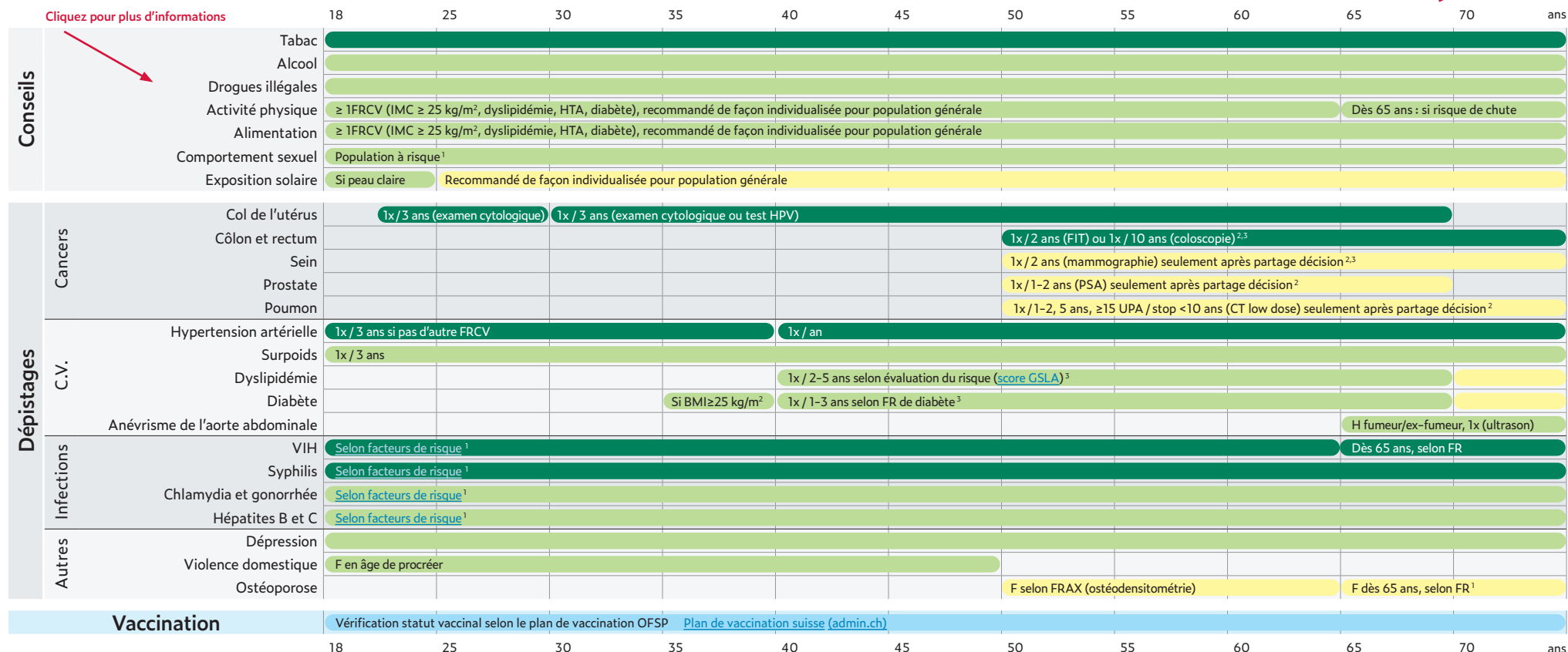
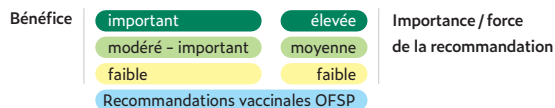


RECOMMANDATIONS EVIPREV 2024



Interventions pour lesquelles les données sont insuffisantes pour les recommander chez les personnes asymptomatiques

- Dépistages cancers : peau, bouche, vessie.
- Dépistages CV : fibrillation auriculaire dès 50 ans, artériopathie périphérique par index pression systolique (ABI), maladie cardiovasculaire par ABI/ hsCRP/ score calcique coronaire, maladie coronarienne (ECG/ test effort) lors de risque CV intermédiaire ou élevé, anévrisme aorte abdominale chez F fumeuses ou ex-fumeuses de 65 à 75 ans.
- Autres dépistages : dysfonction thyroïdienne, apnée du sommeil, maladie cœliaque, carence en vitamine D, troubles du comportement alimentaire, glaucome dès 40 ans, troubles acuité visuelle dès 65 ans, troubles auditifs dès 50 ans, troubles cognitifs dès 65 ans.

ABI : anke-brachial index
BPPO : bronchopneumopathie chronique obstructive
CT : computed tomography (tomodensitométrie)
ECG : électrocardiogramme
F : femme
FIT : fecal immunochemical test

FR : facteurs de risque
FRAX : outil d'évaluation des risques de fractures
FRCV : facteurs de risque cardio-vasculaire
GSLA : groupe de travail lipides et athérosclérose
H : homme
hsCRP : protéine C réactive haute sensibilité

IMC : indice de masse corporelle [kg/m²]
OFSP : office fédéral de la santé publique
PSA : antigène spécifique de la prostate
UPA : unité paquet année
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

Interventions non recommandées chez les personnes asymptomatiques

- Dépistages cancers : thyroïde, pancréas, ovaire, testicule.
- Dépistages CV : maladie coronarienne (ECG/test effort) lors de faible risque CV, sténose artères carotidiennes (ultrason).
- Autres dépistages : BPPO (spirométrie), bactériurie (H et F non enceinte).

Les policliniques universitaires et instituts de médecine de famille suivants ont participé à l'élaboration de ces recommandations :
Lausanne, Genève, Berne, Zürich et Bâle.

Les recommandations EviPrev sont soutenues par :

¹ Les populations à risque sont définies dans le texte «Annexe tableau EviPrev»

² Aides à la décision [Recommandations EviPrev et Aides à la Décision | PEPra](#)

³ Dépistage plus précoce en cas de facteurs de risque

Annexe tableau « Recommandations EviPrev 2021 »

*Isabelle Jacot Sadowski
Anne Boesch
Jacques Cornuz*

Introduction (1, 2)

Les recommandations EviPrev résumées dans le tableau concernent les conseils, dépistages et vaccins qui devraient être proposés aux patients, selon leur âge et leurs facteurs de risque. Elles se basent sur les recommandations de l'« US Preventive Services Task Force » (USPSTF) et d'institutions suisses, telles que la Ligue contre le cancer, les sociétés de spécialités médicales et le Groupe de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA). Les recommandations vaccinales se basent sur celles de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).

Les dépistages visent à identifier chez une personne asymptomatique une maladie à un stade précoce permettant une diminution de la mortalité ou une amélioration de la qualité de vie. Mais tout dépistage comporte également des risques liés à la méthode de dépistage (exposition aux radiations ionisantes, examen invasif tel que la coloscopie), aux examens complémentaires plus invasifs (ponction biopsie), ainsi que celui de détecter et traiter des cancers qui n'auraient pas menacé la vie du patient (sur-diagnostic et sur-traitement).

Les dépistages que la littérature scientifique recommande de ne pas faire chez les patients asymptomatiques en raison de l'absence de bénéfices sont listés en rouge en bas du tableau.

Les interventions telles que le dépistage d'une dysthyroïdie ou le dosage de la vitamine D dont les preuves actuelles ne permettent pas de clairement établir un bénéfice ne sont pas mentionnées dans le tableau. Elles sont cependant brièvement abordées ci-dessous.

