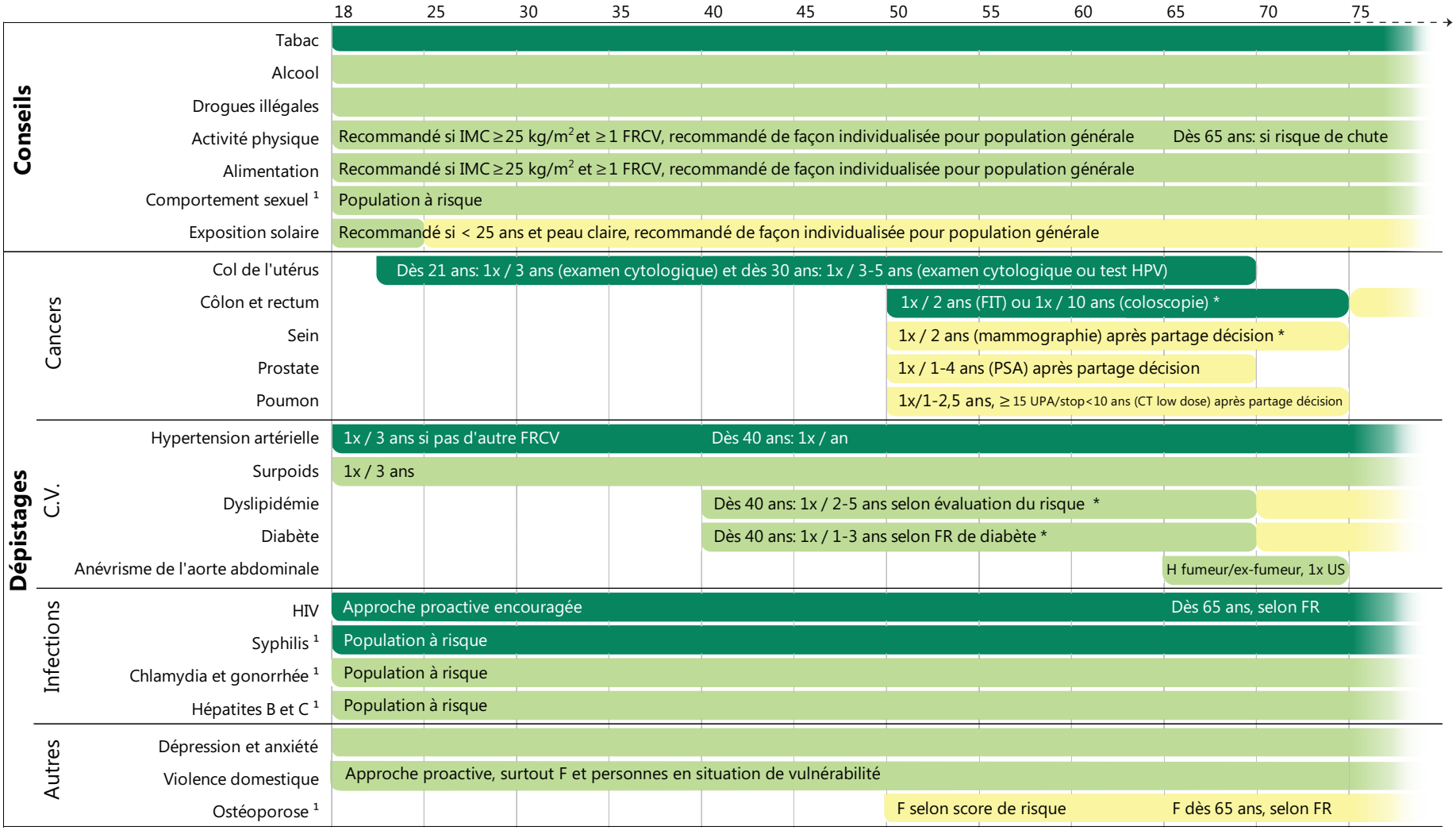
RECOMMANDATIONS EVIPREV 2026

Bénéfice: important – élevée; modéré – moyenne; faible – dépendant de la situation individuelle

Importance/force de la recommandation

Les recommandations EviPrev sont soutenues par : SGAIM SSMIG SSGIM, KHM CMPR CMB, mfe, FMH, unisanté



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

Initiales:

ABI: Ankle-brachial Index
BPCO: bronchopneumopathie chronique obstructive
CT: computed tomography
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 artériosclérose
H: homme
hsCRP: high-sentitivity CRP
IMC: indice de masse corporelle [kg/m²]
OFSP: office fédéral de la santé publique
PSA: antigène spécifique de la prostate
UPA: unité paquet année
US: ultrasons
VIH: virus de l'immunodéficience humaine

* Dépistage plus précoce en cas de facteurs de risque

[1] Les populations à risque sont définies dans l'Annexe au tableau EviPrev

Interventions pour lesquelles les données sont insuffisantes pour les recommander aux 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 par ECG/test d'effort lors de risque CV intermédiaire ou élevé, anévrisme aortique chez F fumeuses ou ex-fumeuses de 65 à 75 ans.
- Autres dépistages : dysfonction thyroïdienne, apnée du sommeil, maladie coeliaque, carence en vitamine D, troubles du comportement alimentaire, glaucome dès 40 ans, troubles visuels dès 65 ans, troubles auditifs dès 50 ans , troubles cognitifs dès 65 ans

