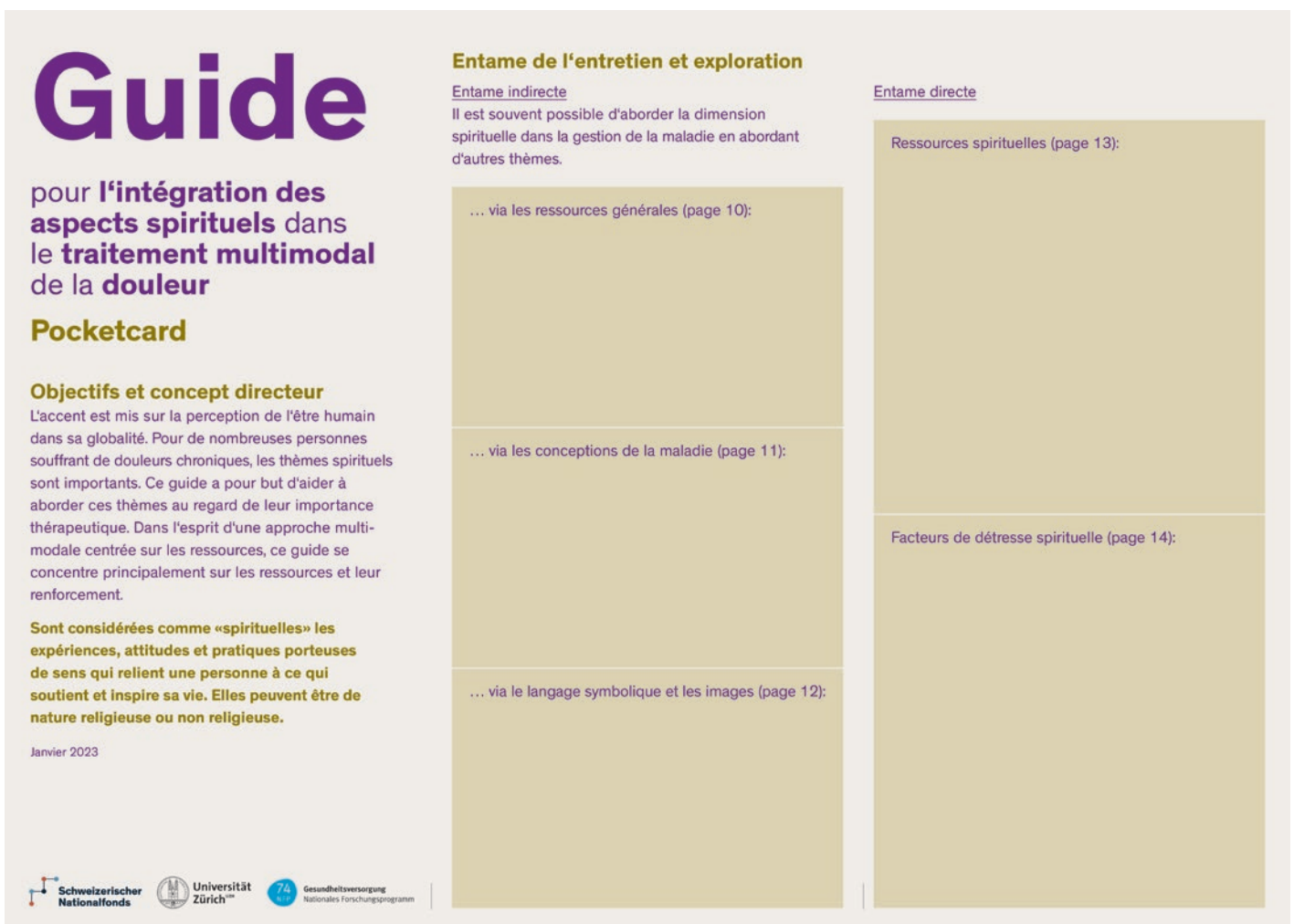


Figure 1: Carte de poche du guide.

professions de la santé qui souhaitent prendre en compte la dimension spirituelle dans le traitement et l'accompagnement des patientes et patients atteints de douleurs chroniques. Tous les documents relatifs au guide ainsi que les publications scientifiques qui ont vu le jour dans le cadre du PNR 74 sur la dimension spirituelle dans la douleur chronique sont disponibles sur le site internet www.spiritual-care-leitfaden.ch ou peuvent être téléchargés gratuitement via ce QR code.



Correspondance

Pour le projet:
Karin Hasenfratz
Professur für Spiritual Care, Universität Zürich
Kirchgasse 9
CH-8001 Zürich
[karin.hasenfratz\[at\]uzh.ch](mailto:karin.hasenfratz[at]uzh.ch)

Pour le programme:
Heini Lüthy
Verantwortlicher Medienarbeit des NFP 74
www.nfp74.ch
Tössfeldstrasse 23
CH-8400 Winterthur
[hl\[at\]hluethy.ch](mailto:hl[at]hluethy.ch)

Références

- 1 Siddall PJ, Lovell M, MacLeod R. Spirituality: what is its role in pain medicine? *Pain Med.* 2015 Jan;16(1):51–60.
- 2 Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA.* 2022 Jul 12;328(2):184–197.
- 3 Peng-Keller S, Moergeli H, Hasenfratz K, Naef R, Rettke H, Hefti R, Ljutow A, Rittmeyer I, Sprott H, Rufer M. Including the spiritual dimension in multimodal pain therapy. Development and Validation of the Spiritual Distress and Resources Questionnaire (SDRQ). *J Pain Symptom Manage.* 2021 Oct;62(4):747–756. Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(21\)00214-1/abstract](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(21)00214-1/abstract)
- 4 Do chronic pain patients wish spiritual aspects to be integrated in their medical treatment? A cross-sectional study of multiple facilities. *Front Psychiatry.* 2021 Jun 17;12:685158. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2021.685158/full>
- 5 Rettke H, Naef R, Rufer M, Peng-Keller S. Spiritual Care und chronischer Schmerz: Die Sicht von Fachpersonen. Eine qualitative Untersuchung. *Spiritual Care.* 2021 Jan 18;10(1):42–52.

Entretien avec Klaus Bally, Centre universitaire de médecine de famille des deux Bâle et médecin de famille dans son propre cabinet jusqu'en 2018

Quelles sont vos expériences personnelles en matière d'intégration des aspects spirituels dans le traitement des douleurs chroniques?

Une relation solide et durable entre les personnes concernées et les professionnels de la santé qui les soignent ainsi qu'une approche biopsychosociale sont les piliers de la prise en charge de ces personnes accablées par la douleur. Cependant, en plus de la douleur physique, psychique et sociale, elles ressentent souvent une détresse existentielle; elles sont désespérées face à leurs douleurs et se posent des questions sur le sens de leur vie. Lorsque, dans de telles situations, j'ai réussi à établir un accès spirituel à la personne malade, cela a toujours été perçu comme une aide et un soutien.

Quelle est, selon vous, la principale utilité du guide?

Il a été démontré à plusieurs reprises que les médecins de famille considèrent certes la prise en compte de la dimension spirituelle comme importante pour surmonter la maladie, mais qu'ils se sentent en même temps très peu sûrs dans ce domaine. Le guide fournit des idées et des suggestions sur la manière d'aborder et de cerner les besoins spirituels.

Que faut-il au niveau individuel et systémique pour mettre en œuvre l'intégration des aspects spirituels dans le traitement des douleurs chroniques?

Tous les professionnels de la santé impliqués dans le traitement des patients souffrant de douleurs chroniques devraient disposer de certaines compétences pour aborder les questions spirituelles. En outre, il faudrait créer des possibilités de faire appel à des professionnels qualifiés et expérimentés dans les institutions de traitement stationnaire et dans le secteur ambulatoire.

Entretien avec la Docteure Christine Cohidon, Département de Médecine de Famille, Unisanté, Lausanne

«Quand j’ai commencé médecine, je pensais être un vrai médecin qui soigne les gens»

Entretien réalisé par: Alexandre Ronga

Département de Médecine de Famille, Unisanté, Lausanne

Cet article est le premier d’une série visant à mettre en lumière nos chercheur·e·s et mieux connaître la nature de leurs activités professionnelles, ainsi que leurs liens avec les médecins du terrain.

Quel est votre parcours de formation?

Mes études de médecine se sont déroulées sur 3 facultés: le prégrade à Paris (Bichat) et Nice, puis le postgrade en santé publique à Nancy. A l’époque, la formation post-graduée pouvait se faire dans une spécialité ou en médecine générale (qui comprenait seulement deux années de formation et n’était pas considérée comme une spécialité). Dans mon cas, il s’agit d’un titre de spécialiste en santé publique et médecine sociale. Mon internat de santé publique a duré cinq années, durant lesquelles j’ai aussi mené en parallèle un cursus en épidémiologie (bachelor, master et finalement PhD) pendant mes dernières années d’internat. A cette période j’ai consacré une bonne partie de mes soirées et week-ends pour parvenir à ce double titre! Cette spécialisation n’était pas programmée initialement. Quand j’ai commencé médecine, je pensais être «un vrai médecin qui soigne les gens»!

Mais alors, à quel moment est né votre intérêt pour une médecine «qui ne soigne pas les gens»?

En cours d’études, j’ai remarqué un grand intérêt pour l’épidémiologie, comment se distri-

buient les maladies dans la population. Je me disais que connaissant les déterminants de santé, on pouvait agir en fonction, et que c’était encore plus valorisant d’améliorer la santé de populations plutôt que d’individus considérés un à un. Je n’ai aucun souvenir de la matière «santé publique» enseignée en cours d’études. La biostatistique, les statistiques et les probabilités, je me souviens que je n’étais pas très intéressée. Dans la spécialisation en santé publique, on faisait surtout de l’épidémiologie, on voyait moins l’organisation des systèmes de santé et l’économie de la santé par exemple.

J’ai choisi l’université de Nancy, car elle est réputée en France pour la santé publique, dotée à l’époque d’au moins quatre professeurs qui enseignaient des sous-spécialités différentes en santé publique.

A la fin de ma formation prégraduée, j’avais hésité avec la neurologie et la réanimation. Mais faire des nuits à l’hôpital jusqu’à ma retraite était impensable, et la neurologie semblait moins intéressante en dehors de l’hospitalier. J’ai décidé de faire la santé publique en 5^e–6^e année de formation prégraduée.

Je n’ai pas fait de stage clinique durant mon internat (notre cursus en France ne l’oblige pas), j’en ai fait le deuil en choisissant ma voie post-graduée. En France, il existe néanmoins le «droit au remords», qui permet de changer de spécialité en cours de formation, si jamais...

Le hasard a voulu qu’en première année d’internat, j’ai été obligée de faire des gardes aux urgences du CHU de Nancy. Ce n’était certainement pas très «safe» pour les patients, il n’y

avait pas de senior sur place, et tous les types d’urgences étaient amenées, sauf les situations de réanimation. Mais cela m’a permis une expérience clinique intéressante.

Une rencontre/une personne qui vous a particulièrement marquée ou influencée dans votre parcours professionnel?

Il n’y a pas qu’une seule personne qui sort du lot. Il y a plusieurs personnes qui ont vraiment compté dans ma carrière: le Professeur Jean-Pierre Deschamps m’a fait découvrir ce qu’était la santé publique communautaire. Mon directeur de PhD, Pascal Wild, m’a appris la manière de fonctionner comme chercheuse. Je les ai tous les deux invités à mes 40 ans! Le Professeur Nicolas Senn m’a beaucoup appris également: pas seulement de manière formelle, mais simplement à son contact. Ce sont des personnes dont les qualités humaines m’ont séduite aussi, avant les compétences intellectuelles techniques. Ces personnes m’ont aussi offert un partage de valeurs, ce qui est fondamental pour moi.



Portrait

PD Dre méd. **Christine Cohidon**, MD, PhD, médecin associée responsable du secteur recherche sur l’organisation des services de santé en médecine de famille au Département de médecine de famille à Unisanté (Centre universitaire de médecine générale et santé publique à Lausanne).
christine.cohidon[at]unisanté.ch

Quel est votre cahier des charges et quel temps consacrez-vous à chacune de vos activités?

Un faible pourcentage est dédié à l'enseignement collectif (cours ex cathedra et en petits groupes). Je ne pense pas être une enseignante née, mais c'est un excellent moyen de se donner un coup de pied aux fesses: on doit beaucoup travailler pour préparer les cours. L'encadrement des masters et des MD prend plus de place dans l'enseignement; comme je suis exigeante, cette activité occupe une part importante de mon temps, environ 30%.

La recherche compte pour 40% de mon temps, avec l'écriture de protocoles et le travail pour faire avancer les projets. Les réunions des cadres, l'activité liée au fonctionnement du service compte pour 10% et le 20% restant est consacré aux réunions en lien avec les projets de recherche en cours, la part opérationnelle des projets de recherche.

Je manque cruellement de temps pour fléchir à des projets futurs et anticiper, pour la stratégie... Je n'en ai presque pas la possibilité.

Quel est votre domaine de recherche spécifique?