Les chimioprophylaxies telles que l'aspirine en prévention cardiovasculaire ou l'apport en vitamine D ne sont pas mentionnées dans le tableau.

Les recommandations EviPrev s'adressent à la population adulte âgés de 18 à 75 ans. Certains conseils, dépistages et vaccins peuvent être poursuivis chez les patients de plus de 75 ans. Les recommandations spécifiques adressées aux femmes enceintes ou à un groupe de population très ciblé ne sont pas mentionnées dans le tableau.

Le tableau des recommandations EviPrev 2021 résulte d'un consensus du comité scientifique EviPrev. Lorsqu'il existe différents grades de recommandation selon la population cible pour un item donné, c'est la recommandation la plus forte qui apparaît dans le tableau.

Les définitions des différents degrés de recommandation (grades A, B, C) mentionnés dans le texte sont basées sur celles de l'USPSTF et sont les suivantes :

- *Grade A* : bénéfice important avec preuves de bon niveau
- *Grade B* : bénéfice modéré avec preuves de bon niveau ou bénéfice important avec preuves de niveau modéré
- *Grade C* : bénéfice faible avec preuves satisfaisantes permettant une approche individualisée
- *Grade I* : données actuelles insuffisantes pour recommander ou déconseiller l'intervention

Conseils

Tabac (3, 4):

Il est recommandé de questionner activement tous les patients sur leur consommation de tabac, de recommander l'arrêt et de soutenir les patients souhaitant arrêter de fumer (*grade A*).

Les interventions suivantes sont efficaces (www.vivre-sans-tabac.ch):

- identifier et documenter l'évolution du statut tabagique
- soutenir tout fumeur prêt à cesser de fumer
- prescrire un traitement pharmacologique d'aide à l'arrêt du tabac (substituts nicotiques, varénicline ou bupropion) aux fumeurs prêts à cesser de fumer
- utiliser l'approche motivationnelle afin d'augmenter les chances d'arrêt pour le fumeur qui n'est pas prêt à cesser de fumer
- selon le contexte, la demande du patient, évoquer la probable efficacité de la vaporette pour l'arrêt du tabac, tout en précisant l'absence de données quant aux risques à moyen et à long terme.

Alcool (5-7):

Le dépistage d'une consommation d'alcool à risque est recommandé ainsi qu'une intervention brève en cas de consommation à risque (*grade B*).

L'AUDIT-C peut être utilisé pour identifier une consommation d'alcool à risque avec les 3 questions suivantes:

- A quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?
- Combien de verres standards buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?
- Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standards ou plus ?

Une consommation d'alcool à risque chronique est définie selon les normes suivantes :

- pour les femmes de tout âge et les hommes > 65 ans : > 7 boissons alcoolisées standard par semaine
- pour les hommes < 65 ans : > 14 boissons alcoolisées standard par semaine

Une consommation d'alcool à risque aiguë est définie selon les normes suivantes :

- pour les femmes de tout âge et les hommes > 65 ans : > 3 boissons alcoolisées standard par occasion
- pour les hommes < 65 ans : > 4 boissons alcoolisées standard par occasion

Il est également recommandé de ne pas boire d'alcool pendant plusieurs jours par semaine.

L'intervention brève consiste à :

- aborder la question de la consommation d'alcool
- évaluer la consommation
- informer et conseiller le patient
- évaluer la motivation au changement de comportement
- motiver et de soutenir le changement du comportement

Drogues illégales (8)

L'USPSTF recommande de dépister la consommation de drogues illégales en interrogeant les adultes âgés de 18 ans ou plus. Ce dépistage devrait être effectué dans un cadre de soins avec des possibilités de prise en charge efficace (*grade B*).

Activité physique (9-12):

Il est recommandé de conseiller les adultes d'une part en surpoids ou obèses et d'autre part ayant un autre facteur de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) sur la pratique d'une activité physique (*grade B*). Ces conseils peuvent aussi être donnés par un centre de référence.

Les mêmes conseils peuvent bien sûr s'appliquer aux personnes sans surpoids et obésité. Cependant les données actuelles ne montrent qu'un bénéfice faible sur la prévention des maladies cardiovasculaires (*grade C*).

La pratique d'exercices physiques (marche, équilibre, ...) est particulièrement recommandée chez les adultes ≥ 65 ans à risque de chute (*grade B*).

Le « Réseau suisse Santé et activité physique » (www.hepa.ch) et le programme de formation médicale PAPRICA « Physical Activity Promotion in Primary Care » (www.paprica.ch) recommandent de pratiquer régulièrement, environ 30 minutes par jour, au moins 5 jours par semaine, une activité physique d'intensité modérée (ex. marche rapide, vélo, natation, jardinage, travaux ménagers) ; alternativement, il est possible de pratiquer une activité physique plus intense (qui fasse transpirer) durant 75 minutes par semaine. Il n'est par ailleurs pas nécessaire d'effectuer 30 minutes d'affilée ; il est cependant préférable que les séquences d'activité physique durent au moins 10 minutes consécutives et qu'elles entraînent un essoufflement léger.

Un travail complémentaire de renforcement musculaire et de souplesse au moins 2 fois par semaine est également conseillé.

Alimentation (9, 13, 14):

Il est recommandé de conseiller une alimentation équilibrée aux adultes d'une part en surpoids ou obèses et d'autre part ayant un autre facteur de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) (*grade B*). Ces conseils peuvent aussi être donnés par un centre de référence.

Les mêmes conseils peuvent bien sûr s'appliquer aux personnes sans surpoids et obésité. Cependant les données actuelles ne montrent qu'un bénéfice faible sur la prévention des maladies cardiovasculaires (*grade C*).

Les principes d'une alimentation saine et équilibrée peuvent se baser sur la pyramide alimentaire de la Société suisse de nutrition. Une alimentation de type méditerranéen est prouvée comme ayant un effet favorable sur les facteurs de risque cardio-vasculaires.

Comportement sexuel (15, 16):

Il est recommandé de donner des conseils de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) aux personnes à risque de maladies sexuellement transmissibles (MST) (*grade B*), soit :

- personnes connues pour une MST actuellement ou par le passé
- personnes avec des partenaires sexuels multiples
- personnes n'utilisant pas systématiquement le préservatif

L'OFSP recommande d'accompagner le dépistage des IST par des conseils de prévention. Le site internet www.lovelife.ch contient de nombreuses informations dont une évaluation des risques.

Exposition solaire (17, 18) :

Il est recommandé de conseiller aux jeunes adultes de moins de 24 ans à la peau claire (peau pâle, yeux clairs, cheveux blonds ou roux, taches de rousseurs ou ayant facilement des coups de soleil) de minimiser l'exposition aux rayonnements ultraviolets afin de réduire le risque de cancer cutané (*grade B*).

Les conseils de base sont les suivants :

- éviter les coups de soleil
- préférer l'ombre, surtout entre 11h et 15h
- porter un chapeau, des lunettes et des habits protecteurs
- utiliser régulièrement de la crème solaire (indice 20 au minimum)

Le bénéfice des conseils médicaux sur la protection de l'exposition au rayonnement UV chez les adultes > 24 ans étant faible (*grade C*), ces conseils sont recommandés plus particulièrement chez les personnes à risque de cancer de la peau, soit :

- personnes à la peau claire
- antécédent de coups de soleil fréquents
- antécédent personnel ou familial de cancer de la peau
- nombre important de taches pigmentées sur le corps
- immunodéficience (HIV, traitement immunosuppresseur)

Dépistage des cancers (19, 20)

Compte tenu des limites et des risques liés aux dépistages des cancers, ceux-ci devraient se faire sur la base d'une décision partagée entre le patient et le médecin (*shared decision-making*). Pour cela, le médecin peut s'aider d'outils d'aide à la décision, comme ceux existant déjà pour le dépistage du cancer colorectal, du cancer de la prostate et du poumon. <https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision>

Cancer du col de l'utérus (21, 22):

Le dépistage du cancer du col utérin est recommandé chez toutes les femmes dès 21 ans, quel que soit le statut vaccinal contre le papillomavirus humain (HPV).