Interventions non recommandées chez les personnes asymptomatiques

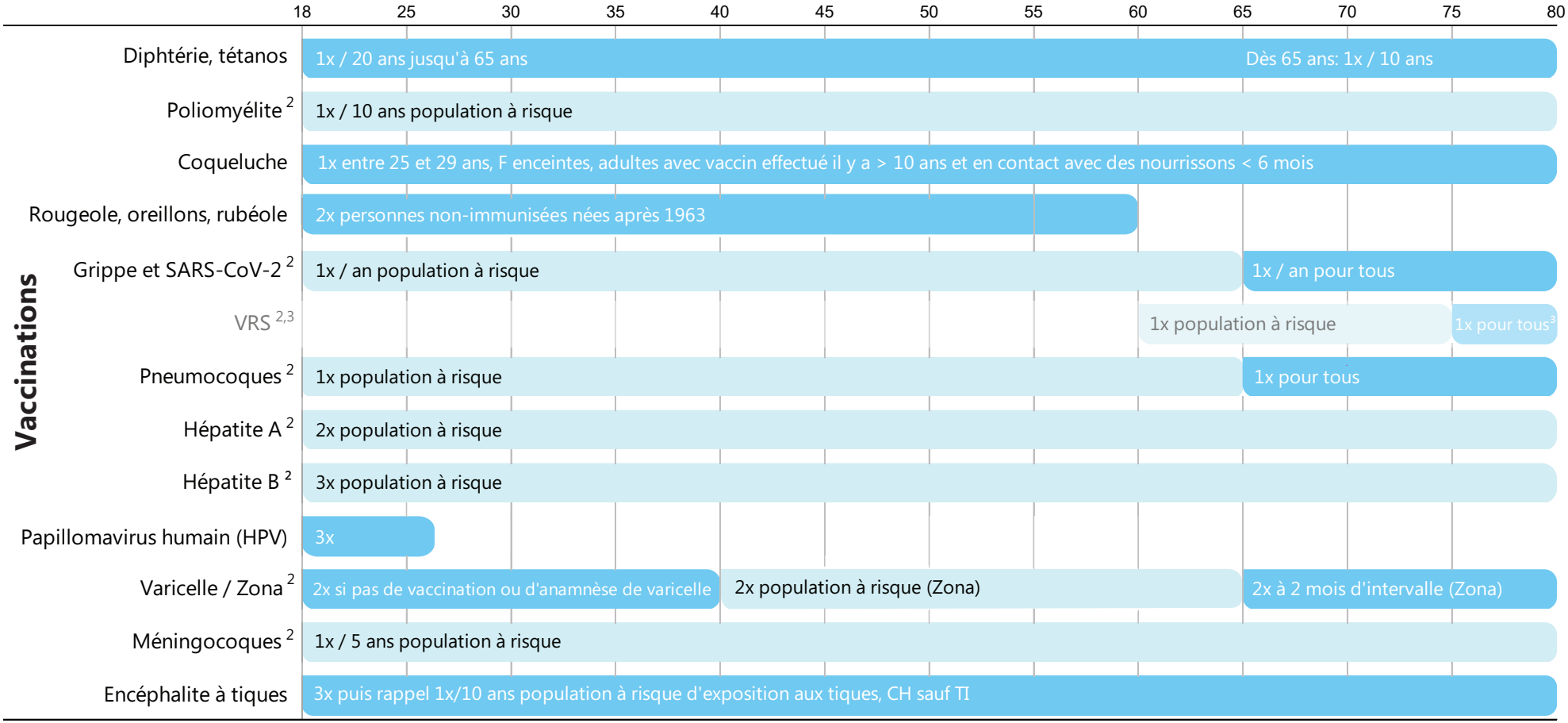
- maladie coronarienne (ECG de repos et d'effort, score calcique/CT-angio coronarien) si faible FRCV
- sténose carotidienne (US)
- BPCO (Spirométrie)
- bactériurie (chez M et F non-enceintes)
- cancers de la thyroïde, du pancréas, de l'ovaire et du testicule

Vaccinations

Version actualisée le 19.02.2026

Recommandations vaccinales OFSP
populations à risque

Les recommandations vaccinales présentées dans ce tableau sont basées sur le Plan de vaccination suisse publié par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), en accord avec les recommandations de la Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). Eviprev.ch n'est pas responsable du contenu ni de la formulation de ces recommandations.
Ce tableau propose uniquement une présentation simplifiée et mise en forme de l'information officielle, dans le but de faciliter le travail des médecins de premier recours lors des consultations de prévention vaccinale au cabinet.
Pour consulter les recommandations officielles et les mises à jour en vigueur, veuillez vous référer au site de l'OFSP : https://www.bag.admin.ch/fr/plan-de-vaccination-suisse



[2] Les populations à risque sont définies dans le Plan de vaccination suisse de l'OFSP. Pour les recommandations actuelles, se référer à la version en ligne: https://www.bag.admin.ch/fr/plan-de-vaccination-suisse
[3] Vaccination non remboursée par l'assurance obligatoire des soins. Pour cette raison, l'OFSP recommande la vaccination VRS, mais séparément du plan de vaccination suisse 2026. Voir les recommandations: https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/ROjGfpexE5Pp/fr_BAG_Bulletin_36-25_RSV_bf.pdf

Annexe du tableau "Recommandations EviPrev 2026"

Introduction (1, 2)

Objectif du tableau EviPrev pour les soins de premier recours :

L'objectif d'EviPrev consiste à regrouper les conseils et dépistages les plus importants au sein d'un seul outil, le tableau EviPrev. Celui-ci soutient les professionnel.les de premier recours (médecins généralistes, assistantes médicales, pharmacie.nne.s) dans les conseils de santé et dépistages pour les personnes (patient.e.s, client.e.s) vues en consultation ou qui se présentent expressément pour un bilan de santé (ou « check-up »).

EviPrev permet ainsi aux professionnel·les de santé de vérifier si les mesures les plus importantes ont été prises chez les personnes qui se présentent à leur consultation pour une autre raison qu'un bilan de santé (prévention opportuniste). Les mesures les plus importantes étant définies comme celles ayant un niveau de bénéfice substantiel et un niveau de preuve élevé. EviPrev sert également d'incitation à aborder des thèmes de santé spécifiques à cette occasion, à proposer des examens de dépistage et aussi à déconseiller certains examens de dépistage spécifiques.

Le tableau EviPrev est un outil d'aide destiné aux professionnel·les de santé ayant suivi des formations spécifiques au sujet de la prévention. Ce tableau n'est pas conçu comme une source d'information ou de recommandation directe à l'intention des personnes sans formation médicale ou de personnes qui prendraient une décision sans consultation préalable d'un ou d'une professionnel·le.

Pour rappel, les dépistages visent à détecter une maladie à un stade précoce chez une personne asymptomatique, ce qui peut entraîner une baisse de la mortalité ou une amélioration de la qualité de vie. Chaque dépistage comporte également des risques liés à la méthode utilisée (par exemple, rayonnements ionisants, perforations intestinales et hémorragies lors d'une coloscopie, etc.) et aux examens complémentaires invasifs (par exemple, la biopsie) en cas de test positif. Il existe également le risque de détecter et de traiter une maladie qui n'aurait eu aucune incidence sur la santé (surdiagnostic et surtraitement).

L'annexe sert principalement à affiner les recommandations d'EviPrev et à préciser leur intérêt. Pour des thèmes spécifiques, l'annexe mentionne brièvement les techniques de conseil ou les méthodes de dépistage pouvant être utilisées. En ce qui concerne le traitement spécifique en cas de résultat positif au dépistage, EviPrev renvoie aux lignes directrices complémentaires, telles que les lignes directrices thérapeutiques pour le traitement de l'hypertension artérielle, si une hypertension artérielle est détectée.

A noter que les recommandations d'EviPrev s'adressent à la population adulte asymptomatique âgée de 18 à 80 ans. Les données chez les personnes très âgées sont généralement inexistantes. Il convient également de prendre en compte l'âge biologique individuel pour évaluer la pertinence des examens de dépistage, en tenant compte d'une éventuelle multimorbidité. Le tableau **ne contient également pas** de recommandations spécifiques pour les femmes enceintes ou d'autres groupes de population particuliers (par exemple, les personnes immunodéprimées, les enfants et les jeunes entre 16 et 30 ans).

Les approches thérapeutiques prophylactiques (par exemple, l'aspirine ou les statines pour la prévention cardiovasculaire, la supplémentation en vitamines ou en oligo-éléments, etc.) et les traitements spécifiques en cas de résultats anormaux lors d'un dépistage **ne sont pas** mentionnés dans le tableau ni dans l'annexe.