Mon travail se décline principalement autour de deux grandes thématiques en recherche sur les systèmes de santé:

- la recherche sur les nouveaux modèles d'organisation en soins primaires (MOCCA, intégration d'infirmières dans les cabinets de médecine de famille);
- la mesure du fonctionnement d'un système de soins primaire, trouver les indicateurs pour le décrire et l'analyser, c'est quelque chose qui me tient à cœur.

Et une partie de mon travail qui me tient également à cœur, c'est ce que j'ai fait dans la première partie de ma carrière: l'épidémiologie de santé mentale au travail. Je commence à ré-utiliser ce background en soins primaires, mais j'aimerais pouvoir encore plus développer cette thématique.

Le travail sur la médecine personnalisée est plus déconnecté du reste, la question est de savoir comment cette technologie peut impacter l'activité du médecin généraliste.

Une recherche déjà publiée dont vous êtes particulièrement fière?

J'ai reçu un prix surprise pour un travail qui n'était, selon moi, pas abouti (Family Practice at NAPCRG)... Mais ça fait toujours plaisir!

Le fait d'avoir participé à une expertise collective de l'Inserm, qui édite des ouvrages sur l'état des lieux d'une thématique. C'était une marque de reconnaissance importante d'avoir été sollicitée pour écrire un chapitre dans l'ouvrage sur le stress au travail des indépendants.

J'ai aussi publié dans les deux plus importantes revues en médecine de famille, les *Annals of Family medicine* et le *British Journal of Family Medicine*. Cela donne une certaine visibilité...

Quel est votre grand projet de recherche actuel (s'il est permis de le dévoiler)?

Il s'agit du projet MOCCA et la nécessaire transformation des cabinets de médecine de famille, ce qui implique aussi des changements en profondeur du système de soins primaires qui doit évoluer. On se bat dans un contexte qui n'y est pas adapté. Faire changer les choses, c'est le plus grand challenge. Je voulais faire de la recherche appliquée et, avec ce projet, on y est, à tous les niveaux: micro, méso et macro! A chacun de ces niveaux, il y a des composantes spécifiques, des barrières et des facilitateurs.

Quel sera votre prochain grand projet (s'il est permis de le dévoiler)?

Développer ma thématique de recherche sur le bien-être des équipes en médecine de famille et surtout, étudier comment les modifications organisationnelles, les nouveaux modèles de soins, peuvent l'impacter. J'ai déjà commencé côté médecins, mais j'aimerais élargir ces recherches aux autres professionnels concernés comme les assistantes médicales, par exemple.

Est-ce que vous avez vos recherches selon les besoins des médecins de famille du terrain? Le cas échéant, comment faites-vous pour vous assurer de la pertinence de vos sujets de recherches?

C'est très important d'être réunis, chercheurs et médecins de famille, comme on l'est au DMF (Département de médecine de famille). Cela favorise les échanges entre médecins du terrain et chercheurs. La proximité avec les médecins du terrain, la possibilité de recevoir leurs inputs, c'est précieux; après il faut en tenir compte... Je n'ai pas souvenir d'un projet qui aurait été abandonné suite au sondage des médecins du terrain, mais ces échanges permettent toujours d'améliorer les projets afin qu'ils aient des répercussions concrètes sur le terrain. Les idées peuvent naître de la littérature qui n'est pas déconnectée du terrain, mais ce n'est pas suffisant.

Auparavant je travaillais à un autre étage que les médecins du terrain, on était déconnectés, et je réalise à quel point notre réunion dans les mêmes locaux apporte une réelle plus-value (le déménagement du Département au Pré-du-Marché 23, à Lausanne, a eu lieu l'été 2020). C'est également grâce au fait que l'équipe du DMF a des valeurs communes; les interactions sont de qualité, on ne se tire pas dans les jambes. Par ailleurs, si j'étais une chercheuse non-médecin, je serais plus loin du terrain et pour moi ce serait plus difficile, je pense.

Au final, peut-on dire que vous êtes satisfaite au travail?

Satisfaite du contenu de mon travail, oui, clairement! Et comme je le dis à mes enfants: vous ne pouvez pas savoir comme c'est hyper important de faire ce qu'on a envie au travail!

Correspondance

Dr méd. Alexandre Ronga
Rue du Bugnon 44
CH-1011 Lausanne
alexandre.ronga[at]unisante.ch

Partie 1: Introduction, immunosénescence, infections, vaccins

Les infections chez les personnes âgées

Avec l'âge, certaines maladies infectieuses et leurs évolutions graves sont plus fréquentes et la réponse aux vaccins est moins bonne. Cela est dû aux comorbidités, aux limitations fonctionnelles et à la faiblesse immunitaire liée à l'âge (sénescence immunitaire) ou à d'autres facteurs. Les infections peuvent se présenter avec peu de symptômes focaux (liés aux organes); la fièvre et les symptômes peuvent être absents. Cela peut rendre le diagnostic d'infection plus difficile.

Olivier Petitat^a, Matthias Berger^b, Eugénie Colin-Benoit^c, Charles Béguelin^d, Bernard Flückiger^e, Bettina Hurnif, Massimo Ruffo^f, Alexandra Röllin^g, Gisela Etter^h, Martina Heimⁱ, Katia Boggian^j, Philip Tarr^a

^a Medizinische Universitätsklinik, Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Universität Basel; ^b Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Toffen/BE; ^c Universitätsklinik für Infektiologie, Inselspital Bern, Universität Bern; ^d Spitalzentrum Centre hospitalier Biel-Bienne, Infektiologie und Innere Medizin, Biel-Bienne; ^e Adullam Spital, Allgemein Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Basel-Stadt; ^f Klinik für Rehabilitation und Altersmedizin, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Kantonsspital Baselland Bruderholz, Baselland; ^g Allgemeine Innere Medizin FMH, Bern; ^h Allgemeine Innere Medizin FMH, FA Homöopathie (SVHA), Richterswil ZH; ⁱ Akutgeriatrie Kantonsspital Graubünden, Allgemeine Innere Medizin FMH, Schwerpunkt Geriatrie, Chur/Graubünden; ^j Klinik für Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen, St. Gallen

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les personnes âgées de plus de 65 ans sont considérées comme «vieilles» [1]. Les médecins de famille voient de plus en plus de personnes âgées et les infections sont fréquentes chez les personnes âgées. En raison de l'augmentation de l'espérance de vie, davantage de personnes âgées vivent avec des troubles cognitifs et d'autres troubles fonctionnels, des comorbidités et une polypharmacie. La fréquence et le pronostic des maladies infectieuses dépendent précisément de ces facteurs, de l'environnement social [2] – et, ce qui est intéressant, moins de l'âge lui-même. De bons articles de synthèse sont disponibles sur l'immunologie [3, 4], les maladies infectieuses [5, 6] et les vaccinations [7, 8] chez les personnes âgées. Nous souhaitons ici résumer les concepts pertinents à appliquer dans la pratique.

Le système immunitaire des personnes âgées

«Vieillir, c'est devenir meilleur» (Jack Nicholson) – Est-ce également le cas pour notre système immunitaire?

Malheureusement, ce n'est pas le cas. Parallèlement à la diminution de la fonction des organes [9–12], de nombreuses fonctions du système immunitaire diminuent avec l'âge, ce que l'on appelle la «sénescence immunitaire»

[7, 13, 14]. Celle-ci s'accompagne d'une plus grande vulnérabilité aux infections [15] et d'une moindre réponse aux vaccins [14, 16, 17–19].

Le système immunitaire ne fonctionne-t-il que dans un sens avec l'âge, à savoir vers le bas?

Avec l'âge, on assiste même à un deuxième développement de mauvais augure, l'«inflammaging» [20, 21]. Cette activation chronique et subclinique du système immunitaire se produit également chez de nombreuses personnes âgées en bonne santé [22–24]. La concentration plasmatique de médiateurs inflammatoires augmente alors souvent d'un facteur 2 à 4 [20, 22, 25].

L'inflammation est-elle la conséquence du vieillissement? Ou l'inflammation accélère-t-elle le processus de vieillissement?

Probablement les deux: les processus inflammatoires favorisent les maladies associées à l'âge comme l'athérosclérose et le diabète [22, 26–43]. Inversement, les personnes âgées souffrant de ces comorbidités ont aussi tendance à avoir une évolution moins favorable des infections [28] et à moins bien répondre aux vaccins [44, 45]. Les personnes souffrant d'infections chroniques comme le cytomégalovirus ou le VIH (surtout tant qu'elles ne sont pas

traitées) pourraient présenter une activité inflammatoire accrue dans le sang [46] et un risque cardiovasculaire accru [47, 48] – d'où l'hypothèse d'un vieillissement «accéléré» en cas de VIH [49, 50].

Le système immunitaire détermine-t-il la durée de notre vie?

C'est un sujet complexe. Environ 1 personne sur 5000 atteint aujourd'hui l'âge de 100 ans, et il s'agit de l'un des segments de population dont la croissance est la plus rapide (en 1990, seulement 1 personne sur 10000 atteignait l'âge de 100 ans [51]). Des études sur les personnes âgées de >90 ans montrent que: Le vieillissement réussi est en partie génétique [52] et en partie prédictible via des biomarqueurs comme la longueur des télomères [53–55] ou la méthylation de l'ADN («horloges épigénétiques») [56–59]. Les facteurs génétiques [60] et la composition du microbiote intestinal [61]) influencent également le fonctionnement du système immunitaire. Récemment, des chercheurs ont déterminé des milliers de marqueurs immunitaires chez 135 personnes et ont ainsi établi ce que l'on appelle un âge immunitaire [62]. Celui-ci a amélioré la prédiction de la durée de vie [62]. En bref, nous vieillissons tous chronologiquement à la même vitesse, mais notre âge biologique, épigénétique ou immunitaire est très différent.

Peut-on protéger le système immunitaire contre le vieillissement?

Une chose est sûre: une activité physique régulière a une influence positive sur la sénescence immunitaire [63, 64]. Les patients sont de plus en plus préoccupés de l'état de leur système immunitaire. Les mesures d'hygiène de vie concernant l'activité physique et la santé mentale sont importantes à aborder (gestion du stress, sommeil, ...). La prise prophylactique de substances immunostimulantes comme la vitamine D et l'échinacée peut protéger contre les rhumes et la grippe [65–69]. De nombreuses autres substances ne montrent pas d'influence favorable définitive sur la sénescence immunitaire dans les modèles animaux [70–84]. La vitamine C [85, 86]), le zinc [85, 87, 88], les acides gras oméga-3 [89] et les probiotiques [90] influencent certes favorablement certains marqueurs immunitaires, mais les preuves d'un bénéfice clinique sont faibles.

Les infections chez les personnes âgées

Nous abordons ici la pneumonie, l'infection des voies urinaires et l'érysipèle. La diverticulite et le zona font l'objet d'un article séparé.

Mourons-nous encore de maladies infectieuses en Suisse?

Au début du 20^e siècle, environ 20% de la population mourait de maladies infectieuses, dont les 3/4 de la tuberculose. A partir de 1940, la mortalité due aux infections a nettement diminué – en raison des antibiotiques nouvellement découverts [91–95], des vaccinations [96–99], mais surtout en raison des améliorations socio-économiques et hygiéniques [100]. En Suisse, environ 1% seulement des décès sont aujourd'hui dus à des infections, principalement la pneumonie. La mortalité due aux infections augmente toutefois fortement à partir de 70 ans environ [101, 102]. Pour le COVID-19, il existe une augmentation marquée des hospitalisations et de la mortalité liée à l'âge, même pour la variante omicron moins virulente (encadré 1).

Les maladies chroniques sont-elles dues à des infections?

Non, selon les connaissances actuelles, celles-ci sont presque exclusivement classées parmi les maladies non infectieuses, «non transmissibles» [129].

Quelles sont les infections les plus fréquentes chez les personnes âgées dans la pratique?

Les infections respiratoires, urinaires, de la peau, des tissus mous et des plaies, la diverticu-

lite et le zona [6, 130]. L'incidence hivernale de la grippe est d'ailleurs environ 3–4 fois et 2 fois plus élevée chez les enfants/adolescents et les adultes <65 ans que chez les >65 ans [131]. Les hospitalisations liées à la grippe sont en revanche beaucoup plus fréquentes dans la tranche d'âge des >65 ans.

Y a-t-il des infections qui sont moins fréquentes chez les personnes âgées que chez les jeunes?

Oui. Les «avantages» du vieillissement sont les suivants:

1. Moins de rhumes: Les enfants ont plus souvent des rhumes (jusqu'à 4–8×/an) [132] que les adolescents (env. 2–3×/an), les adultes (env. 2–3×/an) et les personnes âgées (env. 1–2×/an) [133].
2. Moins de maladies sexuellement transmissibles. Attention: il arrive de temps en temps que le VIH ou la syphilis sont ratés chez les personnes de >65 ans, le plus souvent parce

Encadré 1: COVID-19 et l'âge.

Les personnes âgées contractent-elles plus souvent le SRAS-CoV-2 que les jeunes?