Selon les recommandations de l'USPSTF, le dépistage du cancer du col utérin est recommandé tous les 3 ans de 21 à 65 ans par un examen cytologique (test de Papanicolaou). Pour les femmes de 30 à 65 ans souhaitant espacer les contrôles, l'USPSTF propose l'alternative d'un dépistage tous les 5 ans par un test HPV ou un test HPV + examen cytologique (*grade A*).

La Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique recommande un dépistage cytologique tous les 3 ans de 21 à 29 ans, puis un dépistage cytologique ou par test HPV tous les 3 ans de 30 à 70 ans. On pourra arrêter le dépistage chez les patientes > 70 ans, si les 3 derniers frottis cytologiques ou 2 derniers tests HPV ont été négatifs et qu'elles n'aient pas présenté de dysplasie dans les 10 dernières années.

Le dépistage cytologique est remboursé par l'assurance obligatoire des soins mais pas le test HPV.

Cancer du côlon et rectum (23-25):

Le dépistage systématique du cancer colorectal (CCR) est recommandé chez les adultes entre 50 et 75 ans (*grade A*). Pour les personnes entre 76 et 85 ans, le dépistage de routine n'est pas recommandé. Il peut toutefois être proposé selon l'état de santé et l'espérance de vie du patient (*grade C*). Pour les patients de plus de 85 ans, le dépistage n'est pas recommandé.

Deux stratégies de dépistages sont possibles : recherche de sang occulte dans les selles tous les 2 ans par FIT (fecal immunologic test) avec coloscopie si le résultat est positif, ou coloscopie tous les 10 ans. Les bénéfices et inconvénients des tests de dépistage du cancer du côlon peuvent être partagés avec le patient avec un outil d'aide à la décision : <https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision>

On estime qu'en Suisse, en l'absence de dépistage, 2 personnes sur 100 décèderont d'un cancer colorectal avant l'âge de 80 ans. Grâce à un dépistage régulier, sur ces 100 personnes, 1 décès pourra être évité, soit une réduction de 50% du nombre de décès.

Les personnes à risque augmenté de CCR et qui doivent être dépistées précocement après avis spécialisé sont celles avec:

- antécédent personnel d'adénome ou de CCR
- antécédent d'adénome ou de CCR chez plusieurs parents du premier degré ou chez un parent du premier degré avant 60 ans
- anamnèse familiale de polypose adénomateuse familiale, une anamnèse familiale de CCR héréditaire sans polypose
- antécédent de rectocolite ulcéro-hémorragique ou de maladie de Crohn

En Suisse, plusieurs cantons ont mis en place des programmes de dépistage proposés aux personnes entre 50 et 69 ans. Les différentes offres de dépistage par canton sont disponibles sur ce site : <https://www.swisscancerscreening.ch>.

Les examens effectués dans ce type de programmes cantonaux sont remboursés par l'assurance obligatoire des soins exemptés de franchise, mais la quote-part de 10% est à la charge du patient.

Cancer du sein (26-33):

Le bénéfice du dépistage du cancer du sein par mammographie est sujet à controverse.

L'USPSTF recommande un dépistage tous les 2 ans de 50 à 74 ans (*grade B*) et, chez les femmes de 40 à 49 ans, de discuter ce dépistage de façon individualisée (*grade C*).

Dans certains cantons, les programmes de dépistage systématique en place peuvent renforcer l'idée qu'une mammographie est hautement recommandée avec un bon niveau de preuve chez toutes les femmes alors que les données actuelles sont moins catégoriques. Une mammographie de dépistage

chaque 1 à 3 ans entraîne une réduction de la mortalité consécutive au cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans mais surtout entre 60 et 69 ans. On estime que sur 1000 femmes participant à un programme de dépistage avec mammographie tous les 2 ans pendant 20 ans, 4 décès liés au cancer du sein seront évités. Sur ces 1000 femmes, 250 nécessiteront des examens complémentaires et 5 à 10 auront un diagnostic et un traitement pour un cancer du sein qui ne se serait jamais déclaré cliniquement. Sur 1000 femmes dépistées annuellement durant 10 ans dès l'âge de 50 ans, 490 à 670 femmes auront au moins une fausse alarme nécessitant des examens répétés, 70 à 100 femmes auront des biopsies non nécessaires et 3 à 14 femmes seront diagnostiquées et traitées pour un cancer du sein qui ne se serait jamais déclaré cliniquement.

La publication du Swiss Medical Board de 2013 conseille de ne plus lancer de programme de dépistage systématique par mammographie et de limiter dans le temps ceux déjà existants. Il recommande également que pour tout dépistage par mammographie, une évaluation médicale approfondie ainsi qu'une explication claire avec la présentation des effets souhaités et des effets indésirables soient effectuées.

Pour ces raisons, EviPrev recommande d'effectuer une mammographie de dépistage chez les femmes de 50 à 75 ans après discussion avec la patiente des bénéfices et des risques.

Les femmes à risque augmenté de cancer du sein et devant être dépistées précocement après avis spécialisé sont :

- femmes porteuses du gène muté BRCA ½
- antécédent de cancer du sein chez la mère, la fille ou la sœur
- antécédent personnel de cancer du sein, de carcinome lobulaire in situ ou d'hyperplasie atypique
- antécédent personnel d'irradiation locale

En Suisse, plusieurs cantons ont mis en place des programmes de dépistage proposés aux femmes entre 50 et 74 ans. Les différentes offres de dépistage par canton sont disponibles sur ce site : <https://www.swisscancerscreening.ch>.

Ce dépistage est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins, hors franchise, à condition qu'il soit effectué dans le cadre d'un programme de dépistage systématique. La quote-part de 10% est cependant à la charge des patientes.

Cancer de la prostate (34-42):

L'USPSTF recommande, pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, d'effectuer un dépistage du cancer de la prostate par un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) de façon individualisée, dans le cadre d'une « décision partagée » entre le médecin et le patient (*grade C*). Ce dépistage n'est pas recommandé chez les hommes ≥ 70 ans.

Les recommandations suisses ne sont pas toutes concordantes : alors que le Swiss Medical Board s'est positionné contre le dépistage du cancer de la prostate par un dosage du PSA, plusieurs sociétés médicales recommandent d'informer les patients entre 50 et 70 ans des bénéfices potentiels du dépistage, mais aussi de ses limites, des effets secondaires des investigations et des traitements, en incorporant les préférences du patient dans le choix d'effectuer le dépistage ou non.