EviPrev se réfère aux recommandations nationales et internationales :

Les recommandations du comité scientifique d'EviPrev (Cs), soutenu par le secrétariat scientifique (Ss), s'appuient principalement sur les recommandations et les revues systématiques de l'US Preventive Services Task Force (USPSTF) aux États-Unis. Le Cs assure un suivi régulier d'institutions suisses telles que la Ligue suisse contre le cancer et les sociétés médicales spécialisées ainsi que d'autres recommandations internationales, telles que celles du NICE au Royaume-Uni, de la HAS en France ou du Comité fédéral commun (G-BA) en Allemagne.

Le tableau des recommandations EviPrev 2026 est le fruit d'un consensus au sein du Cs d'EviPrev. Si, pour un thème de prévention donné, il existe différents niveaux de recommandation pour divers groupes cibles, c'est la recommandation la plus forte qui figure dans le tableau.

Niveaux de recommandation dans le tableau EviPrev :

Les définitions des différents niveaux de recommandation mentionnés dans le texte (fort, modéré, faible) s'appuient sur celles de l'USPSTF et sont les suivantes :

- **Recommandation forte**, « doit » : bénéfice important avec des preuves solides.
- **Recommandation modérée** (« devrait ») : bénéfice modéré avec des données probantes solides ou bénéfice important avec des données probantes modérées.
- **Recommandation faible**, mais dépendante de la situation individuelle (« peut ») : bénéfice faible avec des données probantes satisfaisantes. Une approche individualisée est recommandée.

Les interventions pour lesquelles les **données probantes sont insuffisantes** pour formuler une recommandation sont répertoriées dans la zone sur **fond gris** située sous le tableau.

Les dépistages qui **ne sont pas recommandés** dans la littérature scientifique chez les personnes asymptomatiques en raison d'un manque de bénéfice sont répertoriés dans la **zone rouge** à la fin du tableau.

Tableau annexe sur les vaccinations :

Le verso (ou deuxième page) du tableau EviPrev répertorie les vaccinations. Celles-ci s'appuient sur les recommandations de l'OFSP. Le Cs ne les évalue pas et ne les commente pas. Ce tableau annexe permet aux professionnel·les de santé de vérifier facilement le statut vaccinal des personnes lors de la consultation.

Conseils

Tabac (3, 4)
Il est recommandé d'aborder activement la question de la consommation de tabac avec toutes les personnes et d'apporter un soutien à celles qui souhaitent arrêter de fumer (*recommandation forte*).

Les interventions suivantes sont recommandées :

- identifier et documenter le statut tabagique
- recommander à toutes les personnes fumeuses d'arrêter de fumer
- soutenir toute personne prête à arrêter de fumer
- prescrire aux personnes prêtes à arrêter de fumer un accompagnement comportemental/thérapeutique et un traitement pharmacologique de sevrage tabagique : (substituts nicotiniques, varénicline (à nouveau disponible à partir de 2026), bupropion ou cytisine)
- Utiliser les techniques d'entretien motivationnel auprès des personnes qui fument qui ne sont pas prêtes à arrêter de fumer ; leur proposer une phase de réduction de la consommation, soutenue par des substituts nicotiniques, l'objectif étant d'aboutir à un sevrage complet lors d'une deuxième phase
- selon le contexte et les souhaits de la personne, mentionner le potentiel de la cigarette électronique dans le sevrage tabagique, tout en soulignant que la dépendance à la nicotine persiste et qu'aucune donnée n'est disponible concernant les risques à moyen et long terme
- assurer un suivi

Ressources utiles : www.pepra.ch/fr/tabac

Alcool, dépistage d'une consommation d'alcool à risque (5-7)

Le dépistage d'une consommation d'alcool à risque est recommandé, tout comme une intervention brève en cas de consommation à risque (*recommandation modérée*).

Le questionnaire AUDIT-C peut être utilisé pour identifier une consommation d'alcool à risque à l'aide des trois questions suivantes :

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées ?
- Combien de verres standard buvez-vous lors d'une journée type où vous consommez de l'alcool ?
- À quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus en une seule occasion ?

Une consommation d'alcool à risque chronique est définie comme suit :

- pour les femmes de tout âge et les hommes de plus de 65 ans : plus de 7 verres standard d'alcool par semaine
- pour les hommes de moins de 65 ans : > 14 verres standard d'alcool par semaine

Une consommation d'alcool à risque aigu est définie comme suit :

- pour les femmes de tout âge et les hommes de plus de 65 ans : > 3 verres standard d'alcool par occasion
- pour les hommes de moins de 65 ans : > 4 verres standard d'alcool par occasion

Ressources utiles : www.pepra.ch/fr/alcool

Drogues illicites, dépistage (8)

L'USPSTF recommande de dépister la consommation de drogues illicites chez les adultes âgés de 18 ans et plus au moyen d'un questionnaire. Ce dépistage doit être réalisé dans un environnement offrant des options thérapeutiques efficaces (*recommandation modérée*).

Ressources utiles : www.pepra.ch/fr/consommation-drogue

Activité physique (9-12)

Il est recommandé d'interroger les adultes en surpoids ou obèses et présentant un autre facteur de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) sur leur niveau d'activité physique et de leur prodiguer des conseils en cas de manque d'activité physique (*recommandation modérée*).