Il n'est pas prouvé que les personnes âgées soient généralement plus susceptibles d'être infectées par le COVID-19 [103]. Les possibilités de contamination par l'influenza [104] et le COVID-19 [105, 106] semblent plutôt plus élevées chez les personnes jeunes et mobiles au travail, à la maison et pendant les loisirs.

Pourquoi les personnes âgées meurent-elles plus souvent du COVID-19?

Les facteurs de risque possibles sont les comorbidités [107–112], un système immunitaire affaibli [113, 114], la polypharmacie [115] – le principal facteur de risque reste l'âge [116].

Les personnes âgées meurent-elles à cause ou avec le COVID-19?

Les personnes âgées décèdent davantage, d'une part, parce qu'elles décident de ne pas être transférées aux soins intensifs [117–120]. Des études autopsiques montrent d'autre part qu'en 2020/2021, la majorité d'entre elles sont décédées à cause du COVID-19, et pas seulement avec le COVID-19 [121, 122], en raison de pathologies organiques graves typiques du COVID-19.

Les personnes âgées ont-elles plus souvent un COVID long après le COVID-19 que les jeunes?

Ce n'est pas très clair. Un effet de l'âge a été observé dans certaines études [123–125], mais pas dans d'autres [126–128].

Encadré 2: Présentations d'infections atypiques chez les personnes âgées.

- **Pneumonie, grippe, COVID-19:** La toux, les expectorations, les douleurs pleurétiques, la fièvre et les frissons peuvent être absents.
 - Présentation éventuellement uniquement avec confusion, faiblesse générale, perte d'appétit, chute, dyspnée ou tachypnée inexplicée [141, 142]. Selon l'épidémiologie actuelle, il convient de tester à bas seuil le COVID-19, la grippe (et éventuellement d'autres virus respiratoires) [143–146].
- **Bactériémie:** Les patients peuvent être subfébriles/afébriles ou se présenter uniquement avec une confusion, une dyspnée, une chute, une hypotension ou une tachycardie [147–150].
- **Infections intra-abdominales:** Le péritonisme et les signes classiques de péritonite peuvent être absents; la perte d'appétit et les nausées peuvent être les seuls symptômes [151, 152].
- **Méningite:** la raideur de la nuque peut être absente, éventuellement seulement une confusion ou un état de conscience altéré, plutôt comme une encéphalite [153].
- **Erysipèle:** signes cliniques plus discrets (chaleur locale, érythème, douleur et tuméfaction [154–156].

que l'on suppose moins de rapports sexuels et comportements sexuels à risque [134–136].

3. Les maladies diarrhéiques sont fréquentes chez les enfants, surtout dans les pays pauvres. Jusqu'à l'adolescence, une immunité partielle se développe souvent contre les diarrhées endémiques et autres agents pathogènes tropicaux, de sorte que la malaria [137, 138], le typhus et le paratyphus [139], par exemple, sont nettement moins fréquents chez les personnes âgées que chez les plus jeunes.

Les infections chez les personnes âgées sont-elles souvent non diagnostiquées?

Le diagnostic de l'infection peut être plus difficile, car les personnes âgées ont plus souvent des présentations atypiques avec moins de symptômes focaux (liés aux organes) (encadré 2) [140].

Vaccination chez les personnes âgées

Il n'existe pas de vaccin contre les infections courantes telles que les infections urinaires, la septicémie et l'érysipèle. Les vaccins contre les pneumocoques et la grippe ont une efficacité limitée [157–160]. Ne pas oublier la vaccination contre la FSME: les nouveaux retraités, surtout, passent peut-être plus de temps à l'extérieur [161]. Le nouveau vaccin contre la zona Shingrix fera l'objet d'un article séparé.

Quelle est l'efficacité de la vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées de >65 ans?

Pas différemment, voir les résultats des études [162–164] et nos articles PHC [159, 160]. Il faudrait vacciner 234 à 1000 personnes >65 pour prévenir une pneumonie à pneumocoques [164–169]. C'est pourquoi, depuis 2019, la vaccination antipneumococcique chez les personnes âgées n'est plus considérée que comme facultative aux États-Unis [170]. Depuis 2014, l'OFSP ne recommande plus que Prevenar 13 [171] (désormais aussi Vaxneuvance et bientôt Prevenar 20 [172]), et ce pour toutes les personnes de >65 ans présentant des facteurs de risque tels que BPCO, insuffisance rénale ou cardiaque et immunosuppression [173]. La prise en charge par l'AOS est désormais garantie depuis le 1er mars 2023.

Faut-il vacciner les enfants avec le Prevenar 13 pour que les personnes âgées aient moins de pneumonies à pneumocoques?

La vaccination des nourrissons est plus efficace que celle des >65 ans pour réduire l'incidence des pneumonies chez les personnes âgées [174–177] – et les enfants vaccinés en tirent

L'essentiel dans la pratique

- L'immunosénescence et l'inflammation sont bien documentées chez les personnes âgées et sont le plus susceptibles d'être influencées favorablement par un mode de vie sain.
- Certaines infections sont nettement plus fréquentes chez les personnes âgées (pneumonie, zona). D'autres infections (grippe, COVID-19) ne sont pas plus fréquentes, mais le risque d'hospitalisation et de mortalité est nettement plus élevé.
- La réponse aux vaccins peut devenir plus faible avec l'âge et des données convaincantes manquent pour les vaccins contre le pneumocoque et la grippe.

un bénéfice personnel: moins d'otites et de pneumonies [168, 178, 179]. C'est pourquoi, depuis le plan de vaccination 2019, Prevenar 13 est désormais recommandé aux nourrissons de 2, 4 et 12 mois comme vaccin de base [164, 180, 181].

Quelle est l'efficacité du vaccin contre la grippe chez les personnes âgées de >65 ans?

Les données sont étonnamment faibles: nous en avons parlé dans PHC 02/2021 et 03/2022 [157, 159]. La vaccination contre la grippe est nettement moins efficace que ce qui est souvent indiqué [182–186]. En effet, selon le groupe Cochrane, les données disponibles ne permettent pas de recommander clairement la vaccination chez les personnes de plus de 65 ans [187]. Selon un scénario très optimiste (59% d'efficacité vaccinale), il faudrait vacciner 30 personnes de plus de 65 ans pour éviter un cas de grippe [187].

Faut-il vacciner les enfants pour que les personnes âgées attrapent moins la grippe ou le COVID-19?

Comme la vaccination des enfants contre la grippe permet de réduire indirectement le risque d'infection des personnes de >65 ans, la vaccination contre la grippe est recommandée aux États-Unis à tous les enfants à partir de 6 mois [188]. En Suisse, ce n'est pas le cas [189], car les enfants doivent avant tout tirer un bénéfice personnel de la vaccination. Or, la grande majorité des enfants atteints de grippe présentent un risque très faible de complications et d'hospitalisation.

Comment pouvons-nous améliorer l'efficacité de la vaccination chez les personnes âgées [190–192]?

Différents concepts sont à l'essai: une dose plus élevée de vaccin contre la grippe [193–195] et des renforceurs immunologiques (adjuvants) [196] ont permis jusqu'à présent d'obtenir des titres d'anticorps légèrement meilleurs, sans réduction claire de la fréquence de la grippe. Les premiers résultats des vaccins à ARNm contre la grippe sont attendus pour 2023 [197–199].

Correspondance

Prof. Dr. med. Philip Tarr
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital Baselland
CH-4101 Bruderholz
philip.tarr[at]unibas.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.10694>.

Influences sur le système cardiovasculaire, les hormones, la fonction immunitaire et le psychisme

Les bienfaits de la nage en eau froide sur la santé

Nager en eau froide (15 °C et au-dessous) est une pratique régulière de longue date. Les adeptes de ce principe sont d'avis que cela présente de nombreux bienfaits pour la santé. Nous devons toutefois être conscients que la nage en eau froide est potentiellement mortelle pour les non-initiés. Dans certaines situations, la nage en eau froide semble exercer un effet positif sur divers systèmes tels que le système cardiovasculaire, le système endocrinien, le système immunitaire et le psychisme. Un bienfait de la nage en eau froide ne peut être attendu qu'en s'habituant progressivement aux basses températures et en nageant régulièrement en eau froide. Idéalement, un nageur en eau froide suit le cours des saisons et nage quotidiennement en eaux libres.

Katja Weiss^a, Pantelis T. Nikolaidis^{b,c}, Beat Knechtle^{a,d}

^a Institut für Hausarztmedizin Universität Zürich, Zürich, Schweiz; ^b Exercise Physiology Laboratory, Hellenic Air Force Academy, Acharnes, Griechenland;

^c School of Health and Caring Sciences, University of West Attica, Athens, Griechenland; ^d Medbase St. Gallen Am Vadianplatz, St. Gallen, Schweiz

Introduction

Les premières descriptions des bienfaits de la nage en eau froide pour la santé proviennent des siècles derniers. Selon Hippocrate, l'hydrothérapie atténuait la fatigue. Pendant six décennies, Thomas Jefferson avait recours un bain de pieds froid tous les matins pour conserver sa santé. En 1538, Wynmann a rédigé le premier livre consacré à la natation afin de réduire le nombre de noyés. En 1750 a été émise la recommandation de nager en mer et de boire de l'eau de mer pour traiter une série de maladies [1, 2], l'hiver étant considéré comme le meilleur moment. Les bains de mer ont connu leur apogée au 18^e siècle, avec le développement du maillot de bain et de la roulotte de bain. Les communes et lieux de baignage misaient sur les bénéfices de la nage en mer pour la santé. Le risque associé à ce bienfait pour la santé a mené à l'introduction des nageurs sauveteurs sur les plages [3].

Des récits anecdotiques décrivent la nage en eau froide comme un moyen d'améliorer le bien-être et la santé. Il est supposé que ces avantages pour la santé résultent des réactions physiologiques dues à l'action de l'eau froide [4, 5]. Des modifications physiologiques surviennent de manière aiguë durant la nage en eau froide, tandis que répéter cette activité développe des adaptations susceptibles de se repercuter sur la santé [4, 5].

Dans le contexte de la nage en eau froide, il n'existe pas de définition rigoureuse de «l'eau froide».

Lors de l'immersion dans une eau dont la température se situe entre 0 et 15 °C, diverses réactions peuvent survenir, telles qu'inspiration soudaine, hyperventilation, tachycardie, vasoconstriction périphérique et hausse de la pression artérielle [6], qui sont très similaires en termes de forme et d'ampleur à 0 °C et à

15 °C [7]. Ainsi, l'eau froide peut être définie par une température inférieure à 15 °C [8].

Dans les pays nordiques, la nage en eau froide est pratiquée régulièrement en hiver. En Europe de l'Est, la nage hivernale fait partie des festivités de l'Épiphanie. De ces pays proviennent des études de terrain sur la compréhension de l'influence de la nage en eau froide sur l'adaptation de l'organisme au froid [9], les modifications du métabolisme des lipides [10,



Figure 1: Le nageur en eau glacée polonais Piotr Gronek à l'entraînement (image avec l'aimable autorisation de l'athlète).

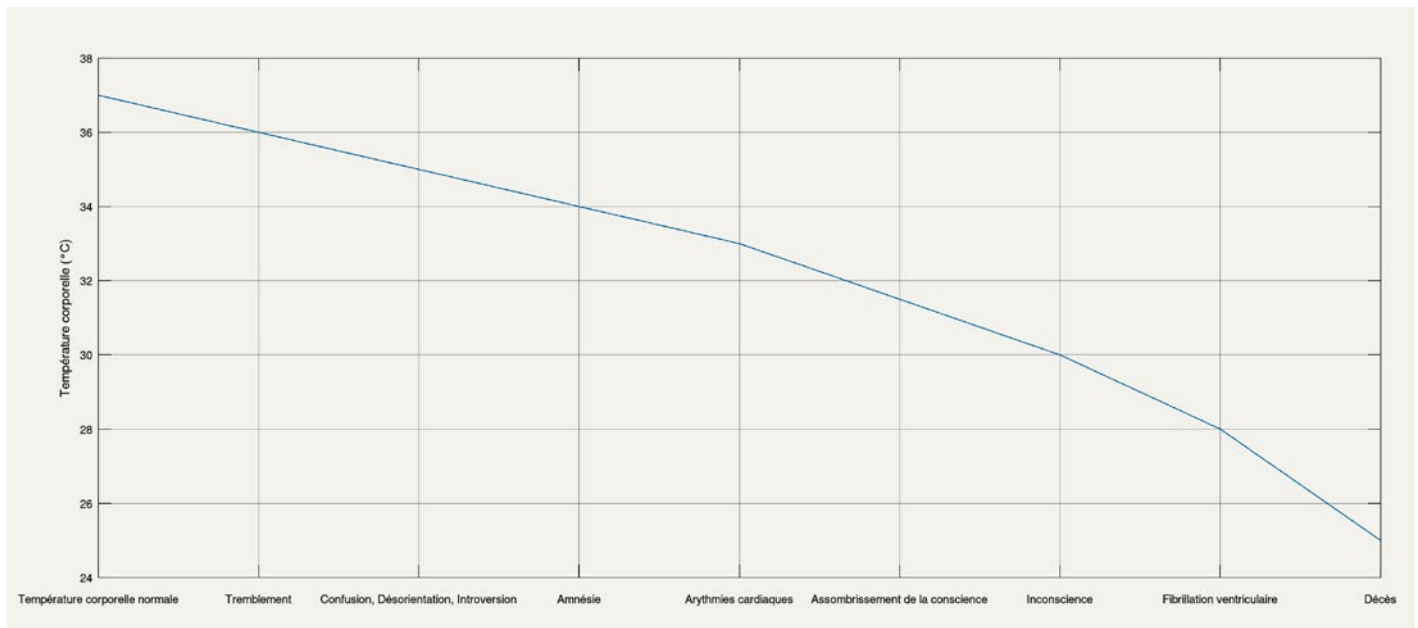


Figure 2: Symptômes lors de l'immersion en eau froide après baisse de la température corporelle [63].