Les résultats des essais cliniques sur le dépistage du cancer de la prostate par le PSA sont contradictoires. L'étude américaine n'a pas démontré de réduction significative de la mortalité

spécifique liée au cancer de la prostate chez les participants ayant bénéficié d'un dépistage par PSA. Rappelons le taux très élevé de patients ayant finalement eu un dosage de PSA dans le groupe témoin (environ 90% !), suggérant une possible « contamination » de ce groupe et favorisant l'absence de différence de résultats entre les 2 groupes. Un essai britannique plus récent comparant un dosage unique du PSA avec un suivi à 10 ans n'a pas non plus trouvé de différence significative par rapport au groupe contrôle dans lequel un taux de contamination était estimé à 10-15%. L'étude européenne, par contre, conclut que le dépistage entraîne une faible réduction de la mortalité. Sur la base de cette étude, on estime que sur 500 hommes avec dépistage du cancer de la prostate tous les 2 à 4 ans pendant 16 ans, 58 hommes auront le diagnostic de cancer de la prostate et 4 en décèderont. En l'absence de dépistage, 43 hommes auront ce diagnostic et 5 en décèderont. Ainsi, dépister 500 hommes permet d'éviter 1 décès par cancer de la prostate. Un outil d'aide à la décision facilite l'explication des enjeux d'un tel dépistage <https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision>

La fréquence des contrôles dépend du taux de PSA et varie entre 1 et 3 ans.

A noter qu'un dépistage ciblé est indiqué chez les hommes dont le risque de cancer de la prostate est plus élevé, soit avec un antécédent familial de cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans (père, frère, fils) et les hommes d'origine afro-américaine.

Cancer du poumon (43-49):

L'USPSTF recommande un dépistage annuel par CT faible dose chez les patients asymptomatiques, âgés de 50 à 80 ans, fumeurs ou anciens fumeurs depuis moins de 15 ans, ≥ 20 UPA et sans comorbidités compromettant la survie (*grade B*).

En Suisse, le dépistage systématique n'est actuellement pas recommandé par la Société Suisse de Pneumologie mais les pratiques vont probablement changer suite aux récents résultats de l'étude NELSON. Cet essai randomisé chez des fumeurs (≥ 15 UPA) et anciens fumeurs de moins de 10 ans de 50 à 74 ans avec suivi à 10 ans rapporte une réduction de la mortalité par cancer du poumon de 24% chez les hommes et de 33% chez les femmes dans le groupe testé. Ainsi, sur 100 personnes suivies pendant 10 ans, 1 décès par cancer du poumon peut être évité grâce au dépistage. En effet, grâce à différents critères d'évaluation des nodules suspects, notamment le volume, la valeur prédictive positive pour chaque anomalie s'est améliorée pour atteindre 43,7%. Une détection précoce des cancers pulmonaires est confirmée avec 58,6% des cancers détectés à un stade 1A ou 1B contre 13,5% dans le groupe contrôle.

Si un dépistage individuel du cancer pulmonaire est envisagé, le patient doit être informé des bénéfices potentiels mais également des risques de faux-positifs nécessitant des imageries itératives ou des interventions invasives. Le risque que le patient soit rassuré de l'absence d'une tumeur pulmonaire et continue sa consommation de tabac doit également être souligné et un vif encouragement au sevrage tabagique doit être effectué à cette occasion.

Rappelons qu'un CT thoracique effectué uniquement à des fins de dépistage n'est pas remboursé par l'assurance obligatoire des soins.

Un outil d'aide à la décision* est disponible sur le site internet d'Unisanté <https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision>

Cancer de la peau (50):

Un examen clinique visuel de la peau peut être effectué lors de l'examen médical périodique par le médecin généraliste. Cependant, à ce jour, aucune étude n'a montré de réduction directe de la mortalité liée au mélanome suite à ce type d'examen. L'USPSTF conclut que les preuves actuelles sont insuffisantes pour estimer la balance risque – bénéfice d'un tel examen.

Les personnes à risque, soit avec plus de 100 taches pigmentées sur le corps, des taches pigmentées irrégulières dans leur forme ou leur couleur, un antécédent de cancer de la peau ou un système immunitaire déficient (par exemple patients immunosupprimés post-transplantation) devraient être suivies par un spécialiste.

Dépistage cardio-vasculaire (51)

Les recommandations de dépistage des facteurs de risque cardio-vasculaires (FRCV) sont détaillées ci-dessous. Elles diffèrent selon l'USPSTF et les différentes sociétés de spécialistes.

Le Groupe Suisse de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA) recommande un calcul du risque cardio-vasculaire chez tous les hommes à partir de 40 ans et toutes les femmes à partir de 50 ans ou en post-ménopause. Ce calcul prend en compte ces différents paramètres :

- âge et sexe
- pression artérielle systolique
- LDL, HDL et triglycérides
- diabète
- tabagisme actif
- infarctus du myocarde chez les parents, grands-parents ou frères et sœurs avant l'âge de 60 ans

Une évaluation précoce et individuelle doit être effectuée pour les personnes à risque soit :

- antécédents familiaux d'une maladie cardiovasculaire précoce ou d'hyperlipidémie
- facteurs de risque cardiovasculaire élevés (tabagisme, hypertension artérielle, diabète sucré, hyperlipidémie)
- comorbidités avec un risque cardiovasculaire élevé (ex : insuffisance rénale chronique, polyarthrite rhumatoïde)

Une répétition de l'évaluation du risque est recommandée :

- tous les 5 ans si le risque est faible
= risque absolu à 10 ans de subir un événement coronarien < 10 %
- tous les 2-5 ans si le risque est modéré
= risque absolu à 10 ans de subir un événement coronarien entre 10 et 20 %
- selon situation clinique si le risque est élevé
= risque absolu à 10 ans de subir un événement coronarien > 20 %, forte augmentation de certains facteurs de risque, insuffisance rénale chronique avec eGFR entre 30-59 ml/min/1.73m²
- selon situation clinique si le risque est très élevé
= maladie cardio-vasculaire connue, diabète de type 2, diabète de type 1 avec atteinte des organes cibles, insuffisance rénale chronique avec eGFR < 30 ml/min/1.73m²

Hypertension artérielle (52-54) :

Le dépistage de l'hypertension artérielle (HTA) est recommandé chez tous les adultes dès 18 ans avec un contrôle annuel dès l'âge de 40 ans (*grade A*).

L'International Society of Hypertension, l'European Society of Cardiology (ESC) et l'USPSTF recommandent une confirmation du diagnostic par des mesures ambulatoires, par exemple l'analyse de la pression artérielle sur 24 heures. Une mesure tous les 3 ans est préconisée si la tension artérielle est normale (<130/85) chez les personnes de 18 à 39 ans, mais le contrôle devrait être annuel en cas de facteurs de risque cardiovasculaire. Si la tension artérielle est plus élevée, les mesures doivent être plus rapprochées. En cas d'hypertension artérielle légère ou modérée, le calcul du risque cardiovasculaire aide à déterminer la nécessité d'introduire ou non un traitement médicamenteux. La Swiss Society of Hypertension www.swisshypertension.ch met à disposition différentes recommandations sur le diagnostic de l'HTA, les conseils sur style de vie et les indications aux traitements

Surpoids (55):

Il est recommandé de donner des conseils intensifs et personnalisés ou de référer à un centre spécialisé les patients avec un IMC ≥ 30 kg/m² (*grade B*). Les patients en surpoids (IMC ≥ 25 et < 30 kg/m²) et ayant un autre facteur de risque cardio-vasculaire devraient aussi être conseillé intensivement ou référé.