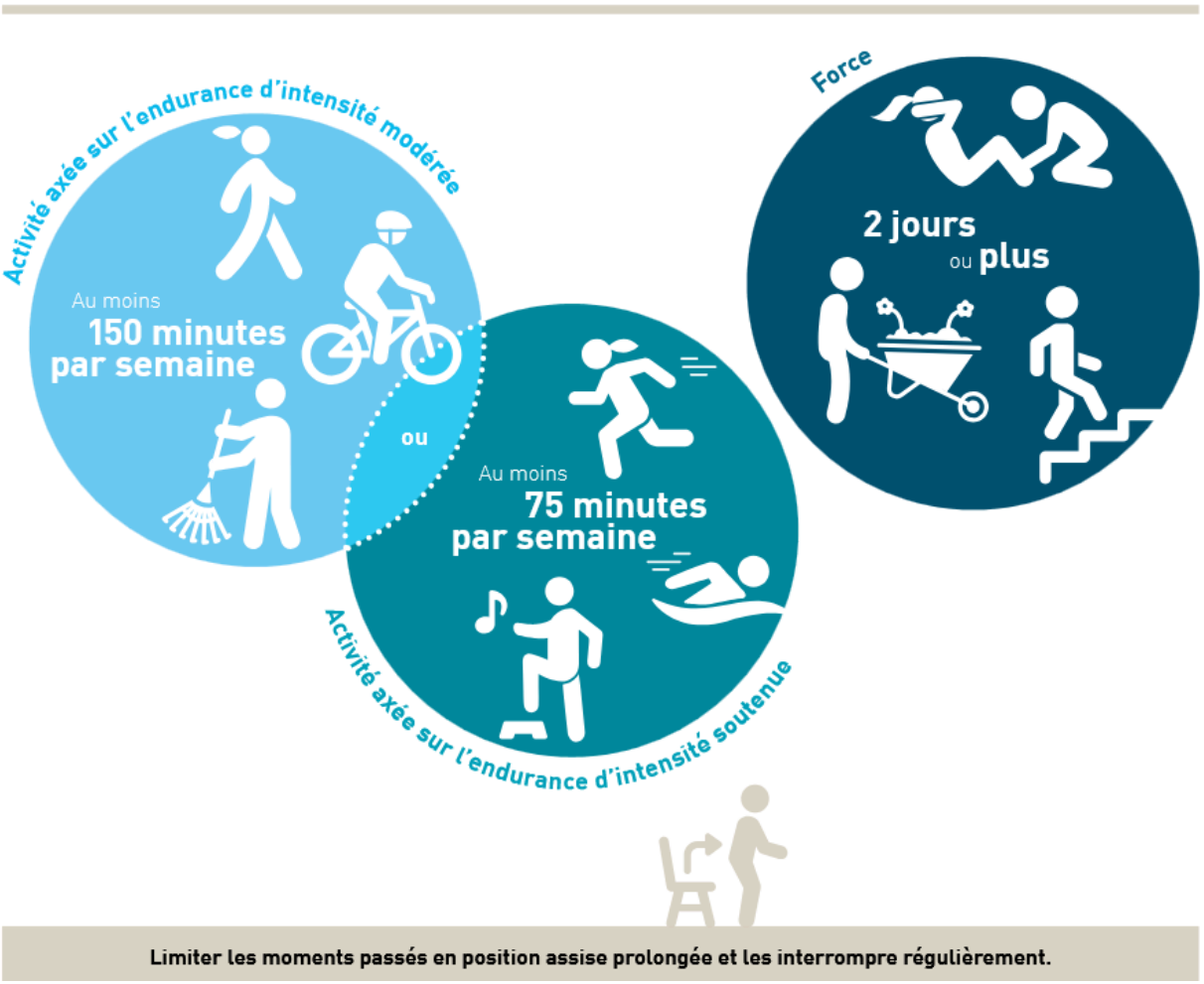
Ces mêmes questions s'appliquent également aux personnes ne présentant ni surpoids ni obésité ; l'efficacité d'un conseil ultérieur, en cas de manque d'activité physique constaté, n'est toutefois pas prouvée (*recommandation faible*).

Il est particulièrement recommandé d'interroger les adultes âgés de 65 ans et plus présentant un risque accru de chute sur leur niveau d'activité physique (notamment l'équilibre et la force) et de leur prodiguer des conseils à ce sujet (*recommandation modérée*).

Le Réseau suisse pour la santé et l'activité physique (HEPA) recommande au moins 150 à 300 minutes (2,5 à 5 heures) d'activité physique d'endurance d'intensité modérée par semaine (par exemple, marche rapide, vélo, natation ou jardinage) ou au moins 75 à 150 minutes (1,75 à 2,5 heures) d'activité physique d'endurance ou de sport d'intensité plus élevée par semaine. En outre, une activité de renforcement musculaire d'intensité modérée ou plus élevée, sollicitant tous les principaux groupes musculaires, est recommandée au moins deux jours par semaine.

Il n'est pas nécessaire de s'entraîner 30 minutes d'affilée. Chaque minute d'activité compte, tant que celle-ci entraîne un léger essoufflement (par exemple, monter des escaliers). Parallèlement, les activités sédentaires, et en particulier les longues périodes en position assise, doivent être réduites au minimum. Il est recommandé de se lever au moins toutes les 45 minutes, même brièvement.
Le programme PAPRICA (Physical Activity in Primary Care) propose des outils permettant de promouvoir l'activité physique dans les cabinets médicaux (voir www.paprica.ch).

Ressources utiles:
- www.pepra.ch/fr/activite-physique
- https://www.bfu.ch/parachutes/cabinet-medical
- PAPRICA



Source: HEPA Suisse

Nutrition (9, 10, 13)

Il est recommandé d'interroger et de conseiller les adultes en surpoids, obèses et présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, insuffisance rénale...) sur l'importance d'une alimentation équilibrée (*recommandation modérée*).

Pour la population générale ne présentant pas de facteurs de risque, il est certes recommandé de s'informer sur une alimentation équilibrée mais l'efficacité des conseils médicaux n'est pas démontrée dans ce cas (*recommandation faible*).

Les principes d'une alimentation saine et équilibrée reposent sur la pyramide alimentaire de la Société Suisse de Nutrition.

Ressources utiles: www.sge-ssn.ch ; www.pepra.ch/fr/themes/nutrition

Comportement sexuel (14, 15)

Il est recommandé de conseiller les personnes présentant un comportement à risque vis-à-vis des maladies sexuellement transmissibles (MST) afin de prévenir les infections sexuellement transmissibles (IST) (*recommandation modérée*) :

- les personnes atteintes d'une MST, actuellement ou dans leurs antécédents
- les personnes ayant plusieurs partenaires sexuels

Ressources utiles : Love Life

Exposition au soleil (16, 17)

Il est recommandé de conseiller aux jeunes adultes jusqu'à 24 ans ayant un teint clair (peau claire et sensible, yeux clairs, cheveux blonds ou roux, taches de rousseur ou personnes qui attrapent facilement des coups de soleil) de minimiser leur exposition aux rayons ultraviolets (UV) afin de réduire le risque de cancer de la peau (*recommandation modérée*).

Étant donné que l'utilité d'un conseil médical sur la protection contre les rayons UV chez les adultes de plus de 24 ans est faible, ce conseil est particulièrement recommandé chez les personnes présentant un risque de cancer de la peau :

- les personnes au teint clair
- antécédents de coups de soleil fréquents
- antécédents personnels ou familiaux de cancer de la peau
- Nombre important de taches pigmentaires sur le corps
- Déficience immunitaire (VIH, traitement immunosuppresseur)

Dépistage des cancers (18, 19)

L'objectif du dépistage est de diagnostiquer un cancer ou des lésions précancéreuses avant l'apparition des symptômes. La détection de certains types de cancer à un stade précoce augmente les chances de survie et permet un traitement moins contraignant. Le dépistage comporte toutefois également des inconvénients et des risques, tels que ceux liés au surdiagnostic et au surtraitement.

Compte tenu des limites et des risques liés aux dépistages des cancers, ceux-ci devraient faire l'objet d'une décision partagée entre le patient et le médecin (shared decision-making). À cette fin, le médecin peut recourir à des outils d'aide à la décision, tels qu'ils existent déjà pour le dépistage du cancer colorectal, du cancer de la prostate et du cancer du poumon. *www.unisante.ch/fr/consultations-medicales/professionnels-sante/aides-decision*

Cancer du col de l'utérus (20-22)

Le dépistage précoce du cancer du col de l'utérus est recommandé pour toutes les femmes à partir de 21 ans, quel que soit leur statut vaccinal contre le papillomavirus humain (HPV).