11], les adaptations des valeurs hématologiques [12, 13], les effets sur le système immunitaire [14–17] et endocrinien [18, 19] ou les aspects de la thermorégulation [20–23].

Bienfaits de la nage en eau froide

La nage en eau froide déclenche un état de stress dans lequel le corps entier est exposé à l'eau froide. Les nageurs en eau froide présentent différents degrés d'adaptation au froid (fig. 1). La question se pose de savoir si la nage en eau froide a des bénéfices pour la santé ou des effets nocifs.

Chez une personne adulte exposée au froid, la baisse significative et potentiellement mortelle de la température corporelle est retardée par une réduction du taux de dissipation thermique qui est due à la vasoconstriction périphérique et une augmentation du taux de production de chaleur au moyen de frissons comme mécanisme de thermogenèse [24]. Les frissons sont déclenchés par une exposition prolongée au froid et peuvent atteindre des intensités correspondant à ~40% de la consommation maximale d'oxygène (ou le quintuple du métabolisme de repos) [25]. Plusieurs études ont montré que l'intensité des frissons était associée à la durée et au degré de l'exposition au froid ainsi qu'aux caractéristiques morphologiques de l'individu (à savoir taux de graisse corporelle, rapport surface-volume, flux sanguin) [25–27]. L'ATP nécessaire pour maintenir les contractions musculaires involontaires lors du frissonnement est mis à disposition par oxydation de glucides, lipides et protéines [28]. En eau froide, la température corporelle baisse d'environ 1°C toutes les

10 minutes [29]. La chaleur générée par les frissons retarde le début d'une hypothermie critique [30].

La nage en eau froide peut augmenter la tolérance au stress et créer une certaine résilience [31]. Pratiquée par des personnes saines d'une façon régulière et adaptée aux saisons, elle peut apporter un certain bénéfice pour la santé [32, 33]. Les personnes non entraînées encourent un risque de décès, en raison de la réaction de choc neurogénique au froid, d'une baisse progressive de l'efficacité de la nage ou d'une hypothermie progressive [33] (fig. 2). Une stratégie par paliers est recommandée tant au début qu'au fil des séjours en eau froide afin d'encourager et de maintenir l'acclimatation, d'obtenir une protection des éventuels risques que présente le stress de l'eau froide et de profiter des bienfaits prometteurs pour la santé [32, 33].

Des études fournissent des indications sur les bénéfices pour la santé de la nage en eau froide [34, 35]. Divers aspects ont été décrits (tab. 1).

Influence sur le système cardiovasculaire et endocrinien

Diverses hormones telles que la catécholamine, l'insuline, la thyrotropine (TSH), l'adrénocorticotrophine (ACTH) et le cortisol réagissent au stress causé par le froid [18, 19, 22, 36–39].

En tant que forme d'entraînement d'endurance, la nage en eau froide peut accroître la tolérance aux facteurs de stress et rendre l'organisme plus résilient. Les valeurs du métabolisme lipidique de nageurs en eau froide d'âge

moyen ont été mesurées au début (octobre), au milieu (janvier) et à la fin de la saison (avril). Ont été observées une baisse du taux de triglycérides entre janvier et avril, une concentration plus faible de l'homocystéine entre octobre et janvier ainsi qu'entre octobre et avril, avec une baisse du taux d'homocystéine plus prononcée chez les femmes que chez les hommes [11].

La nage en eau froide a un effet positif spécifique au sexe sur l'insuline [36, 40]. La composition corporelle et l'activité insulinaire de nageurs en eau froide ont été examinées pendant 6 mois. Les nageurs étaient en surpoids et

Tableau 1: Bienfaits de la nage en eau froide sur la santé.

Système organique	Effet
Système cardiovasculaire	Baisse de la pression artérielle en cas d'entraînement régulier
Système endocrinien	Baisse des triglycérides Augmentation de la sensibilité à l'insuline Hausse de la noradrénaline Hausse du cortisol
Psychisme	Effet antidépresseur
Système immunitaire	Hausse des leucocytes Hausse des monocytes Moins d'infections

avaient un pourcentage supérieur de graisse corporelle par rapport au groupe témoin, avec des différences entre les sexes. Les nageuses plus minces présentaient une activité insulinique accrue ainsi qu'une sécrétion d'insuline et une résistance à l'insuline réduites [40].

Nager en eau froide influence aussi les hormones du stress telles que l'ACTH et la catécholamine [18, 41]. La nage régulière en hiver à raison de trois séances par semaine pendant 12 semaines à des températures de 0-3 °C a entraîné une hausse des taux d'ACTH et de cortisol ainsi que de la noradrénaline. Il est supposé que la hausse de la noradrénaline mène à une diminution de la perception de la douleur, comme lors d'une cryothérapie corps entier ou de la nage en eau glacée [41].

La nage en eau froide exerce une influence positive sur les facteurs de risque cardiovasculaire, tels que le profil lipidique [10, 11, 36], et fait baisser la pression artérielle lorsqu'elle est pratiquée régulièrement [42]. La nage en eau froide représente toutefois un risque pour les personnes atteintes de maladies cardiaques, car une chute brutale de température entraîne une vasoconstriction et peut ainsi augmenter la charge de travail du cœur. Chez les personnes souffrant déjà d'une cardiopathie, cela est susceptible de provoquer une hausse de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, ce qui peut être dangereux [43]. Les personnes âgées sont exposées à un risque plus élevé [44]. Afin d'éviter les problèmes de santé, un individu souhaitant nager en eau froide doit adapter le corps au froid à des températures de plus en plus basses de manière régulière et en augmentant progressivement la fréquence [45].

Influence sur le psychisme

Nager en eau glacée a un effet positif sur le psychisme humain [5, 46, 47] et agit comme un antidépresseur [47, 48]. Chez des personnes souffrant de rhumatisme, fibromyalgie ou asthme, nager régulièrement en hiver a entraîné une amélioration du bien-être [5]. En raison de la hausse du taux de catécholamine, la nage en eau froide pourrait être une forme de traitement des dépressions, car elle active le système nerveux sympathique et accroît la concentration de noradrénaline et de β -endorphine [49].

Aspects immunologiques

Les adeptes de la nage hivernale souffrent moins souvent d'infections par rapport à la population générale. L'incidence des infections des voies respiratoires supérieures est d'environ 40% inférieure chez ces personnes [16, 50]. Les nageurs en eau froide rapportent souffrir d'infections moins fréquemment et sous des formes plus modérées grâce à la nage régulière

en eau froide [51]. Un renforcement de l'immunité contre l'eau froide est biologiquement plausible, car la nage en eau froide provoque la libération d'hormones de stress [19, 52] et un stress de courte durée, tel que le froid, peut préparer le système immunitaire à se défendre contre les infections [53].

Il existe des indications que la nage en eau froide exerce une influence sur des paramètres hématologiques immunitaires spécifiques [16, 50]. L'examen des répercussions de la nage en eau froide sur les paramètres du système immunitaire tels que les leucocytes et les immunoglobulines a mené à différents résultats, car les protocoles d'étude étaient très variés, incluant des personnes non habituées qui prenaient un bref bain en eau glacée [54], des personnes séjournant longtemps en eau froide de manière statique [14] ainsi que des personnes nageant en eau froide de façon dynamique (nageurs longue distance expérimentés qui s'entraînent pendant 8 h) [55].

Si la nage en eau froide avait un effet positif sur la fonction immunitaire, les paramètres du système immunitaire tout comme la santé devraient s'améliorer au fil d'un programme d'acclimatation, et les nageurs expérimentés pourraient présenter les meilleures valeurs de laboratoire. Des différences concernant la réaction à l'immersion statique en eau froide sont possibles, car l'effet combiné des contraintes physiologiques causées par l'activité physique et le froid peut dépasser l'effet individuel [56]. L'immersion statique en eau froide pendant plusieurs semaines a modifié à la fois le nombre de leucocytes et leur réaction. Ces modifications étaient toutefois faibles et d'une importance incertaine, et la nage en eau froide répétée n'a pas modifié la réaction des immunoglobulines [14]. Une autre étude a examiné le refroidissement rapide et lent ainsi que la durée du séjour en eau froide, une leucocytose ayant pu être mise en évidence uniquement en cas de refroidissement lent [15]. L'utilisation de la nage en eau froide et du réchauffement alternés peut aussi compliquer la réaction physiologique. Il semble que le degré de leucocytose corresponde au niveau de stress. Un séjour de 60 minutes en eau froide à 14 °C n'a montré aucune hausse des neutrophiles [14], mais un séjour de 120 minutes en eau froide à 14 °C avec réchauffement périodique entraîne une hausse de 55% [15].

Un nageur en eau froide qui participe à des compétitions à des températures inférieures à 5 °C ne reste que quelques minutes dans l'eau froide, de sorte qu'il utilise ensuite efficacement la chaleur se diffusant dans l'organisme. Des examens réalisés directement avant et après avoir parcouru une distance de 150 m dans une eau à 6 °C montrent que le taux san-

guin de leucocytes (granulocytes neutrophiles, lymphocytes et monocytes) augmente significativement en raison du froid, de sorte qu'il peut exister une protection contre les inflammations ou les infections [50]. D'autres études ont révélé une hausse des leucocytes et monocytes, ce qui a été interprété comme le signe d'une amélioration de la réponse de l'organisme au stress [16].

Une leucocytose à court terme survient du fait des leucocytes qui quittent des organes tels que la rate en réaction à la hausse de catécholamines et de cortisol pour se préparer à la défense immunitaire [53]; ils sont transportés dans le sang à des endroits où une infection est possible. La partie la plus importante de cette réaction à court terme consiste en une baisse subséquente du taux sanguin de leucocytes lorsqu'ils parviennent dans des tissus tels que la peau [53]. Les monocytes et neutrophiles migrent en réaction à une concentration de cortisol qui correspond à celle libérée en cas de stress aigu [57]. Les nageurs en eau froide entraînés présentaient une concentration supérieure de certains leucocytes par rapport aux personnes non habituées au froid [54]. Chez les nageurs longue distance expérimentés, une lourde charge d'entraînement a provoqué une légère réduction des leucocytes ainsi qu'une baisse de la concentration des immunoglobulines sériques et des IgA salivaires (sIgA) [55].

Il existe un rapport entre le niveau de stress et la concentration de leucocytes [50, 53]. Les nageurs longue distance n'ont montré aucun changement significatif des neutrophiles après une heure de natation en eau froide, mais après 2 heures, les chiffres avaient augmenté d'environ 50%, et quadruplé au bout de 8 heures [55]. Les nageurs non acclimatés ont présenté la réaction la plus rapide avec un taux de neutrophiles accru de 38% à la suite d'une compétition de natation sur 150 m [50]. Ces études montrent des taux de leucocytes supérieurs chez les nageurs en eau froide, mais il n'est pas non connu si ceux-ci reflètent des valeurs accrues dans l'organisme ou une redistribution entre les différents tissus. Le degré d'acclimatation à l'eau froide devrait aussi être décisif [50, 55].

Infections des voies respiratoires supérieures

Les infections des voies respiratoires supérieures sont une mesure utile de la fonction *in vivo* car il s'agit d'une infection très fréquente [58]. Parmi les personnes nageant régulièrement en eau glacée, 40% ont indiqué présenter des infections des voies respiratoires supérieures moins fréquentes, plus légères et plus brèves qu'avant de débiter cette activité [51], et

Perfectionnement

les nageurs en eau froide avaient moins de rhumes que leurs partenaires [59].

Malgré les affirmations répétées concernant les avantages de la nage en eau froide, il est également possible qu'elle soit nocive. Collier et al. [59] ont compilé des tendances de corrélations positives entre l'exposition à l'eau froide et la prévalence ainsi que la degré des infections des voies respiratoires supérieures. Tandis qu'une brève exposition (stress) à l'eau froide pouvait tout à fait améliorer l'activité du système immunitaire, une exposition répétée entraînerait une restriction de celui-ci. Le stress à court terme est défini par une durée de quelques minutes à heures, le stress chronique subsiste plusieurs heures, jours, semaines ou mois [53]. La nage fréquente en eau froide et le frissonnement persistant pendant et après l'activité peuvent tomber dans la deuxième catégorie.