L'obésité est associée, entre autres, à une augmentation de la mortalité et aux problématiques de santé suivantes :

- maladies cardiovasculaires
- diabète de type 2
- cancer colorectal
- syndrome d'apnées du sommeil
- arthrose
- lithiase vésiculaire

Dyslipidémie (56-58):

L'USPSTF ne fait plus de recommandation concernant le dépistage d'une dyslipidémie, mais l'analyse du profil lipidique est implicite afin d'évaluer le risque cardiovasculaire pour une éventuelle introduction d'une statine recommandée chez les personnes âgées de 40 à 75 ans ayant au moins 1 facteur de risque cardio-vasculaire (dyslipidémie, diabète sucré, hypertension artérielle, tabagisme) et un risque d'évènement cardio-vasculaire à 10 ans calculé à $\geq 10\%$ (*grade B*).

Pour les personnes âgées de 40 à 75 ans ayant au moins 1 facteur de risque cardio-vasculaire mais un risque d'évènement cardio-vasculaire à 10 ans calculé entre 7.5 et 10%, le bénéfice d'un traitement par statine n'a pas été examiné dans des études randomisées (*grade C*). Dans les autres situations, des mesures de style de vie sont recommandées.

L'outil d'aide à la décision développé par la Mayo Clinic permet de promouvoir une décision partagée sur l'introduction d'un tel traitement en prévention primaire :

<https://www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision>

Les recommandations du GSLA concernant le dépistage d'une dyslipidémie sont mentionnée ci-dessus dans l'introduction « Dépistage des FRCV ». Elles ne s'appliquent pas aux patients avec diagnostic d'hypercholestérolémie familiale.

Diabète (59, 60):

L'USPSTF recommande, dans le cadre de l'évaluation du risque cardio-vasculaire, le dépistage du diabète chez les adultes âgés de 40 à 70 ans présentant un surpoids ou une obésité (IMC \geq 25 kg/m²) (*grade B*).

L'« American Diabetes Association » (ADA) recommande :

1. Un dépistage 1x/3 ans chez tous les hommes et les femmes \geq 45 ans
2. Un dépistage précoce chez les patients avec un IMC \geq 25 kg/m² associé à l'un des facteurs de risque suivant :
 - sédentarité
 - hypertension artérielle (TA \geq 140/90 mmHg) ou hypertension artérielle traitée
 - HDL < 0,9 mmol/l et/ou triglycérides > 2,82 mmol/l
 - femmes connues pour un syndrome des ovaires polykystiques
 - antécédent personnel de maladie cardiovasculaire
 - antécédent familial de diabète chez un parent du 1er degré
 - groupe ethnique à haut risque (ex : afro-américains, latino-américains, américains, asiatiques américains, insulaires du pacifique)
3. Un dépistage 1x/an des patients diagnostiqués d'un pré-diabète soit :
 - glycémie plasmatique à jeun entre 5.6 et 6.9 mmol/l
 - HbA1c entre 5.7 et 6.4%
 - glycémie après test de tolérance au glucose entre 7.8 et 11 mmol/l
4. Un dépistage 1x/3 ans chez femmes diagnostiquées d'un diabète gestationnel

Anévrisme de l'aorte abdominale (61):

Il est recommandé de réaliser, à une reprise, chez les hommes entre 65 et 75 ans, fumeurs actifs ou anciens fumeurs, un ultrason abdominal à la recherche d'un anévrisme de l'aorte abdominale (*grade B*). Ce dépistage est à discuter de façon individualisée chez les hommes de 65 à 75 ans n'ayant jamais fumé (*grade C*). Les données sont insuffisantes pour recommander ou non ce dépistage chez les femmes fumeuses ou ex-fumeuses de 65 à 75 ans.

Autres dépistages cardiovasculaires

Le dépistage de l'athérosclérose carotidienne, coronarienne ou des membres inférieurs n'est pas recommandé, ces investigations sont réservées aux patients symptomatiques.

Dépistage des maladies infectieuses

Virus de l'immunodéficience humaine (HIV) (62-64):

Le dépistage d'une infection HIV est recommandé chez toutes les personnes sexuellement actives jusqu'à 65 ans et chez les personnes plus âgées présentant des facteurs de risque (*grade A*). L'intervalle de dépistage n'est pas clairement défini. Une approche raisonnable semble celle de faire un premier dépistage chez tous les patients et de le répéter régulièrement lors de comportements à risque.

Selon l'OFSP, le dépistage HIV peut être proposé à l'initiative du médecin, même en absence d'indices cliniques (*Provider-initiated counselling and testing* (PICT)) ou lorsque le patient en fait la demande. A cette occasion, le médecin devrait en discuter avec son patient et donner des conseils de prévention des infections sexuellement transmissibles.

Le dépistage peut aussi se faire de manière anonyme dans les centres VCT (Voluntary Counselling and Testing) qui appliquent les recommandations de l'OFSP en matière de conseil et de dépistage volontaire du VIH.

Dans tous les cas, un dépistage à répéter régulièrement devrait être proposé chez les patients appartenant à un groupe présentant une prévalence élevée soit :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- les consommateurs de drogues par voie intraveineuse (antérieurs ou actuels)
- les migrants de pays à haute endémicité (par exemple Afrique subsaharienne)
- les travailleurs du sexe
- les personnes incarcérées
- les personnes ayant un comportement sexuel à risque avec une personne séropositive ou dans un entourage à forte prévalence HIV

L'USPSTF recommande un dépistage HIV chez toutes les femmes enceintes (*grade A*).

A noter qu'une infection VIH est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Syphilis (65, 66):

Le dépistage de la syphilis est recommandé chez les personnes à risque (*grade A*), en particulier chez :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- les travailleurs du sexe
- les personnes avec de nombreux partenaires sexuels
- les personnes avec diagnostic HIV

La fréquence optimale de ce dépistage n'est pas clairement établie. Certaines recommandations proposent des contrôles annuels chez les personnes à risque. Le dépistage est l'occasion de transmettre des conseils de prévention des autres infections sexuellement transmissibles.

L'USPSTF recommande un dépistage de la syphilis chez toutes les femmes enceintes (*grade A*).

A noter que la syphilis est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Chlamydia et gonorrhée (67-69):

Le dépistage des infections à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae est recommandé chez les femmes sexuellement actives âgées de ≤ 24 ans et chez les femmes plus âgées présentant un facteur de risque pour les infections sexuellement transmissibles (IST) (*grade B*) selon l'USPSTF soit :

- IST actuelle ou ancienne
- partenaire sexuel connu pour une IST
- nouveau partenaire sexuel
- plus d'un partenaire sexuel ou partenaire sexuel ayant d'autres partenaires
- utilisation inconstante du préservatif chez des personnes dans une relation non monogame
- rapports sexuels tarifés (argent ou drogue)

En Suisse, il n'existe pas de recommandation de dépistage systématique. Il peut être envisagé chez les femmes avec des facteurs de risque pour les IST et devrait être accompagné de conseils de prévention. Le diagnostic s'effectue idéalement par PCR sur frottis vaginal ou cervical, légèrement plus sensible que sur le premier jet d'urine.

Chez l'homme, ces dépistages ne sont pas recommandés de manière systématique en l'absence de symptômes, mais ils peuvent être envisagés lors de situation à haut risque. Le diagnostic s'effectue par PCR sur le premier jet d'urine ou frottis du méat urétral (même sensibilité).

A noter que les infections à Chlamydia trachomatis et à Neisseria gonorrhoeae sont des maladies infectieuses à déclaration obligatoire :

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Hépatite B (HBV) (70-73):

Le dépistage systématique d'une infection à hépatite B (antigène HBs et anticorps anti-HBc) dans la population générale n'est pas recommandé, car la prévalence de l'infection est relativement faible et la majorité des personnes infectées ne développeront pas d'infection chronique.