Conformément aux recommandations de l'USPSTF, un dépistage du cancer du col de l'utérus tous les 3 ans, entre 21 et 65 ans, par un examen cytologique (test de Papanicolaou) est recommandé. Pour les femmes âgées de 30 à 65 ans qui souhaitent espacer davantage leurs contrôles, l'USPSTF propose comme alternative un dépistage tous les 5 ans par un test HPV ou un test HPV associé à un examen cytologique (*recommandation forte*). Aux États-Unis, les tests HPV sont autorisés sous forme d'autotests.

La Société suisse de gynécologie et d'obstétrique recommande un dépistage cytologique tous les trois ans entre 21 et 29 ans, puis un dépistage cytologique ou par test HPV tous les trois ans entre 30 et 70 ans. Chez les personnes âgées de plus de 70 ans, le dépistage peut être interrompu si les trois derniers frottis cytologiques ou les deux derniers tests HPV étaient négatifs et si la personne n'a pas présenté de dysplasie au cours des 10 dernières années.

En 2021, le comité Swiss Cancer Screening a publié une recommandation forte en faveur d'un dépistage tous les trois ans et une recommandation faible en faveur d'un dépistage tous les cinq ans, quel que soit l'âge. Il a également émis une recommandation forte concernant la prise en charge du test HPV par l'assurance maladie.

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

Cancer colorectal (23-25)

Le dépistage systématique du cancer colorectal (CCR) est recommandé pour les personnes âgées de 50 à 75 ans (*recommandation forte*). Certains organismes recommandent de commencer plus tôt, dès 45 ans (par exemple, recommandation modérée de l'USPSTF), mais cette pratique ne s'est pas encore imposée à ce jour. Même si, à l'échelle mondiale, l'incidence du cancer colorectal augmente chez les personnes plus jeunes, en Suisse près de 94% des cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans.

Le dépistage n'est pas recommandé pour les personnes de plus de 75 ans. Il peut toutefois être proposé en fonction de l'état de santé et de l'espérance de vie de la personne concernée (*recommandation faible*).

Il existe deux stratégies de dépistage : un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans par FIT (test immunologique fécal), suivi d'une coloscopie en cas de résultat positif, ou une coloscopie tous les dix ans. Les avantages et les inconvénients des tests de dépistage du cancer colorectal peuvent être expliqués aux personnes à l'aide d'un outil d'aide à la décision (voir à ce sujet : www.pepra.ch/fr/eviprev et *www.unisante.ch/fr/consultations-medicales/professionnels-sante/aides-decision*). Les personnes invitées au dépistage sont plus nombreuses à se faire dépister lorsque les deux stratégies de dépistage sont mentionnées que lorsque seule la coloscopie est proposée.

Les personnes présentant un risque accru de CCR, chez lesquelles un dépistage devrait être mis en place précocement après une consultation spécialisée, sont celles qui présentent :

- des antécédents personnels d'adénome à haut risque ou de CCR
- des antécédents d'adénome ou de CCR chez plusieurs parents au premier degré ou chez un parent au premier degré avant l'âge de 60 ans.
- d'antécédents familiaux de polypose adénomateuse familiale ou de CCR héréditaire sans polypose
- de maladies inflammatoires chroniques de l'intestin telles que la colite ulcéreuse ou la maladie de Crohn

A savoir que les personnes avec des antécédents familiaux peuvent participer aux programmes cantonaux s'ils n'ont pas eu de colonoscopie depuis ≥10 ans. En Suisse, plusieurs cantons ont mis en place des programmes de dépistage proposés aux personnes âgées de 50 à 75 ans. Les différentes offres de dépistage proposées par chaque canton sont disponibles sur ce site web : www.swisscancerscreening.ch/fr

Les examens réalisés dans le cadre de nombreux programmes cantonaux sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire sans franchise ; la quote-part de 10 % est à la charge des patients.

Cancer du sein (26-33)

Le rapport bénéfice/risque du dépistage du cancer du sein par mammographie est controversé.

Les recommandations suisses préconisent un dépistage tous les deux ans chez les femmes âgées de 50 à 74 ans (*recommandation modérée*).

Les programmes de dépistage systématique mis en place dans de nombreux cantons pourraient donner l'impression qu'une mammographie est fortement recommandée pour toutes les femmes, sur la base de données probantes solides, alors que les données actuelles sont moins concluantes. Un dépistage par mammographie tous les 1 à 3 ans entraîne une réduction de la mortalité par cancer du sein chez les femmes âgées de 50 à 74 ans, en particulier chez celles âgées de 60 à 69 ans. On estime que sur 1 000 femmes participant pendant 20 ans à un programme de dépistage par mammographie tous les deux ans, 1 à 4 décès dus au cancer du sein sont évités. Parmi ces 1 000 femmes, 250 auront

besoin d'examens complémentaires et 5 à 10 recevront un diagnostic et un traitement pour un cancer du sein qui ne se serait jamais manifesté cliniquement (surdiagnostic).

Pour ces raisons, EviPrev recommande de réaliser une mammographie de dépistage chez les femmes âgées de 50 à 75 ans, après avoir discuté avec elles des avantages et des risques ; voir à ce sujet
https://www.pepra.ch/fr/eviprev#outils-daide-a-la-decision-pour-le-patient

Les femmes présentant un risque accru de cancer du sein devraient consulter et se faire dépister précocement si :

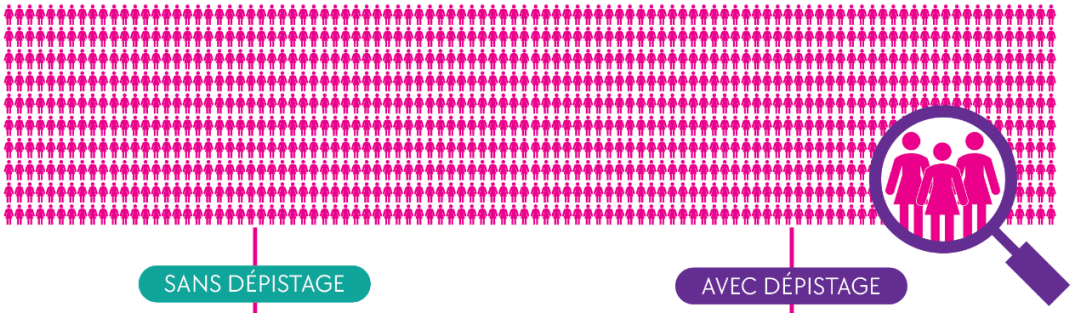
- elles sont porteuses d'une mutation des gènes BRCA1 ou BRCA2
- une parente au premier degré (mère, fille ou sœur) a des antécédents de cancer du sein
- ont des antécédents personnels de cancer du sein, de carcinome lobulaire in situ ou d'hyperplasie atypique
- ont des antécédents personnels de radiothérapie locale

En Suisse, de nombreux cantons ont mis en place des programmes de dépistage proposés aux femmes âgées de 50 à 74 ans. Les différentes offres de dépistage par canton sont disponibles sur ce site web : www.swisscancerscreening.ch/fr

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

DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE

Sur 1.000 femmes asymptomatiques suivies pendant 20 ans de 50 à 70 ans



SANS DÉPISTAGE

AVEC DÉPISTAGE

250
femmes doivent faire examiner une mammographie anormale

55
femmes reçoivent un diagnostic de cancer du sein

20
femmes meurent de leur cancer du sein

35
femmes ne meurent pas de leur cancer du sein

65
femmes reçoivent un diagnostic de cancer du sein

16
femmes meurent de leur cancer du sein

49
femmes ne meurent pas de leur cancer du sein

Pour 10
des 49 femmes, il s'agit d'un surdiagnostic. Ce sont des cas de cancer qui n'auraient peut-être pas eu de conséquences sur leur santé.