Les adeptes de la nage hivernale régulière présentent des variations anormales de la concentration de cortisol [60]. Un stress prolongé peut entraîner un dérèglement du cycle circadien de cortisol et une réponse immunitaire supprimée [53]. L'inspiration d'air froid comme le refroidissement de la surface du corps augmentent la probabilité d'une infection des voies respiratoires supérieures, ce qui est en partie dû à une vasoconstriction au niveau du nez [61]. L'intensité de l'entraînement peut aussi être pertinente. Un entraînement à 80% de la capacité maximale est susceptible de provoquer une apoptose des lymphocytes [62]. La perturbation du rythme circadien de cortisol montre qu'un contact excessif avec le froid pourrait entraîner un stress physiologique durable et ainsi une immunosuppression [60].

Résumé

Les initiés de la nage en eau froide montrent un certain bénéfice pour la santé. L'entraînement régulier de nage en eau froide semble exercer un effet positif sur différents systèmes tels que le système cardiovasculaire, le système

endocrinien, le système immunitaire et le psychisme. Les bienfaits de la nage en eau froide sur la santé ne peuvent être attendus qu'en cas d'adaptation progressive au froid; il est conseillé de suivre les saisons et de nager quotidiennement en eaux libres. Avec cette acclimatation, les novices de la nage en eau froide peuvent escompter une amélioration du système immunitaire.

Correspondance

Prof. Dr. med. Beat Knechtle
 Facharzt FMH für Allgemeinmedizin
 Medbase St. Gallen Am Vadianplatz
 Vadianstrasse 26
 CH-9001 St. Gallen
 beat.knechtle[at]hispeed.ch



Références

La bibliographie complète se trouve dans la version en ligne de l'article à l'adresse <https://doi.org/10.4414/phc-f.2023.10702>.

Année



PRÉSENTATION DE LIVRE

Éditions médicales suisses EMH

Anne-Christine Loschnigg-Barman, Judith Alder
Parfois maman est fatiguée



Retrouvez ce livre ainsi que d'autres ici:
shop.emh.ch/collections/all

Importance de la médecine de premier recours dans la prise en charge des patient·e·s souffrant d'affections complexes

La périartérite noueuse, une maladie difficile à diagnostiquer

Angelika Mandu-Widmer^a, Simone Krähenmann^b, Andrea Rubbert-Roth^c

^a Dipl.-med., Assistenzärztin Klinik für Allgemeine Innere Medizin/ Hausarztmedizin und Notfallmedizin, Kantonsspital St.Gallen; ^b Dr. med., Leitende Ärztin Klinik für Allgemeine Innere Medizin/ Hausarztmedizin und Notfallmedizin, Kantonsspital St.Gallen; ^c Prof. Dr. med., Leitende Ärztin/ Stv. Klinikleiterin Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St. Gallen

Anamnèse et investigations diagnostiques ambulatoires

Une Suisseuse d'origine indienne âgée de 21 ans s'est présentée à notre service des urgences avec des douleurs à type de brûlures au niveau du pied gauche et un engourdissement des 4^e et 5^e orteils. L'examen clinique était au demeurant sans particularité, de sorte qu'aucune autre mesure diagnostique n'a été prise dans un premier temps aux urgences, mais qu'il a été recommandé de poursuivre les investigations en ambulatoire. Quelques jours plus tard, elle a consulté son médecin de famille. Ce dernier ayant eu l'impression qu'il s'agissait de douleurs neuropathiques, il a initié une tentative de traitement par prégabaline et a prescrit un examen électrophysiologique dans un cabinet spécialisé de neurologie, qui s'est révélé normal. Deux semaines plus tard, la patiente s'est présentée dans un service des urgences d'un canton voisin en raison de troubles de la sensibilité croissants et de douleurs invalidantes au niveau des deux pieds, ainsi que d'œdèmes des jambes et d'altérations cutanées nouvellement

apparus (fig. 1), et a ensuite été transférée dans notre hôpital central. L'anamnèse personnelle de la patiente était vierge: elle était jusqu'alors en bonne santé, travaillait dans le domaine scolaire, voyageait en Europe et avait passé ses dernières vacances en Inde alors qu'elle était enfant. Elle fumait de temps en temps des cigarettes et du cannabis.

cas de figure [2]. Dans notre cas, une polyneuropathie purement sensitive, à prédominance distale, était initialement envisageable. Celle-ci semblait néanmoins plutôt improbable en raison des résultats normaux de l'électroneurographie sensitive orthodromique du nerf sural.

Commentaire

La pose du diagnostic a été retardée, notamment en raison des symptômes cliniques initialement peu prononcés et des résultats électrophysiologiques normaux. Le fait que la patiente se soit présentée dans différents établissements sans que les résultats n'aient été rapprochés a encore compliqué la situation. Seule l'hospitalisation à l'hôpital central a permis de les rassembler et de les évaluer de manière interdisciplinaire. Trois semaines se sont ainsi écoulées entre le début des symptômes et les examens diagnostiques coordonnés en milieu hospitalier. Lorsque des examens médicaux spécialisés ont lieu en ambulatoire pour des symptômes d'origine indéterminée, les médecins de famille jouent un rôle clé dans la coordination du processus diagnostique [1]. En cas de souffrance élevée et de processus diagnostiques ambulatoires prolongés, ils peuvent contribuer, en tant que case manager, à garantir la continuité de la prise en charge et à éviter que les patientes et patients ne sollicitent eux-mêmes un deuxième avis, ou du moins à réduire ces

Investigations diagnostiques stationnaires

En raison du tableau clinique confus, des examens approfondis ont été effectués en milieu hospitalier. Les analyses de laboratoire réalisées à l'admission ont révélé un hémogramme différentiel normal, à l'exception d'une légère thrombocytose (335 G/l), des valeurs inflammatoires discrètement élevées (CRP 11 mg/l, vitesse de sédimentation 22 mm/h), des paramètres hépatiques et rénaux normaux et un bilan urinaire normal. Un érythème noueux ou une maladie granulomateuse ont été évoqués comme diagnostics différentiels. À cet égard, le titre de streptolysine, l'IL-2 et l'ACE ainsi que le test Quantiféron étaient normaux. Une maladie infectieuse avec des symptômes secondaires à médiation immunitaire a également été envisagée. Les analyses de laboratoire correspondantes (VIH, hépatite B/C, *Treponema pallidum*, *Borrelia burgdorferi*, méningo-encéphalite à tiques [FSME]), y compris les analyses sérologiques auto-immunes (FR IgA, IgM, ANA IgG IF<1:80, SS-A, SS-B, PR3-ANCA IgG, MPO-ANCA IgG, anticorps antiphospholipides, cryoglobulines et complément) n'ont pas livré de résultats concluants. La radiographie thoracique et l'échographie abdominale étaient sans particularité. Les œdèmes



Figure 1: Photos originales prises lors de l'admission à l'hôpital: œdèmes bilatéraux des membres inférieurs et exanthème en guirlande.

Case report

des membres inférieurs ont été interprétés comme des lymphoedèmes après une échographie duplex. Les observations histologiques faites sur un cylindre cutané biopsié ont été jugées non spécifiques ou plutôt compatibles avec une réaction médicamenteuse bulleuse ou un trouble de la coagulation.

Commentaire

En présence d'une anamnèse médicamenteuse vierge et d'un bilan de coagulation normal, les diagnostics différentiels d'une réaction médicamenteuse bulleuse ou d'une vasculopathie thrombotique semblaient improbables. Des examens diagnostiques à la recherche de borrélioses et d'une FSME ont été effectués pour détecter une éventuelle dermatite atrophique et une neuroborréliose. Concernant une éventuelle maladie rhumatologique, une vascularite a été discutée. La biopsie cuta-

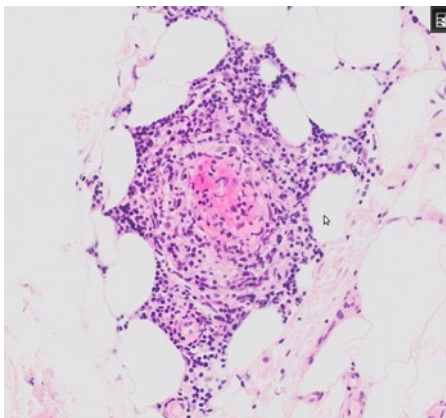


Figure 2: Artère dans le tissu adipeux péri-neural du nerf sural avec nécrose fibrinoïde pariétale et infiltrat lymphocytaire avec pénétration de la paroi vasculaire. Coloration à l'hématoxyline/éosine (FFPE: formalin-fixed, paraffin-embedded tissue).

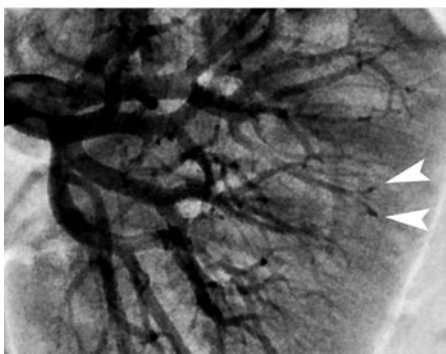


Figure 3: Angiographie par soustraction avec petits anévrismes de l'artère rénale périphérique.

née réalisée dans notre cas a été jugée non spécifique et n'a peut-être pas été concluante pour l'établissement du diagnostic, car les vaisseaux artériels de petit et moyen calibre n'ont pas été examinés. Une atteinte segmentaire pourrait également expliquer les résultats faussement négatifs.

Examens complémentaires et pose du diagnostic

Un traitement topique par éther laurique de macrogol et mométasone ainsi qu'un traitement de la douleur (analgésiques de niveau 1, opiacés, prégabaline) ont tout d'abord été instaurés. Par la suite, les troubles de la sensibilité se sont étendus en direction proximale jusqu'aux deux cuisses, ce qui a amené à effectuer une ponction lombaire, une IRM du neurocrâne/long spine ainsi qu'un nouvel examen électrophysiologique pour exclure une maladie neurologique démyélinisante ou inflammatoire (diagnostics différentiels: syndrome de Guillain-Barré, sclérose en plaques). Le troisième examen neurophysiologique a montré pour la première fois des signes de neuropathie axonale du nerf sural, qui a alors été biopsié. Enfin, l'histologie a révélé une nécrose fibrinoïde pariétale avec infiltrat lymphocytaire périvasculaire, compatible avec une vascularite, dans l'artère également biopsiée dans le tissu adipeux péri-neural (fig. 2). L'angiographie par tomodynamométrie (angio-TDM) de l'abdomen, et notamment l'angiographie par soustraction numérique, a montré des anévrismes des vaisseaux rénaux et viscéraux ainsi que des infarctus corticaux rénaux (fig. 3 et 4). Ces résultats ont confirmé le diagnostic de périartérite noueuse (PAN) avec atteinte viscérale, raison pour laquelle une corticothérapie d'attaque à raison de 60 mg de prednisone/jour a été mise en place. Du fait d'une réponse insuffisante des symptômes subjectifs, des perfusions mensuelles de cyclophosphamide ont été initiées.

Commentaire

La PAN est une maladie rare, mais dont l'évolution est grave en l'absence de traitement et qui entraîne une mortalité élevée. Sa prévalence est estimée à 1:33 000 [3]. Même si la première manifestation de la maladie survient principalement au cours de la 4^e et de la 5^e décennie de vie, notre présentation de cas montre que la

PAN doit également être envisagée comme diagnostic différentiel chez des personnes plus jeunes. Dans le cas de la PAN, une vascularite nécrosante des petites et moyennes artères peut entraîner des ischémies tissulaires. Les nerfs périphériques, les reins, la peau, les muscles, les articulations et le tractus gastro-intestinal peuvent être touchés. Le diagnostic d'une PAN est complexe, étant donné que les personnes concernées présentent souvent des symptômes non spécifiques au départ, qu'il n'existe pas de marqueurs sérologiques spécifiques (comme par ex. ANCA) et que l'histologie peut être faussement négative en raison de l'atteinte segmentaire. Le diagnostic est posé par biopsie tissulaire ou artériographie. Les critères de l'American College of Rheumatology ne sont pas des critères de diagnostic mais de classification, mais ils peuvent néanmoins être utiles dans la pratique (fig. 5, tab. 1).

Déroulement du traitement

Au début, les douleurs neuropathiques étaient tenaces malgré un traitement immunosuppresseur à haute dose et des analgésiques. Le traitement local supplémentaire par capsaïcine a bien fonctionné. Après 9 administrations de cyclophosphamide et un traitement par prednisone, nous sommes passés à un traitement d'entretien par azathioprine. Après plusieurs

Tableau 1: Critères de classification de l'ACR. Si au moins trois critères sont remplis, une PAN semble très probable [9].