Le dépistage de l'HBV est recommandé chez les personnes à haut risque (*grade B*) soit :

- les personnes nées dans une région à haute prévalence d'HBV (>2%) ou non vaccinées à la naissance et dont les parents sont nés dans une région à haute prévalence (>8%)
- les personnes HIV positives
- les consommateurs de drogue
- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes
- les personnes vivant en foyer ou ayant des relations sexuelles avec une personne connue pour une infection à HBV
- les personnes hémodialysées
- les personnes sous traitement immunosuppresseur ou cytotoxique

A noter que l'USPSTF recommande un dépistage précoce de l'hépatite B chez toutes les femmes enceintes (*grade A*).

L'OFSP recommande ce dépistage aux populations suivantes:

- - femmes enceintes
- - groupes à forte prévalence : consommateurs de drogues et personnes vivant dans le même ménage qu'un individu infecté ou venant de zones à forte prévalence).

A noter que l'hépatite B est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Hépatite C (HCV) (72-75):

L'USPSTF recommande depuis 2020 un dépistage chez tous les adultes de 18 à 75 ans, à répéter chez les personnes à haut risque d'infection (*grade B*).

En Suisse, l'OFSP poursuit une approche de dépistage ciblée en fonction des facteurs de risque individuels présents ou passés et de la situation clinique. Le dépistage HCV est recommandé aux populations suivantes:

- Consommateurs actuels ou anciens de drogues
- Personnes ayant reçu une transfusion sanguine ou une transplantation d'organe avant 1992
- Personnes ayant reçu des produits sanguins avant 1987 (par exemple hémophiles)
- Insuffisants rénaux sous hémodialyse (reins artificiels)
- Les personnes provenant de l'Asie centrale et orientale, de l'Afrique du Nord, des pays de l'Europe de l'Est, de France et d'Italie
- Partenaires sexuels de personnes infectées par le virus de l'hépatite C
- Personnes séropositives pour le VIH
- Patients avec des transaminases élevées à la prise de sang
- Personnes ayant fait un tatouage ou un piercing dans des conditions non-stériles
- Travailleurs/euses du sexe

Le réseau Stratégie hépatite suisse recommande cependant de soumettre une fois dans leur vie les personnes nées entre 1950 et 1985 à un dépistage de l'hépatite C.

A noter que l'hépatite C est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Maladie de Chagas (76-78):

La maladie de Chagas est une parasitose (*Trypanosoma cruzi*) émergente en Europe en raison d'une augmentation de la migration des pays d'Amérique latine où la maladie y est endémique. Actuellement, un dépistage sérologique devrait être proposé aux femmes latino-américaines enceintes ou en âge de procréer en raison du risque de transmission verticale et un taux de guérison élevé chez les enfants après traitement. Ce dépistage pourrait être élargi et concerner tous les Latino-américains suivants :

- à risque augmenté d'infection (Boliviens, Paraguayens, Argentins du Nord)
- anamnèse familiale positive pour la maladie de Chagas
- antécédents de transfusion sanguine dans un pays endémique
- introduction d'une immunosuppression
- avec une chance augmentée de guérisons après traitement (nouveau-nés, enfants)

Autres dépistages

Dépression (79, 80):

Le dépistage de la dépression est recommandé chez tous les adultes, incluant les femmes enceintes et en post-partum (*grade B*). Ce dépistage doit être effectué dans le cadre d'un système de soins avec des possibilités de traitement et de suivi.

Deux questions sont proposées pour le dépistage de la dépression au cabinet médical :

- Au cours des deux dernières semaines, avez-vous eu peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ?
- Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) triste, déprimé(e) ou désespéré(e) ?

Considérer la possibilité d'un épisode dépressif majeur chez tout adulte répondant « oui » à l'une de ces questions (sensibilité d'environ 90 %, spécificité d'environ 65 %).

Violences domestiques (81-83):

Il est recommandé de dépister les violences domestiques chez toutes les femmes en âge de procréer et de les référer à des services spécialisés si nécessaire (*grade B*). Les preuves actuelles sont insuffisantes pour recommander ou non le dépistage d'une violence domestique auprès des personnes âgées ou vulnérables (*grade I*).

La violence domestique reste souvent méconnue et concernerait 10-20% des femmes, la grossesse et la naissance d'un enfant figurant parmi les principaux événements qui déclenchent la violence.

Plusieurs signaux d'alerte peuvent être présents :

- plaintes vagues et symptômes chroniques sans cause physique apparente, problèmes psychosomatiques
- blessures anciennes, répétées ou qui ne correspondent pas à l'explication donnée
- traumatismes physiques subis pendant la grossesse
- manque de confiance et d'estime de soi, culpabilité, sentiment d'impuissance et résignation
- troubles émotionnels: stress, apathie, angoisse, confusion, dépression, hyperexcitation ou détachement, pensées suicidaires
- partenaire montrant une attention excessive, qui cherche à garder le contrôle ou qui manifeste du dénigrement, voire de l'agressivité
- isolement social
- toute forme de dépendance (financière, affective, à l'alcool, à des drogues ou aux médicaments, etc.)

Ostéoporose (84-87):

Le dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie est recommandé par l'USPSTF chez toutes les femmes ≥ 65 ans (*grade B*). Chez les femmes < 65 ans post-ménopausées, il est recommandé de faire un dépistage si le risque de fracture est égal ou supérieur à celui d'une femme blanche de 65 ans sans facteur de risque (*grade B*). L'outil « FRAX » peut être utilisé pour évaluer le risque de fracture à 10 ans.

L'Association Suisse contre l'Ostéoporose recommande d'effectuer une ostéodensitométrie en cas de :

- fracture vertébrale spontanée ou suite à un traumatisme bénin
- fracture périphérique suite à un traumatisme bénin
- causes secondaires et facteurs de risque d'ostéoporose

En Suisse, le dépistage de l'ostéoporose par ostéodensitométrie n'est donc pas recommandé de façon systématique mais à discuter de façon individualisée.

L'ostéodensitométrie est prise en charge par l'assurance obligatoire des soins dans les situations suivantes :

- ostéoporose ou fracture après traumatisme minime
- corticothérapie longue durée (> 3 mois) ou hypogonadisme
- maladie digestive avec syndrome de malabsorption (maladie de Crohn, RCUH, maladie cœliaque)
- hyperparathyroïdie primaire
- ostéogénèse imparfaite
- HIV
- suivi thérapeutique (maximum tous les 2 ans)

Dysthyroïdie (88-90):

Les preuves actuelles ne permettent pas de se prononcer « pour » ou « contre » un dépistage systématique d'un trouble thyroïdien chez les patients asymptomatiques en dehors du contexte de grossesse.

Une récente méta-analyse montre l'absence de bénéfice sur les symptômes et la qualité de vie chez les patients substitués pour une hypothyroïdie subclinique.

Déficit en vitamine D (91, 92):

Les connaissances actuelles ne permettent pas de déterminer si le dépistage systématique d'un déficit en vitamine D chez les adultes asymptomatiques non institutionnalisés apporte un bénéfice.

Le dépistage est cependant recommandé chez les personnes à risque de déficit : apport bas en vitamine D, absorption diminuée de la vitamine D (par exemple peau foncée), faible exposition solaire (par exemple femmes voilées).