4
décès de moins par cancer du sein dans le groupe soumis au dépistage

LE DÉPISTAGE PAR MAMMOGRAPHIE

permet d'éviter 4 décès par cancer du sein

engendre 10 cas de surdiagnostic*

dans un groupe de 1000 femmes participant à un programme de suivi sur vingt ans entre 50 et 70 ans.

*Il est impossible de dire de quelles femmes il s'agit. Elles pourraient subir des traitements inutiles, des inquiétudes et d'éventuelles complications.

Source: Swiss Cancer Screening, 'Dépistage en chiffres', 2020
(Modèle basé sur des données internationales et du programme suisse de dépistage)
Visualisation adaptée d'un modèle de Cancer Research UK.

Cancer de la prostate (34-43)

Les données relatives à l'efficacité du dépistage précoce du cancer de la prostate par le test PSA montrent un impact limité sur la mortalité, associé à des risques importants de surdiagnostic.

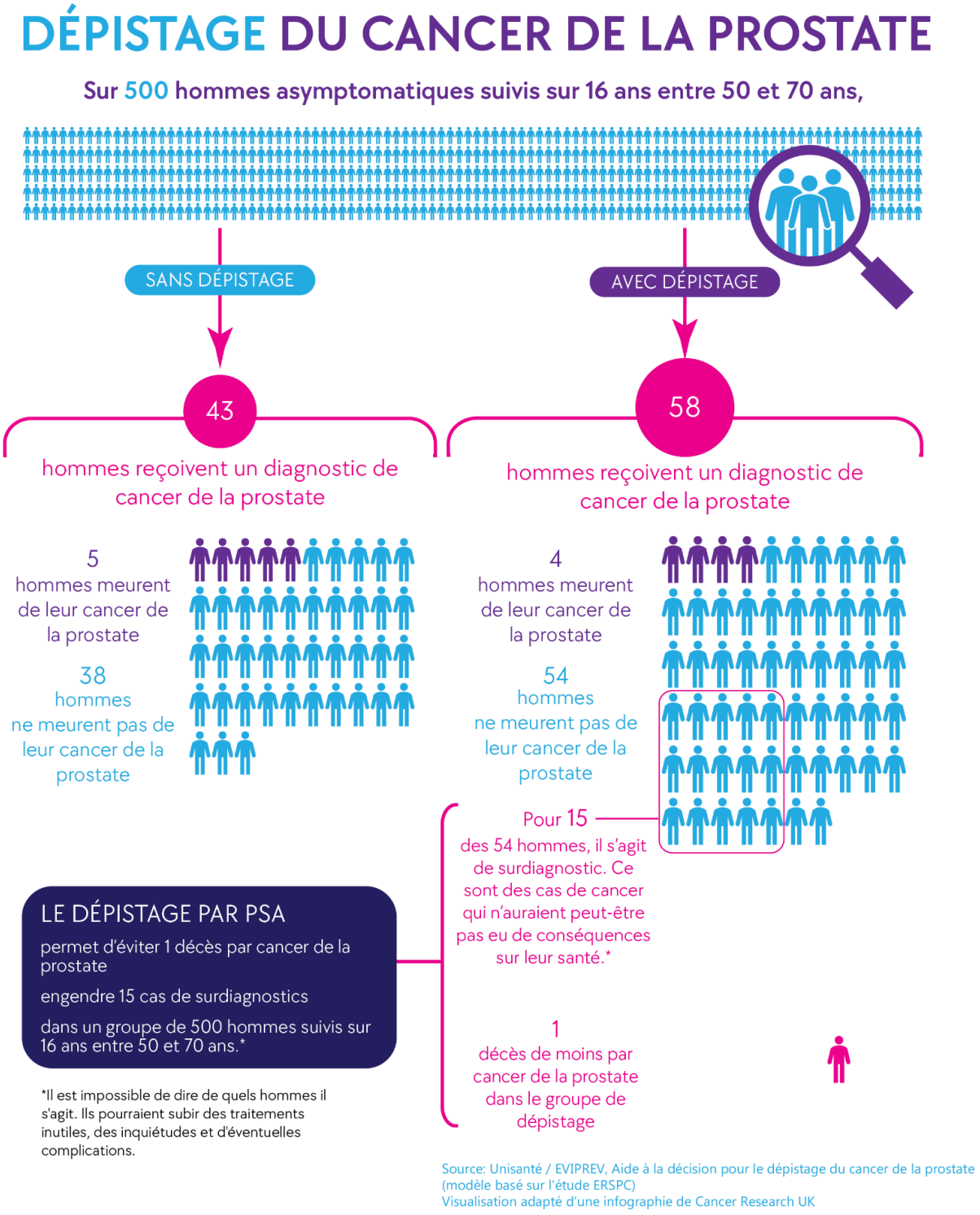
L'USPSTF recommande, pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, un dépistage du cancer de la prostate par dosage de l'antigène prostatique spécifique (PSA) de manière individualisée, dans le cadre d'une prise de décision participative (*recommandation faible*).

Les résultats des essais cliniques montrent un bénéfice relativement faible pour le dépistage du cancer de la prostate par le dosage du PSA . De plus, il existe de grandes divergences entre les recommandations des organismes internationaux concernant le début du dépistage (âge), le premier examen, la fréquence des contrôles et les examens complémentaires en cas de résultat positif. Il n'est donc pas possible, à l'heure actuelle, de formuler une recommandation claire fondée sur des données probantes.