Altérations typiques dans l'échantillon tissulaire

Perte de poids de plus de quatre kilos depuis le début de la maladie

Livedo reticularis

Douleurs testiculaires sans autre cause identifiable

Myalgie, faiblesse dans les jambes

Mono- ou polyneuropathie

Pression artérielle diastolique >90 mm Hg

Élévation de l'urée (>40 mg/dl) ou de la créatinine (>1,5 mg/dl)

Sérologie de l'hépatite B positive

Angiographie pathologique (anévrismes, sténoses des artères viscérales)

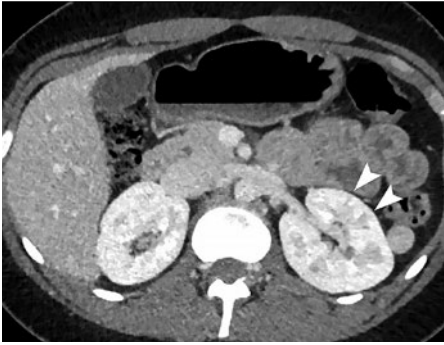


Figure 4: TDM abdominale montrant des infarctus corticaux rénaux.

mois de traitement dans le service ambulatoire de rhumatologie, la patiente n'avait plus de douleurs et ne présentait plus que de discrets troubles neurologiques résiduels. Fort heureusement, le traitement par azathioprine a été bien toléré et a pu être arrêté entre-temps. Compte tenu du jeune âge de la patiente, un traitement par analogues de la GnRH a été administré pendant le traitement par cyclophosphamide afin d'éviter une insuffisance ovarienne. La longue incertitude et le marathon diagnostique ont laissé des traces psychologiques que la patiente a tenté de surmonter en suivant une thérapie par la parole et en prenant de la trazodone.

Commentaire

En fonction du degré de sévérité, le traitement de la PAN fait appel à différents immunosuppresseurs [4]. En premier lieu, une corticothérapie d'attaque est mise en place. Les formes sévères de la maladie sont traitées par cyclophosphamide, sachant qu'une tératogénicité accrue chez les femmes en âge de procréer doit être prise en compte.

Conclusion

Rétrospectivement, nous pouvons retenir que dans ce long processus diagnostique depuis la survenue des symptômes non spécifiques jusqu'à la pose du diagnostic de PAN, la remise en question critique de résultats initialement normaux ou non spécifiques (examen électrophysiologique, biopsie cutanée) a été décisive. Notre équipe médicale a eu la tâche exigeante, à une époque de pression des coûts et de smarter medicine, de poser l'indication d'examen électrophysiologiques répétés à plusieurs reprises en raison des troubles persistants, ce qui a finalement abouti au diagnostic [5–8].

Take-home message

- La PAN est une maladie très rare avec des symptômes souvent non spécifiques.
- Dans le cas de la PAN, une vascularite nécrosante des vaisseaux artériels de petit et moyen calibre peut entraîner des ischémies tissulaires. Les nerfs périphériques, les reins, la peau, les muscles, les articulations et le tractus gastro-intestinal peuvent être touchés.
- Il n'existe pas de marqueur sérologique.
- Le diagnostic est posé au moyen d'une biopsie tissulaire ou d'une angiographie, l'angiographie TDM-/IRM moderne pouvant souvent remplacer l'angiographie conventionnelle.
- Lorsque des examens médicaux spécialisés ont lieu en ambulatoire en cas de troubles confus, les médecins de famille jouent un rôle clé dans la coordination du processus diagnostique.
- En tant que case manager, vous pouvez contribuer à garantir la continuité de la prise en charge et à réduire les situations où les patientes et patients demandent eux-mêmes un deuxième avis.
- En cas de maladie indéterminée, les médecins de famille devraient prendre contact précocement avec un centre pour maladies rares.
- Les résultats en apparence normaux doivent être remis en question de manière critique en fonction de l'évolution. Selon la situation, il peut être justifié de répéter un examen en cas de troubles persistants.

Correspondance

Angelika Mandu-Widmer
Praxis zur Rehbürg
Rorschacherstrasse 155
CH-9000 St. Gallen
[angelika.widmer\[at\]hin.ch](mailto:angelika.widmer[at]hin.ch)

Remerciements à

PD Dr méd. Lukas Hechelhammer, médecin-adjoint / responsable de la section radiologie interventionnelle, Clinique de radiologie interventionnelle, Hôpital cantonal de Saint-Gall

Dr méd. Jürgen Hench, chef de clinique en pathologie, Institut de génétique médicale et de pathologie, Hôpital universitaire de Bâle

Références

- 1 Dudding-Byth T. A powerful team: the family physician advocating for patients with a rare disease. *Aust Fam Physician*. 2015 Sep;44(9):634–8.
- 2 Biernikiewicz M, Taieb V, Toumi M. Characteristics of doctor-shoppers: a systematic literature review. *J Mark Access Health Policy*. 2019 Mar 27;7(1):1595953.
- 3 orpha.net. [Internet]. Paris: INSERM US14; c2023 [cited 2023 Apr 5]. Available from: https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/Disease_Search.php?lng=FR&data_id=3403&Disease_Disease_Search_disease-

- Group=polyarteritis-nodosa&Disease_Disease_Search_diseaseType=Pat&Krankheit(n)/Krankheitsgruppe=Polyarteritis-nodosa&title=Polyarteritis%20nodosa&search=Disease_Search_Simple
- 4 Chung SA, Gorelik M, Langford CA, Maz M, Abril A, Guyatt G, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis foundation guideline for the management of polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheumatol*. 2021 Aug;73(8):1384–93.
 - 5 Sharpe M. Medically unexplained symptoms and syndromes. *Clin Med (Lond)*. 2002 Nov–Dec;2(6):501–4.
 - 6 De Virgilio A, Greco A, Magliulo G, Gallo A, Ruoppolo G, Conte M, et al. Polyarteritis nodosa: A contemporary overview. *Autoimmun Rev*. 2016 Jun;15(6):564–70.
 - 7 Croskerry P, Singhal G, Mamede S. Cognitive debiasing 2: impediments to and strategies for change. *BMJ Qual Saf*. 2013 Oct;22(Suppl 2 Suppl 2):ii65–72.
 - 8 Gaspoz JM. Smarter medicine: do physicians need political pressure to eliminate useless interventions? *Swiss Med Wkly*. 2015 Mar;145:w14125.
 - 9 Lightfoot RW Jr, Michel BA, Bloch DA, Hunder GG, Zvaifler NJ, McShane DJ, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of polyarteritis nodosa. *Arthritis Rheum*. 1990 Aug;33(8):1088–93.

La bête de six centimètres de long dans le ventre

Appendice vermiforme

Tania Hunziker, Kaspar Lüthi

Praxis Gruppe Brienz Allgemeinmedizin

Contexte

En consultation, les douleurs abdominales font partie des symptômes les plus fréquents chez les enfants, qu'il s'agisse d'épisodes aigus ou d'épisodes périodiques et récurrents.

Différentes pathologies abdominales et extra-abdominales se manifestent initialement par des douleurs abdominales. Il est essentiel de toujours suivre une approche clinique afin d'exclure les maladies qui nécessitent un traitement immédiat et d'identifier la maladie qui nécessite un traitement symptomatique.

Anamnèse et status

Un patient de 8 ans, jusqu'alors en bonne santé, consulte son médecin de famille car il souffre depuis 5 jours de douleurs abdominales diffuses d'intensité variable. Au début, les douleurs étaient très fortes, mais elles se sont atténuées au fil du temps. Au moment de l'examen, elles étaient localisées dans la fosse iliaque droite; le patient a été en proie à un épisode unique de diarrhée, sans vomissements, nausées ou fièvre. À la maison, le patient avait pris de manière irrégulière l'analgésique oral ibuprofène.

L'anamnèse systémique a permis d'exclure une rhinorrhée, une toux, une dysurie et une pollakiurie. Le patient n'avait pas eu de douleurs similaires dans le passé et il n'avait pas d'antécédents de chirurgie abdominale.

Au moment de l'examen clinique, le patient présentait un bon état de santé général et un bon état nutritionnel, avec un poids de 34 kg, une taille de 1,37 m, une fréquence cardiaque de 92/min, une fréquence respiratoire de 25/min, une pression artérielle RR de 110/80 mm Hg et une température de 37,5 °C mesurée à l'oreille.

Il était bien hydraté, avec un bon état nutritionnel et une bonne irrigation sanguine. Il

avait une couleur de peau normale et un oropharynx sans particularité, et il ne présentait aucun signe de troubles respiratoires. L'auscultation cardio-pulmonaire n'a révélé aucune anomalie. Il se plaignait d'un abdomen douloureux avec des bruits intestinaux vifs. Il présentait une défense abdominale au niveau de la fosse iliaque droite et le point de Mc Burney était douloureux. L'examen génital n'a révélé aucune anomalie. De même, l'enfant ne présentait aucune anomalie neurologique.

Commentaire

Le cas présenté est celui d'un garçon de 8 ans qui souffrait depuis 5 jours de douleurs abdominales initialement diffuses puis localisées dans la fosse iliaque droite, accompagnées uniquement d'inappétence. Une douleur à la pression au niveau du point de Mc Burney réduit les diagnostics possibles à une lymphadénite mésentérique versus une appendicite aiguë.

Nous avons constaté la possibilité d'une appendicite malgré l'absence de la séquence symptomatique typique de Murphy, qui consiste en des douleurs épigastriques ou péri-ombilicales et des vomissements, la douleur étant irradiante et localisée dans la fosse iliaque droite; cette séquence typique est présente chez moins de 50% des enfants atteints d'appendicite aiguë [1]. Elle ne doit pas être confondue avec le signe de Murphy – douleurs chez les patientes et patients atteints de cholécystite aiguë, qui sont déclenchées lorsqu'on leur demande de prendre une pro-

fonde inspiration et de retenir leur souffle tout en palpant la région sous-costale. La séquence de Murphy et le signe de Murphy sont le fruit de la sémiologie digestive du Dr John Benjamin Murphy, grand clinicien et pionnier de la médecine basée sur l'évidence: il a identifié cette série de signes et de symptômes en analysant 141 dossiers médicaux et laparotomies dans lesquels une appendicite avait été diagnostiquée, et par déduction de ses expériences personnelles [2].

Les enfants atteints d'une appendicite aiguë non compliquée présentent en moyenne des symptômes pendant 1 à 2 jours, tandis que ceux atteints d'une appendicite aiguë compliquée présentent en moyenne des symptômes, un mauvais état général et de la fièvre pendant plus de 3 jours [3]. Notre patient était dans un bon état général et ne présentait pas de fièvre, ce qui plaide en faveur d'une lymphadénite mésentérique régressive.

Résultats et diagnostic

Le patient s'est présenté avec un tableau clinique de douleurs abdominales qui s'étaient développées pendant 5 jours, sans vomissements, ni nausées, ni fièvre, et avec des douleurs abdominales décroissantes. En raison des douleurs et de la résistance musculaire au niveau de la fosse iliaque constatées lors de l'examen physique, les examens ont été complétés par une analyse de l'hémogramme (tab. 1).

Le score d'Alvarado a été utilisé et a donné une valeur de 6, autrement dit «appendicite possible».

Commentaire

L'appendicite est l'une des maladies les plus fréquemment mal diagnostiquées. Dans les services d'urgence, 15,3% des appendicites aiguës chez les enfants ne sont pas diagnostiquées. D'un autre côté, les taux d'appendicectomies négatives se situent toujours entre 10 et 15% [3]. Les appendicectomies négatives correspondent à l'ablation chirurgicale d'un appendice sain. Pour ces raisons, il est extrêmement important d'utiliser des scores prédictifs validés pour le diagnostic.

Le score clinique (tab. 2), qui a été proposé en 1986 par le Dr Alfredo Alvarado, tient compte de huit caractéristiques principales extraites du tableau clinique de l'appendicite aiguë et regroupées sous l'acronyme mnémotechnique MANTRELS: douleur migrante dans le quadrant inférieur droit («Migration of pain»), anorexie («Anorexia») et/ou cétonurie, nausées («Nausea») et/ou vomissements, sensibilité à la douleur dans le quadrant inférieur droit («Tenderness»), effet rebond («Rebound»), température élevée («Elevated temperature»), leucocytose («Leukocytosis») et déviation vers la gauche («Shift to the left»). En fonction du résultat, un traitement est proposé: si la valeur est comprise entre 1 et 4, la probabilité d'une appendicite est très faible. Si la patiente ou le patient obtient 5 ou 6 points, elle ou il a une appendicite probable et a besoin d'exams cliniques et de laboratoire en série ainsi que d'exams d'imagerie (échographie ou tomodensitométrie). Un score de plus de 7 est considéré comme une «stratégie unique» pour décider quelle patiente ou quel patient doit être opéré(e) [4].

Selon le score d'Alvarado, notre patient est classé dans le groupe de risque intermédiaire pour le diagnostic d'une appendicite aiguë (tab. 3). Une échographie est recommandée aussi bien pour les patientes et patients pédiatriques ayant une probabilité intermédiaire sur ces échelles que pour les patientes et patients adultes [5].