Chimioprophylaxies

Acide folique (93, 94):

Il est recommandé, à toutes les femmes avec désir de grossesse ou susceptibles de tomber enceinte, d'initier une supplémentation quotidienne en acide folique (400 à 800 µg par jour), afin de prévenir des anomalies du tube neural (*grade A*).

En Suisse, l'Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) recommande à toutes les femmes qui souhaitent ou qui sont susceptibles de devenir enceintes

d'opter pour une alimentation riche en folates (légumes et fruits frais, produits complets). De plus, il conseille la prise ininterrompue et quotidienne de comprimé de 400 µg d'acide folique synthétique, jusqu'à la 12^{ème} semaine d'aménorrhée.

Aspirine (95-98):

L'USPSTF recommande d'initier un traitement d'aspirine faible dose en prévention primaire chez les adultes âgés de 50 à 59 ans ayant $\geq 10\%$ de risque de développer une maladie cardiovasculaire durant les 10 prochaines années, n'étant pas à risque augmenté de saignement et ayant une espérance de vie d'au moins 10 ans (*grade B*).

Cependant, de grands essais cliniques récents ont conclu l'absence de bénéfice d'un tel traitement en prévention primaire et un risque de saignements sous-estimé. Il est précisé que ce traitement ne devrait pas être utilisé de routine en prévention primaire en raison de l'absence de nets bénéfices prouvés. Signalons toutefois que l'American Heart Association (AHA) recommande en 2019 de considérer l'introduction d'un traitement d'aspirine faible dose en prévention primaire de maladie cardio-vasculaire que chez les adultes entre 40 et 70 ans à haut risque cardio-vasculaire et sans risque augmenté de saignement, et ceci après partage de la décision avec le patient. Le GSLA en Suisse et l'European Society of Cardiology (ESC) ne recommandent plus, en prévention primaire, l'initiation d'un tel traitement.

Vitamine D (92, 99):

Les connaissances actuelles sont insuffisantes pour recommander ou non la substitution en vitamine D et/ou calcium pour prévenir les fractures en prévention primaire chez les adultes non institutionnalisés, sans ostéoporose ni déficit en vitamine D ou antécédent de fracture.

Vaccinations (100).

Les recommandations pour la vaccination se réfèrent au document de l'OFSP 2020.

Références

1. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Recommendations for Primary Care Practice. [Internet]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>.
2. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Grade definitions. [Internet]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>.
3. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2021;325(3):265-79.
4. Cornuz J, Jacot Sadowski I, Humair JP. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. VIVRE SANS TABAC, Programme national d'arrêt du tabagisme, Berne 2015.
5. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;320(18):1899-909.
6. Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool CFAL. Repères relatifs à la consommation d'alcool - 2018. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol/problemkonsum.html>.
7. Loeb P, Stoll B, Weil B. L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème. Un guide pour les médecins et autres professionnels de premier recours deuxième édition révisée et élargie. Berne 2014. .
8. Patnode CD, Perdue LA, Rushkin M, O'Connor EA. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Screening for Unhealthy Drug Use in Primary Care in Adolescents and Adults, Including Pregnant Persons: Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.
9. Grossman DC, Bibbins-Domingo K, Curry SJ, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, et al. Behavioral Counseling to Promote a Healthful Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2017;318(2):167-74.
10. Bize R. Promotion de l'activité physique par le praticien. Revue medicale suisse. 2013;9(371):236.
11. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;319(16):1696-704.
12. Office fédéral du sport OFSPO, Office fédéral de la santé publique OFSP, Promotion Santé Suisse, bpa – Bureau de prévention des accidents, Suva, Réseau suisse Santé et Activité physique. Document: Activité physique et santé. Macolin: OFSPO 2013.
13. Rees K, Hartley L, Flowers N, Clarke A, Hooper L, Thorogood M, et al. 'Mediterranean' dietary pattern for the primary prevention of cardiovascular disease. The Cochrane database of systematic reviews. 2013(8):Cd009825.
14. Société Suisse de Nutrition. La pyramide alimentaire suisse. <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/equilibre-alimentaire/pyramide-alimentaire-suisse/>.
15. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2020;324(7):674-81.
16. Office fédéral de la santé publique. Infections sexuellement transmissibles. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/sexuell-uebertragbare-infektionen.html>.

17. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(11):1134-42.
18. Office fédéral de la santé publique OFSP. Protection solaire. [Internet]. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/strahlung-radioaktivitaet-schall/elektromagnetische-felder-emf-uv-laser-licht/sonne_uv-strahlung/sonnenschutz.html.
19. Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Dépistage des cancers en pratique clinique: une place privilégiée pour le partage de la décision. *Revue médicale suisse*. 2010;6(256):1410-4.
20. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;4:Cd001431.
21. Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. Avis d'expert No 50. Recommandations pour la prévention du cancer du col de l'utérus. 01.03.2018.
22. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2018;320(7):674-86.
23. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Jr., Garcia FAR, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;315(23):2564-75.
24. Auer R, Selby K, Bulliard JL, Nichita C, Dorta G, Ducros C, et al. Programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal: information et décision partagée. *Revue médicale suisse*. 2015;11(496):2209-15.
25. Dehlavi A, Nichita C, Brondolo VK, Bertolini D, Dorta G. Prévention du cancer colorectal. *Revue médicale suisse*. 2011;7(307):1704-9.
26. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*. 2016;164(4):279-96.
27. Huwiler K. Dépistage par mammographie : feuille d'information. Ligue contre le cancer. 2015.
28. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *British journal of cancer*. 2013;108(11):2205-40.
29. Keating NL, Pace LE. Breast Cancer Screening in 2018: Time for Shared Decision Making. *Jama*. 2018;319(17):1814-5.
30. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of internal medicine*. 2016;164(4):244-55.
31. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA internal medicine*. 2014;174(3):448-54.
32. Biller-Andorno N, Juni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *The New England journal of medicine*. 2014;370(21):1965-7.
33. Swiss Medical Board. Dépistage systématique par mammographie. Rapport du 15.12.2013.
34. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2018;319(18):1901-13.
35. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*. 2014;384(9959):2027-35.
36. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *European urology*. 2019;76(1):43-51.
37. Swiss Medical Board : Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate. Zurich 2011.

38. Gasser T, Iselin C, Jichlinski P et al. Dosage du PSA. Recommandations de la Société suisse d'Urologie (SSU). *Forum Med Suisse*. 2012;12(06):126-128.
39. Selby K, Auer R, Valerio M, Jichlinski P, Cornuz J. Dépistage du cancer de la prostate: partager avec le patient les incertitudes. *Revue médicale suisse*. 2015;11(496):2216, 8-20.
40. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(2):125-32.
41. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan JK, et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer*. 2017;123(4):592-9.
42. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GJ, Walsh EI, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2018;319(9):883-95.
43. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2021;325(10):962-70.
44. National Lung Screening Trial Research T, Aberle DR, Adams AM, Berg CD, Black WC, Clapp JD, et al. Reduced lung-cancer mortality with low-dose computed tomographic screening. *The New England journal of medicine*. 2011;365(5):395-409.
45. Société suisse de pneumologie. Dépistage précoce du cancer du poumon – bilan et perspectives 2017. Ce qui serait souhaitable et ce qui est faisable. *Société suisse de pneumologie* 2017.
46. Lazor R, Cornuz J, Lovis A, Nicod LP. Dépistage du cancer pulmonaire par scanner thoracique. *Revue médicale suisse*. 2012;8(363):2206-11.
47. Nicod LP, Soccac PM. Une étape décisive pour le dépistage du cancer pulmonaire. Editorial. *Rev Med Suisse* 2018; volume 14. 2043-2044.
48. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *The New England journal of medicine*. 2020;382(6):503-13.
49. Selby K, Gubelmann R, Lovis A, Bulliard JL, Beigelman-Aubry C, Casutt A, et al. [Lung cancer screening: what can we tell our patients while we await a screening program ?]. *Revue médicale suisse*. 2020;16(713):2086-91.
50. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Ebell M, Epling JW, Jr., et al. Screening for Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;316(4):429-35.
51. Groupe Suisse de travail Lipides et Athérosclérose AGLA/GSLA. <https://www.gsla.ch/>.
52. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Hypertension in Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2021;325(16):1650-6.
53. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology: ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of hypertension*. 2018;36(12):2284-309.
54. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Journal of hypertension*. 2020;38(6):982-1004.
55. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;320(11):1163-71.
56. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Jr., Garcia FA, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;316(19):1997-2007.