Une étude américaine n'a montré aucune réduction significative de la mortalité spécifique liée au cancer de la prostate chez les participants ayant bénéficié d'un dépistage par dosage du PSA. Il convient toutefois de noter le taux très élevé de personnes ayant finalement subi un test PSA dans le groupe témoin (jusqu'à 90 %), ce qui suggère une éventuelle « contamination » de ce groupe et réduit la différence dans les résultats des deux groupes. Une étude britannique plus récente, dans laquelle des personnes ayant subi un test PSA unique ont été suivies pendant 10 ans, n'a pas non plus mis en évidence de différence significative par rapport au groupe témoin, dans lequel le taux de contamination était estimé entre 10 et 15 %. Une étude européenne a en revanche conclu que le dépistage entraînait une légère baisse de la mortalité. Sur la base de cette étude, on estime que sur 500 hommes soumis à un dépistage du cancer de la prostate tous les 2 à 4 ans pendant 16 ans, 58 recevront un diagnostic de cancer de la prostate et 4 en mourront. Sans dépistage, 43 hommes recevront un diagnostic de cancer de la prostate et 5 en mourront. Si 500 hommes sont soumis à un dépistage du cancer de la prostate, un décès dû à cette maladie peut être évité. Un outil d'aide à la décision permet d'expliquer plus facilement les enjeux d'un tel dépistage : EviPrev et les aides à la décision | PEPra.

La fréquence des contrôles dépend du taux de PSA et varie entre 1 et 4 ans. Le dépistage systématique du cancer de la prostate n'est pas recommandé chez les hommes âgés de 70 ans ou plus.

Un dépistage ciblé est indiqué chez les hommes présentant un risque accru de cancer de la prostate, c'est-à-dire chez ceux dont un membre de la famille (père, frère, fils) a développé un cancer de la prostate avant l'âge de 65 ans, ainsi que chez les hommes originaires d'Afrique subsaharienne et des Antilles.



Cancer du poumon (44-49)

Le dépistage par tomodensitométrie à faible dose chez les fumeurs (fumeurs actuels ou anciens ayant accumulé > 15 paquets années, âgés de 50 à 75 ans) peut réduire la

mortalité. Plusieurs questions restent toutefois en suspens, telles que le nombre élevé de résultats faussement positifs, la fréquence des examens, les coûts et l'impact sur la motivation à arrêter de fumer.

L'USPSTF recommande un dépistage annuel par tomodensitométrie à faible dose chez les personnes asymptomatiques âgées de 50 à 80 ans qui fument ou qui ont arrêté de fumer il y a moins de 15 ans, qui ont accumulé ≥ 20 paquets-années et qui ne présentent aucune comorbidité mettant en danger leur survie (*recommandation modérée*). Le relèvement de la limite d'âge supérieure de 75 à 80 ans repose toutefois exclusivement sur des études de modélisation, car aucune personne âgée de plus de 75 ans n'a été incluse dans les essais cliniques randomisés.

En Suisse, le Comité d'experts pour le dépistage du cancer a recommandé en 2022 que le dépistage du cancer du poumon soit proposé à la population à risque, de préférence dans le cadre de programmes organisés capables de garantir la qualité et l'égalité de traitement. Actuellement (2026), il n'existe toutefois ni programmes cantonaux ni prise en charge de cet examen par l'assurance maladie obligatoire. Un projet pilote est en cours dans le canton de Vaud et au Tessin afin d'évaluer la mise en place d'un programme cantonal. Le recrutement est terminé, le suivi est en cours.

Si un dépistage individuel du cancer du poumon est envisagé, la personne doit être informée des avantages potentiels, mais aussi du risque de résultats faussement positifs, qui nécessitent des examens complémentaires ou des interventions invasives. C'est également l'occasion d'encourager l'arrêt du tabac.

Un outil d'aide à la décision est disponible: https://www.pepra.ch/fr/eviprev#outils-daide-a-la-decision-pour-le-patient et *www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision* Ce dépistage n'est pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Dépistages cardio-vasculaires (50)

Les recommandations relatives au dépistage des facteurs de risque cardiovasculaires sont expliquées plus en détail ci-après. Elles diffèrent entre l'USPSTF et les différentes sociétés spécialisées telles que l'AGLA.

EviPrev recommande de calculer le risque cardiovasculaire à partir de 40 ans. Ce calcul prend en compte différents paramètres (âge, sexe, tension artérielle systolique, LDL, HDL et triglycérides, diabète, tabagisme actif, antécédents d'infarctus du myocarde chez les parents, grands-parents ou frères et sœurs avant l'âge de 60 ans, poids). Différents scores peuvent être utilisés pour l'évaluation du risque, tels que le score de risque AGLA ou PREVENT.

Compte tenu du manque de données probantes concernant l'utilité d'un dosage de la Lp(a) et de l'absence d'options thérapeutiques disponibles pour réduire la Lp(a), EviPrev recommande, sur la base des données actuelles, de ne pas mesurer ni intégrer la Lp(a) dans la stratification du risque cardiovasculaire.

Une évaluation précoce et individualisée est recommandée chez les personnes présentant les facteurs de risque suivants :

- Antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire précoce survenue chez des parents au premier degré (parents, frères et sœurs, enfants) avant l'âge de 65 ans chez les femmes et avant l'âge de 55 ans chez les hommes.
- Dyslipidémie familiale
- Facteurs de risque cardiovasculaire accrus (par exemple : tabagisme, hypertension artérielle, diabète, hyperlipidémie, obésité,...)

En cas d'évaluation de faible risque cardiovasculaire, EviPrev ne recommande pas de dépistage de la maladie coronarienne par ECG de repos ou ECG d'effort. Le score calcique et l'angiographie coronarienne par tomodensitométrie permettent certes, d'après les données actuelles, une meilleure stratification du risque, mais les données probantes concernant une réduction de la maladie coronarienne restent insuffisantes pour étayer une recommandation en faveur du dépistage par ces méthodes.

Hypertension artérielle (51-53)

Un dépistage de l'hypertension artérielle est recommandé chez tous les adultes âgés de 18 ans et plus (*recommandation forte*). Une mesure tous les trois ans est recommandée lorsque la tension artérielle est normale (< 130/85) chez les personnes âgées de 18 à 39 ans. À partir de 40 ans ou en présence de facteurs de risque cardiovasculaires, le contrôle doit être effectué chaque année.
Il est recommandé de confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle en cabinet par des mesures ambulatoires, par exemple au moyen d'une analyse de la pression artérielle sur 24 heures ou de mesures effectuées par la personne elle-même à l'aide d'un tensiomètre personnel (3 mesures le matin et le soir pendant 3 jours ; il est important d'utiliser une méthode de mesure correcte)

En cas d'hypertension légère ou modérée, le calcul du risque cardiovasculaire peut aider à discuter avec la personne de la nécessité de commencer un traitement.

Obésité et surpoids (54)

Il est recommandé d'assurer un suivi intensif et individualisé des personnes présentant un IMC ≥ 30 kg/m², en particulier en présence d'un autre facteur de risque cardiovasculaire, ou de les orienter vers un centre spécialisé (*recommandation modérée*).
L'obésité constitue un facteur de risque cardiovasculaire qui a un impact particulièrement important sur la morbidité et la mortalité lorsqu'il s'accompagne d'un autre facteur de risque cardiovasculaire.
Ces recommandations ne s'appliquent pas aux personnes âgées, et en particulier à celles touchées par la fragilité (ce que l'on appelle le « paradoxe de l'obésité »).