Le score d'Alvarado peut être utilisé chez les enfants et les adultes. Il existe un score qui quantifie le risque d'appendicite chez les enfants souffrant de douleurs abdominales, appelé Pediatric Appendicitis Risk Calculator (pARC), qui peut être utilisé chez les enfants de ≥ 2 ans souffrant de douleurs abdominales aiguës (durée < 96 h) et qui, pour cette raison, n'a pas été utilisé chez notre patient.

Tableau 1: Analyse de l'hémogramme.

Désignation	Valeurs	Unité
Érythrocytes	4,54	10E6/ μ l
Hémoglobine	13,4	g/dl
Hématocrite	39,5	%
Volume globulaire moyen (VGM)	86,9	μ mE3
Concentration corpusculaire moyenne en hémoglobine (CCMH)	29,5	pg
Largeur de distribution des globules rouges (IDR)	33,9	g/dl
Plaquettes	13,1	%
Thrombocyte (PCT)	245	10E3/ μ l
Volume plaquettaire moyen (VPM)	0,188	%
Volume plaquettaire (VP)	7,7	μ mE3
Largeur de distribution des plaquettes (IDP)	0,131	%
Leucocytes	14,3	10E3/ μ l
Lymphocytes en pourcentage	23,9	%
Lymphocytes absolus	3,4	10E/ μ l
Monocytes en pourcentage	6,9	%
Monocytes absolus	1	10E/ μ l
Granulocytes en pourcentage	69,2	%
Granulocytes absolus	9,9	10E3/ μ l
Protéine C réactive, qn	52	mg/l

Évolution

Le patient a ensuite été transféré pour une opération d'urgence en raison d'une appendicite.

Avant l'opération, une échographie a été réalisée et a révélé les anomalies suivantes: épaissement de la paroi intestinale du pôle cæcal, accompagné d'un épaissement de l'iléon terminal. En outre, présence de liquide libre dans les environs du pôle cæcal. L'appendice n'était pas délimitable.

Le diagnostic d'appendicite aiguë avec abcès périptyphlitique a été confirmé par laparoscopie. Une appendicectomie non compliquée a été réalisée. Le patient est sorti le troisième jour postopératoire. Il a ensuite reçu les antibiotiques amoxicilline + acide clavulanique et métronidazole pendant cinq jours.

Commentaire

D'après les lignes directrices actuelles de l'American College of Radiology et de la

Société Suisse de Chirurgie, l'échographie devrait être le premier choix chez les enfants avec suspicion d'appendicite.

Les données échographiques de notre patient nous ont permis d'exclure la deuxième option diagnostique d'une lymphadénite mésentérique.

Les constatations intra-opératoires ont permis de poser le diagnostic définitif d'appendicite aiguë compliquée avec abcès périptyphlitique chez un patient se plaignant de douleurs abdominales d'intensité décroissante, mais présentant une inappétence persistante. Il existe deux explications physiopathologiques à cela: (1) La première est que les douleurs causées par les distensions ou contractions inflammatoires dues à l'obstruction de l'appendice s'atténuent dès que l'appendice est perforé et que le contenu de l'appendice passe dans la cavité abdominale. Il en résulte une période variable de bien-être, suivie d'une augmentation de la douleur.

Case report

Tableau 2: Score d'Alvarado pour l'appendicite aiguë.
Risque d'appendicite aiguë: faible [0–4 points], intermédiaire [5–6 points] ou élevé [7–10 points].

Variable	Valeur	
	Oui	Non
Signes		
Sensibilité dans le quadrant inférieur droit	+2	0
Température élevée	+1	0
Sensibilité de rebond	+1	0
Symptômes		
Migration de la douleur vers le quadrant inférieur droit	+1	0
Anorexie	+1	0
Nausées ou vomissements	+1	0
Valeurs de laboratoire		
Leucocytose >10 000	+2	0
Déviations vers la gauche des leucocytes	+1	0

Tableau 3: Score d'Alvarado appliqué au patient.

Variable	Valeur	
	Oui	Non
Signes		
Sensibilité dans le quadrant inférieur droit	+2	–
Température élevée	–	0
Sensibilité de rebond	–	0
Symptômes		
Migration de la douleur vers le quadrant inférieur droit	–	0
Anorexie	+1	–
Nausées ou vomissements	–	0
Valeurs de laboratoire		
Leucocytose >10 000	+2	–
Déviations vers la gauche des leucocytes	+1	0

(2) L'autre explication est que le processus inflammatoire septique entraîne une ischémie et une nécrose de la paroi de l'appendice, ce qui endommage les terminaisons nerveuses des plexus intramuraux responsables des sensations viscérales avec une interruption consécutive du signal douloureux.

Examens complémentaires

Histologie: appendicite gangréneuse avec mise en évidence d'une perforation et d'une sérosité fibrino-purulente. Pas de dysplasie. Pas de malignité.

Commentaire

L'appendicite perforée avant traitement médical est fréquente chez les enfants et suit une relation linéaire inverse avec l'âge: le taux d'appendicite perforée peut atteindre jusqu'à 100% chez les patientes et patients de moins d'un an, 69–74% chez les enfants de moins de 5 ans et 30–40% chez les enfants de plus de 8 ans. Sur le plan clinique, le moment d'apparition des symptômes est considéré comme un indicateur de complications.

L'appendicite perforée est rare chez les enfants présentant des symptômes depuis moins de 24 heures et ne survient généralement que 48 heures après le début des symptômes. Une perforation peut d'abord être associée à une légère diminution des douleurs, qui peuvent ensuite devenir plus diffuses, pour autant que la perforation ne soit pas endiguée à temps, comme dans le cas du patient décrit. Les patientes et patients présentant une fièvre persistante ont un risque plus élevé d'appendicite perforée [6]. Chez le patient décrit, aucune fièvre n'a été documentée dans l'anamnèse et à l'examen physique, ce qui peut être attribué à l'effet antipyrétique de l'ibuprofène.

L'hyponatrémie s'est avérée être un puissant prédicteur indépendant de l'appendicite compliquée chez les enfants; après une durée prolongée des symptômes, elle est le deuxième prédicteur le plus puissant. Le concept d'hyponatrémie en tant que prédicteur de la sévérité de la maladie ne s'applique pas uniquement à l'appendicite. Il est bien documenté que l'hyponatrémie est un outil diagnostique utile pour distinguer les infections non nécrosantes des infections nécrosantes. Nous n'effectuons pas de dosage du sodium sérique [7].

Conclusion

L'appendicite aiguë est une maladie vieille comme le monde: sur une momie égyptienne de l'époque byzantine, on a constaté des adhérences dans le quadrant inférieur droit, qui indiquent une appendicite aiguë. Il y a 187 ans, le Dr Amyand a réalisé la première appendicectomie réussie, soit dit en passant chez un garçon de 11 ans. Le fait que l'enfant ait survécu est exceptionnel, car jusqu'au début du 20^e siècle, les douleurs abdominales dans la fosse iliaque droite étaient la hantise de la population et des médecins, car elles se soldaient souvent par la mort de la patiente ou du pa-

tient. Rappelons-nous le surnom de l'appendice vermiforme – «la bête de six centimètres de long dans le ventre». Il ne fait aucun doute que les progrès de la médecine ont fait de ce terrible mythe une maladie répandue et connue, dont le diagnostic correct peut poser quelques défis cliniques. Dans le cas de notre patient, le diagnostic a été établi en complétant le score d'Alvarado par des données cliniques et des résultats de laboratoire, ainsi que par les données de l'échographie.

L'essentiel pour la pratique

- La séquence symptomatique typique de Murphy, à savoir une douleur péri-ombilicale suivie d'un déplacement de la douleur vers la fosse iliaque droite, des vomissements et de la fièvre, est observée chez moins de 50% des enfants atteints d'appendicite aiguë.
- Parmi les scores cliniques disponibles pour améliorer le diagnostic de l'appendicite aiguë figure le score d'Alvarado. Il se compose de huit éléments: migration de la douleur, anorexie, vomissements ou nausées, sensibilité douloureuse à la palpation dans le quadrant inférieur droit, douleur à la décompression, température élevée, leucocytose et déviation vers la gauche du leucogramme. Chaque élément est évalué, de sorte qu'un maximum de dix points peut être attribué. Selon l'auteur, une patiente ou un patient ayant un score de 5 à 6 doit être surveillé(e), car cela est compatible avec une appendicite et une échographie est actuellement recommandée; si le score est de 7 à 10, une opération est recommandée pour ce diagnostic.
- L'échographie est un instrument précieux pour le diagnostic de l'appendicite chez l'enfant.
- L'hyponatrémie est un marqueur hautement discriminant de l'appendicite compliquée chez les patients pédiatriques.

Correspondance

Dr. med. Tania Hunziker
Praxis Gruppe Brienz Allgemeinmedizin
Hauptstrasse 152
CH-3855 Brienz
[dra.hunziker\[at\]outlook.com](mailto:dra.hunziker[at]outlook.com)

Disclosure statement

Les auteurs n'ont pas déclaré de liens financiers ou personnels en rapport avec cet article.

Références

1 Benabbas R, Hanna M, Shah J, Sinert R. Diagnostic Accuracy of History, Physical Examination, Laboratory Tests, and Point-of-care Ultrasound for Pediatric Acute

Appendicitis in the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-analysis. *Acad Emerg Med.* 2017 May;24(5):523–51.

2 Murphy JB. Appendicitis: with original report and analysis of one hundred and forty-one histories and laparotomies for the disease under personal observation. Reprinted from *The Journal of the American Medical Association*, March 3 to 24, 1894. Chicago: Printed at the office of the journal of the Association, 1894.

3 van den Bogaard VA, Euser SM, van der Ploeg T, de Korte N, Sanders DG, de Winter D, et al. Diagnosing perforated appendicitis in pediatric patients: a new model. *J Pediatr Surg.* 2016 Mar;51(3):444–8.

4 Alvarado A. A practical score for the early diagnosis of acute appendicitis. *Ann Emerg Med.* 1986 May;15(5):557–64.

5 Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. *World J Emerg Surg.* 2020 Apr;15(1):27.

6 Pham XD, Sullins VF, Kim DY, Range B, Kaji AH, de Virgilio CM, et al. Factors predictive of complicated appendicitis in children. *J Surg Res.* 2016 Nov;206(1):62–6.

7 Williams GR. Presidential Address: a history of appendicitis. With anecdotes illustrating its importance. *Ann Surg.* 1983 May;197(5):495–506.

Indications, contre-indications, complications, prévention

Le sondage urinaire, sans conséquences?

Nicolas Bovo^a, Chiheb Said^b, Gregor John^{a,b}^a Département de médecine, Hôpital de Pourtalès, Réseau hospitalier neuchâtelois; ^b Université de Genève, Faculté de médecine.

Vignette clinique

Une patiente de 76 ans, connue pour un diabète de type 2 insulino-requérant, une insuffisance pancréatique endocrine et exocrine ainsi qu'une insuffisance rénale chronique de stade G4 se présente aux urgences pour des vomissements incoercibles ainsi qu'une asthénie importante.

L'examen à l'entrée révèle des signes de déshydratation. Le laboratoire retrouve une insuffisance rénale aiguë de stade KDIGO 1. L'échographie des voies urinaires ne montre pas de dilatation pyélocalicielle. La patiente développe par ailleurs des diarrhées aqueuses, symptômes récurrents selon elle, en raison de son insuffisance pancréatique. Une sonde urinaire est posée afin de mieux apprécier les pertes liquidiennes et faciliter la collecte d'urine pour le bilan de l'insuffisance rénale. Une fois la collecte finalisée, cette dernière est retirée. La patiente développe dans les 24 heures qui suivent une dysurie et une algurie avec état fébrile. Le sédiment urinaire retrouve des leucocytes et des germes en masse associés à une leucocytose à l'analyse de sang. La culture d'urine objective, la présence d'un *Escherichia coli* et d'un *Streptococcus agalactiae*. Au vu de la symptomatologie, le diagnostic d'infection urinaire haute est retenu. La patiente bénéficie d'une antibiothérapie d'une durée de 7 jours au total avec initialement de la Ceftriaxone, puis adaptée selon les résultats de l'antibiogramme, permettant une résolution clinique. Le sondage et l'infection urinaire auront donc prolongé la durée du séjour de la patiente.

Introduction

Le sondage urinaire fait partie des gestes techniques fréquemment effectués dans les services hospitaliers. En Suisse, plus de 200 000 sondages urinaires sont effectués chaque année [1]. On estime qu'environ 25% des patients hospitalisés bénéficieront d'une sonde urinaire au cours de leur séjour [2, 3].

Dans le présent article, nous abordons les indications et contre-indications au sondage urinaire, les complications ainsi que des stratégies reconnues efficaces pour diminuer ces dernières, notamment à travers une campagne de prévention suisse.