57. Rodondi N, Waeber G. Dyslipidémies: comment utiliser les nouvelles recommandations au cabinet médical. Editorial. *Swiss Med Forum*, 2018;18:973-974.
58. Nanchen D, Vonnez JL, Selby K, Auer R, Cornuz J. Statines en prévention primaire: comment décider avec le patient? *Revue médicale suisse*. 2015;11(496):2222-6.
59. Siu AL. Screening for Abnormal Blood Glucose and Type 2 Diabetes Mellitus: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*. 2015;163(11):861-8.
60. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes care*. 2018;41(Suppl 1):S13-s27.
61. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2019;322(22):2211-8.
62. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2019;321(23):2326-36.
63. Office fédéral de la santé publique OFSP. Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins. *Bull 21. OFSP 2015*: 237-41.
64. D'Incau S, Viala B, Ciuffi A, Cavassini M, Calmy A. [Diagnosis, prevention and treatment of HIV : what's new in 2018 ?]. *Revue médicale suisse*. 2019;15(N° 632-633):107-12.
65. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Jr., Garcia FA, et al. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adults and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;315(21):2321-7.
66. Office fédéral de la santé publique. Diagnostic et traitement de la syphilis : recommandations actualisées. *OFSP 2015 ; Bulletin 21* : 244-49.
67. LeFevre ML. Screening for Chlamydia and gonorrhea: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2014;161(12):902-10.
68. Notter J, Frey Tirri B, Bally F et al. Commission fédérale pour la santé sexuelle, Société suisse d'infectiologie. Infections sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis. *Forum Med Suisse* 2017;11(34):705-711.
69. Toutous Trelu L, Oertle D, Itin P et al. Gonorrhée: nouvelles recommandations en matière de diagnostic et de traitement. *Forum Med Suisse* 2014;14(20):407-409.
70. Chou R, Blazina I, Bougatsos C, Holmes R, Selph S, Grusing S, et al. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2020;324(23):2423-36.
71. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). *Recommandations pour la prévention de l'hépatite B. Directives et recommandations*. Berne : OFSP, 2019.
72. Fretz R, Negro F, Bruggmann, Lavanchy D et al. Hepatitis B and C in Switzerland – healthcare provider initiated testing for chronic hepatitis B and C infection *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13793.
73. Hépatite Suisse. Quand faut-il dépister? [Internet]. <https://www.hepatitis-schweiz.ch/fr/quand-faut-il-depister>.
74. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2020.
75. Office fédéral de la santé publique, division maladies transmissibles. Hépatites C en Suisse, situation épidémiologique en 2015–2018. *Bull OFSP 2019 ; No 45* : 12-24.
76. Jackson Y, Chappuis F, Loutan L. Maladie de Chagas en Suisse: faire face à une maladie émergente et interrompre la chaîne de transmission. *Revue médicale suisse*. 2008;4(157):1212-4, 6-7.
77. Requena-Mendez A, Bussion S, Aldasoro E, Jackson Y, Angheben A, Moore D, et al. Cost-effectiveness of Chagas disease screening in Latin American migrants at primary health-care centres in Europe: a Markov model analysis. *The Lancet Global health*. 2017;5(4):e439-e47.

78. Weibel Galluzzo C, Wagner N, Michel Y, Jackson Y, Chappuis F. Maladies parasitaires émergentes. *Revue médicale suisse*. 2014;10(429):1008-13.
79. Siu AL, Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, Ebell M, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;315(4):380-7.
80. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*. 1997;12(7):439-45.
81. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2018;320(16):1688-701.
82. Office fédéral de la santé publique OFSP. Feuilles d'information violence domestique. <https://www.ebg.admin.ch/ebg/fr/home/documentation/publications-en-general/publications-violence.html>.
83. Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud (BEFH). Violence dans le couple Détection-Soutien-Orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s. BEFH 2017.
84. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(24):2521-31.
85. Association Suisse contre l'Ostéoporose ASCO. Recommandations 2015. <https://www.svgo.ch/content/documents/2015/ASCO%20Recommandations%202015.pdf>.
86. Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R. FRAX assessment of osteoporotic fracture probability in Switzerland. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2010;21(3):381-9.
87. FRAX Outil d'Evaluation des Risques de Fractures. <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/?lang=fr>.
88. LeFevre ML. Screening for thyroid dysfunction: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Annals of internal medicine*. 2015;162(9):641-50.
89. Feller M, Snel M, Moutzouri E, Bauer DC, de Montmollin M, Aujesky D, et al. Association of Thyroid Hormone Therapy With Quality of Life and Thyroid-Related Symptoms in Patients With Subclinical Hypothyroidism: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama*. 2018;320(13):1349-59.
90. Stott DJ, Rodondi N, Kearney PM, Ford I, Westendorp RGJ, Mooijaart SP, et al. Thyroid Hormone Therapy for Older Adults with Subclinical Hypothyroidism. *The New England journal of medicine*. 2017;376(26):2534-44.
91. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Vitamin D Deficiency in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2021;325(14):1436-42.
92. Bolland MJ, Grey A, Avenell A. Effects of vitamin D supplementation on musculoskeletal health: a systematic review, meta-analysis, and trial sequential analysis. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2018;6(11):847-58.
93. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Jr., Garcia FA, et al. Folic Acid Supplementation for the Prevention of Neural Tube Defects: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2017;317(2):183-9.
94. Eichholzer M, Camenzind-Frey E, Amberg J, et al. L'acide folique: indispensable au développement normal de l'embryon. Berne: Office fédéral de la sécurité alimentaire et des affaires vétérinaires (OSAV) 2008.
95. Bibbins-Domingo K. Aspirin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease and Colorectal Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*. 2016;164(12):836-45.

96. Gaziano JM, Brotons C, Coppolecchia R, Cricelli C, Darius H, Gorelick PB, et al. Use of aspirin to reduce risk of initial vascular events in patients at moderate risk of cardiovascular disease (ARRIVE): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* (London, England). 2018.
97. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA Guideline on the Primary Prevention of Cardiovascular Disease: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*. 2019.
98. Groupe de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA) de la Société Suisse de Cardiologie (SSC). Prévention de l'athérosclérose 2020. <http://www.agla.ch>.
99. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Vitamin D, Calcium, or Combined Supplementation for the Primary Prevention of Fractures in Community-Dwelling Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(15):1592-9.
100. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2020. Directives et recommandations. Berne: Office fédéral de la santé publique, 2020.