Indications et contre-indications au sondage urinaire

Le sondage urinaire est un acte médical pouvant être délégué. Il fait partie des gestes techniques fréquemment rencontrés dans le milieu hospitalier. De par sa relative simplicité et l'élaboration de matériel de plus en plus perfectionné, il peut être réalisé dans tous les secteurs de l'hôpital, du service des urgences en passant par les unités de soins aigus et les services de soins palliatifs. Il est donc important de bien encadrer ce geste médical non dénué de risques, notamment en respectant ses indications reconnues (tab. 1) [3].

L'indication principale au sondage urinaire est la rétention urinaire aiguë, quelle que soit son origine, en raison non seulement des symptômes, mais également du risque d'insuffisance rénale obstructive. La deuxième indication est le suivi horaire de la diurèse aux soins intensifs/continus lors, par exemple, d'instabi-

Tableau 1: Résumé des indications au sondage urinaire [3, 5].

A) Rétention urinaire
• Aiguë d'origine mécanique ou médicamenteuse
• Chronique avec résidu post-mictionnel important
B) Bilan urinaire
• Intervalle régulier avec sanction thérapeutique
C) Opération
• >4 heures
• Selon nécessité opératoire (ex.: urologique)
• Technique anesthésique (épidurale, péridurale)
D) Escarres et incontinence
• A partir escarre stade III avec incontinence
E) Immobilisation prolongée
• Immobilisation pour des raisons médicales (ex.: fractures, instabilités hémodynamiques aux changements de position)
F) Soins palliatifs et confort
• Selon désir du patient
• Si fonction vésicale altérée

lité hémodynamique. Le suivi de la diurèse horaire hors des soins intensifs ne constitue pas une indication au sondage. Par exemple, la mesure de la réponse au traitement diurétique par sondage urinaire lors d'une hospitalisation pour décompensation cardiaque n'a pas montré de supériorité aux autres moyens de mesure et expose les patients à des complications [4]. La troisième indication est lors d'opérations chirurgicales longues (>4 heures). La qua-

trième indication est la survenue d'escarres dans la zone du périnée associées à une incontinence, le sondage permettant de diminuer les surinfections et d'optimiser la cicatrisation de la plaie. La cinquième indication est l'immobilisation prolongée dans les cas où les autres mesures ont échoué. Enfin, la sixième indication peut être la gestion de la miction dans les soins de fin de vie. En effet, la sonde permet d'éviter les mobilisations douloureuses nécessaires à la miction. De plus, l'administration d'opiacés, les douleurs et l'immobilisation majeure considérablement le risque de survenue de rétention urinaire. Cette indication demeure toutefois relative, car le sondage est également inconfortable et comporte des risques, devant donc motiver un consentement éclairé de la part du patient ou de sa famille.

Les contre-indications au sondage transurétral sont, quant à elles, moins nombreuses. Il est important de rappeler que la présence d'une contre-indication n'empêche pas le sondage urinaire, mais doit faire l'objet d'une attention particulière, d'une justification rigoureuse et d'une adaptation de la technique (le sondage sus-pubien peut représenter une alternative, par exemple). La présence d'une prostatite est une contre-indication absolue au sondage vésical par les voies naturelles, le risque de décharge septique étant important. Les modifications anatomiques survenues suite à des traumatismes et les sténoses urétrales constituent également une contre-indication.

Les complications du sondage urinaire

Les complications infectieuses liées au sondage comprennent toute infection urinaire clinique survenant à la suite d'un sondage, ainsi que jusqu'à 72 heures après le retrait de la sonde. Elles peuvent se présenter sous un large spectre, allant de l'infection urinaire basse au choc septique, voire conduire au décès. Le risque infectieux est augmenté par la colonisation ascendante de la sonde urinaire, ainsi qu'une stagnation d'urine autour du ballonnet [5]. Ce risque augmente de surcroît en cas de non-respect de l'asepsie lors de la pause, de l'utilisation d'un système non clos de collecte d'urine ainsi qu'avec l'utilisation de cathéters transurétraux en comparaison aux cathéters sus-pubiens ou au sondage aller-retour [5]. La durée du sondage est également un facteur déterminant dans le risque de développer une infection urinaire [5]. Le développement d'infection urinaire occupe le 4^e rang des infections nosocomiales (13%), dont la majorité (80%) survient dans le contexte d'une sonde vésicale [1, 6]. Le traitement antibiotique comporte lui aussi des risques d'effets indésirables et d'interactions médicamenteuses. Ceci parti-

cipe ainsi au développement de résistances bactériennes et aux infections à Clostridioides, augmentant la morbi-mortalité.

Les complications non infectieuses sont souvent oubliées, mais constituent une problématique plus fréquente que les complications infectieuses [5]. Les principales sont les hématuries et les retraits accidentels de sondes. Des lésions urétrales ou prostatiques peuvent avoir lieu, nécessitant parfois une prise en charge urologique, pouvant avoir un impact majeur sur la qualité de vie des patients [7].

Toutes ces complications, infectieuses et non infectieuses, prolongent la durée de séjour

hospitalier et augmentent les coûts pour les assurances et l'hôpital. Elles impactent donc indéniablement la qualité de vie du patient ainsi que le système de santé [5].

Stratégie de prévention

Le sondage vésical inapproprié fait partie de la liste des «big 5» de la «Smarter Medicine». À travers le monde, des stratégies ont montré un bénéfice sur le nombre de sondages et leurs conséquences (tab. 2). L'identification de personnes leadeuses au sein de chaque institution permet de soutenir le changement et de développer des stratégies locales adéquates [8]. La surveillance du nombre de sondages et de leurs complications est également importante. Aux États-Unis, une étude effectuée entre 2011 et 2016 a permis une sensibilisation et une réduction des sondages vésicaux en mettant en place des leaders, une surveillance active des sondages urinaires, une liste d'indications reconues ainsi qu'une gestion au quotidien des sondes urinaires [8].

En Suisse, le programme pilote PROGRESS effectué entre 2015 et 2018 a eu pour objectif de sensibiliser le personnel médical et soignant aux bonnes pratiques du sondage vésical afin d'en retirer un bénéfice maximum et un risque minimum. Il a eu un impact sensiblement po-

Tableau 2: Rappel des bonnes pratiques du sondage urinaire.

Discuter les indications et contre-indications

Évaluer le rapport risques/bénéfices

Asepsie rigoureuse à tout moment

Choix du matériel adapté à la situation du patient

Retirer la sonde vésicale dès que possible

Faire appel au spécialiste dès que nécessaire

Références «choosing wisely» et «smarter medicine» sondage urinaire

Cet article a permis de donner un aperçu des indications et contre-indications du sondage urinaire ainsi que des complications possibles. Des stratégies de préventions sont en place à travers le monde afin de retirer un bénéfice maximum de ce geste médical courant. Depuis plusieurs années, certains pays élaborent des listes de recommandations afin de sensibiliser le corps médical et soignant aux traitements médicaux démesurés et inadéquats dans des situations cliniques. Voici plusieurs liens pour accéder aux recommandations «choosing wisely» ou «smarter medicine» sur le sondage urinaire de 4 pays.

USA

- <https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/society-hospital-medicine-adult-urinary-catheters-for-incontinence-convenience-monitoring/>
- <https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/shear-invasive-devices/>
- <https://www.choosingwisely.org/clinician-lists/american-college-emergency-physicians-indwelling-urinary-catheters-in-the-emergency-department/>

Canada

- <https://choosingwiselycanada.org/toolkit/lose-the-tube/>

Australia

- <https://www.choosingwisely.org.au/recommendations/acn4>

Switzerland

- <https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/soins-geriatriques>
- <https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/infectiologie>
- <https://www.smartermedicine.ch/fr/liste-top-5/medecine-interne-generale-hospitaliere>

sitif sur la représentation et donc l'utilisation du sondage vésical [9]. La sensibilisation a eu lieu sur trois points fondamentaux [3]:

1. créer une liste de six situations claires nécessitant la mise en place d'une sonde urinaire permettant au patient d'en bénéficier seulement si cela est nécessaire et donc de diminuer les complications qui leur sont imputées;
2. ré-évaluer quotidiennement l'indication au sondage urinaire afin de diminuer le temps de pose du dispositif. En effet, chaque jour comporte un risque d'environ 5% de colonisation des voies urinaires avec au bout de 30 jours 100% de risque de colonisation [10, 11]. Une surveillance quotidienne permet également de diminuer le risque de survenue d'une infection importante;
3. optimiser la technique de pose selon des standards d'asepsie et utiliser le matériel adapté, mais également optimiser les différentes manipulations quotidiennes, toujours dans un but d'asepsie maximale. A noter que lorsque le sondage urinaire présente des risques de pose difficile, notamment une modification anatomique, ou que la pose échoue, il est conseillé de faire appel au spécialiste urologue. Le choix de la taille et du type de la sonde est également un facteur-clé.

Retour à la vignette

La patiente présentée plus haut avait de multiples comorbidités majorant le risque d'infection urinaire (diabète, antécédents d'infection urinaire). La recherche d'une maladie à oxalate par collecte des urines sur 24 heures n'est pas une indication et ne constitue pas une urgence. Malgré le temps de pose court (36 heures), la patiente a développé une infection urinaire basse nécessitant la prescription d'une antibiothérapie par voie orale. L'attente de la résolution des diarrhées aurait permis de récolter les urines de manière naturelle et aurait possiblement évité à la patiente de développer une infection urinaire basse.

Conclusion

Le sondage urinaire est un acte médical, souvent délégué, qui comporte un risque important de complications infectieuses et non infectieuses. L'utilisation de liste d'indications, de non-indications et de contre-indications au sondage urinaire est le facteur le plus efficace pour diminuer le nombre absolu de complications. La question de retirer les sondes en place doit être posée quotidiennement, notamment lors des visites médicales. Enfin, la prévention des complications passe par le respect des bonnes pratiques lors de la pose, notamment à travers une asepsie stricte. Lors de difficultés rencontrées ou d'échecs de pose, il est recommandé de solliciter un avis spécialisé.

Correspondance

Nicolas Bovo
Département de médecine
Réseau hospitalier neuchâtois Pourtalès
Maladière 45
CH-2000 Neuchâtel
[nicolas.bovo\[at\]hcuge.ch](mailto:nicolas.bovo[at]hcuge.ch)

Références

- 1 Schweiger A, Kuster SP, Maag J, Züllig S, Bertschy S, Bortolin E, et al. Impact of an evidence-based intervention on urinary catheter utilization, associated process indicators, and infectious and non-infectious outcomes. *J Hosp Infect.* 2020 Oct;106(2):364–71.
- 2 Gad MH, AbdelAziz HH; Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Adult Patient Group. *Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Adult Patient Group: A Qualitative Systematic Review on the Adopted Preventative and Interventional Protocols From the Literature.* *Cureus.* 2021 Jul;13(7):e16284.
- 3 Jansen IA, Hopmans TE, Wille JC, van den Broek PJ, van der Kooij TI, van Benthem BH. Appropriate use of indwelling urethra catheters in hospitalized patients: results of a multicentre prevalence study. *BMC Urol.* 2012 Sep;12(1):25.
- 4 John G, Arcens M, Berra G, Garin N, Carballo D, Carballo S, et al. Risks and benefits of urinary catheterisation during inpatient diuretic therapy for acute heart failure: a retrospective, non-inferiority, cohort study. *BMJ Open.* 2022 Aug;12(8):e053632.
- 5 Arcens M, Stirnemann J, Mayor G, John G. [Epidemiology and strategy to prevent urinary catheters related complications]. *Rev Med Suisse.* 2018 Aug;14(616):1518–21.
- 6 Magill SS, Edwards JR, Bamberg W, Beldavs ZG, Dumyati G, Kainer MA, et al.; Emerging Infections Program Healthcare-Associated Infections and Antimicrobial Use Prevalence Survey Team. Multistate point-prevalence survey of health care-associated infections. *N Engl J Med.* 2014 Mar;370(13):1198–208.
- 7 Davis NF, Bhatt NR, MacCraith E, Flood HD, Mooney R, Leonard G, et al. Long-term outcomes of urethral catheterisation injuries: a prospective multi-institutional study. *World J Urol.* 2020 Feb;38(2):473–80.
- 8 Wooller KR, Backman C, Gupta S, Jennings A, Hasmija-Saraqini D, Forster AJ. A pre and post intervention study to reduce unnecessary urinary catheter use on general internal medicine wards of a large academic health science center. *BMC Health Serv Res.* 2018 Aug;18(1):642.
- 9 Niederhauser A, Züllig S, Marschall J, Schweiger A, John G, Kuster SP, et al.; progress! Safe Urinary Catheterization Collaboration Group; progress! Safe urinary catheterization collaboration group. Change in staff perspectives on indwelling urinary catheter use after implementation of an intervention bundle in seven Swiss acute care hospitals: results of a before/after survey study. *BMJ Open.* 2019 Oct;9(10):e028740.
- 10 Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al.; Infectious Diseases Society of America. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis.* 2010 Mar;50(5):625–63.
- 11 Shuman EK, Chenoweth CE. Urinary Catheter-Associated Infections. *Infect Dis Clin North Am.* 2018 Dec;32(4):885–97.