EviPrev s'abstient de formuler des recommandations spécifiques concernant la prise en charge des personnes présentant une insuffisance pondérale ou une cachexie, car les données disponibles sur le dépistage de ces états en l'absence d'autres maladies somatiques ou psychiques sont jugées insuffisantes.

Dyslipidémie (55-57)

EviPrev recommande une première évaluation du risque cardiovasculaire, comprenant un bilan lipidique, à partir de 40 ans. Cette évaluation du risque doit être effectuée plus tôt et de manière individualisée chez les personnes à risque qui :

- présentent des symptômes d'une maladie athéroscléreuse/cardiovasculaire
- ont des antécédents familiaux de maladies cardiovasculaires ou d'hyperlipidémie
- présentent des facteurs de risque cardiovasculaires marqués ou des comorbidités associées à un risque cardiovasculaire élevé (par exemple, insuffisance rénale chronique, tabagisme actif).

En fonction du profil de risque cardiovasculaire, Eviprev recommande un intervalle de dépistage de 2 à 5 ans.

EviPrev n'a pas pour objectif de formuler des recommandations thérapeutiques spécifiques en cas d'anomalies identifiées. Les recommandations concernant les seuils à partir desquels un traitement hypolipidémiant doit être instauré et les objectifs visés varient considérablement d'une ligne directrice à l'autre.

USPSTF :

- Selon l'USPSTF, il est recommandé de commencer un traitement hypolipidémiant chez les personnes âgées de 40 à 75 ans présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire (dyslipidémie, diabète sucré, hypertension artérielle, tabagisme) et un
- risque calculé sur 10 ans d'événements cardiovasculaires ≥ 10 % (recommandation modérée).
- Chez les personnes âgées de 40 à 75 ans présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire, mais dont le risque calculé sur 10 ans d'événement cardiovasculaire

se situe entre 7,5 et 10 %, les bénéfices d'un traitement par statines n'ont pas été évalués dans le cadre d'essais randomisés. L'USPSTF recommande de discuter de la prise d'une statine avec les personnes concernées (recommandation faible). Dans d'autres situations

- (par exemple, risque < 7,5 %, absence de facteur de risque), des mesures liées au mode de vie sont recommandées.
- Chez les personnes âgées de plus de 75 ans ne présentant pas de maladie cardiovasculaire préexistante, les données sont insuffisantes pour évaluer le bénéfice d'un traitement hypolipidémiant.

AGLA :

- L'AGLA classe les personnes en 3 catégories de risque : « risque faible à modéré », « risque élevé » et « risque très élevé ».
- Selon le score/algorithme de risque de l'AGLA, une personne ne présentant ni diabète de type 2 ni insuffisance rénale chronique est classée dans la catégorie « risque faible » si le
- risque sur 10 ans est inférieur à 2,5 % chez les personnes âgées de moins de 50 ans et inférieur à 5 % chez
- les personnes âgées de 50 à 69 ans.
- L'AGLA recommande en principe un traitement à partir du « risque élevé ». Pour la classification spécifique des risques chez les personnes atteintes de diabète sucré, d'une maladie rénale chronique, d'antécédents de maladie cardiovasculaire ou d'hypercholestérolémie familiale, nous renvoyons aux recommandations complètes de l'AGLA.

D'autres recommandations, telles que les PEER Simplified Guidelines 2023, s'appuient sur des seuils encore plus hauts selon le risque cardiovasculaire calculé à 10 ans (voir lien ci-dessous)

Ressources utiles pour la pratique clinique :

L'outil d'aide à la décision développé par la Mayo Clinic favorise une prise de décision participative concernant la mise en place d'un tel traitement en prévention primaire (en anglais) :

- Statin Decision Aid (Mayo Clinic).
- https://www.medix.ch/fr/connaissances/guide-des-bonnes-pratiques/https://agla.ch/fr/recommandations
- Recommandations Athérosclérose (GSLA)
- PEER Simplified Guidelines 2023

Diabète (58, 59)

Eviprev recommande un dépistage du diabète à partir de 40 ans. Un dépistage plus précoce peut être proposé en cas d'IMC > 25 kg/m² ou d'autres facteurs de risque de diabète. En fonction du profil de risque cardiovasculaire, Eviprev recommande un intervalle de dépistage de 1 à 3 ans.

Dans le cadre de l'évaluation du risque cardiovasculaire, l'USPSTF recommande le dépistage du diabète chez les adultes en surpoids ou obèses âgés de 35 à 70 ans (IMC ≥ 25 kg/m²) (*recommandation modérée*).

Selon les dernières recommandations de l'American Diabetes Association, les tests admissibles pour le dépistage du diabète sont, au choix, la glycémie plasmatique veineuse à jeun, l'hémoglobine glyquée (HbA1c) ou le test de tolérance au glucose par voie orale.

Ressources utiles:

- www.agla.ch/fr/recommandations
- www.diabetesuisse.ch

Anévrisme de l'aorte abdominale (60)

Il est recommandé de réaliser une échographie abdominale unique à la recherche d'un anévrisme de l'aorte abdominale chez les hommes âgés de 65 à 75 ans qui sont fumeurs ou anciens fumeurs (*recommandation modérée*).

Ce dépistage doit faire l'objet d'une discussion au cas par cas chez les hommes âgés de 65 à 75 ans qui n'ont jamais fumé (*recommandation faible*).

Les données disponibles ne sont pas suffisantes pour recommander ou déconseiller ce dépistage chez les femmes fumeuses ou anciennes fumeuses âgées de 65 à 75 ans.

Dépistage des maladies infectieuses

EviPrev s'appuie sur les recommandations de l'OFSP concernant le dépistage du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). L'OFSP encourage le conseil et le dépistage (volontaires ou encouragés par le corps médical) du VIH et d'autres IST. La promotion du dépistage volontaire des IST (y compris le VIH) ne cesse de s'intensifier depuis la publication du Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles dans les centres hospitaliers et les centres de consultation en santé sexuelle. EviPrev et l'OFSP recommandent, lors d'un dépistage du VIH ou d'une IST, de toujours procéder à une anamnèse sur le comportement sexuel ainsi qu'à un accompagnement avant et après le dépistage.

Le dépistage offre l'occasion de donner des conseils sur la prévention d'autres maladies sexuellement transmissibles.

- Dépistages et conseils (admin.ch)
- www.lovelife.ch/fr/hiv-co/
- www.aids.ch/fr/

Liste détaillée et fréquence du dépistage : « Guide Safer Sex » destiné aux professionnels du conseil et de la prévention.

Il convient de noter que toutes les IST répertoriées dans le tableau (VIH, syphilis, chlamydia, gonocoques, hépatite B et hépatite C) sont des maladies infectieuses à déclaration obligatoire :
www.bag.admin.ch/fr/maladies-infectieuses-a-declaration-obligatoire

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) (61-63)

EviPrev se réfère aux recommandations de l'OFSP concernant le dépistage du VIH.

Selon l'USPSTF, le dépistage de l'infection par le VIH est recommandé chez toutes les personnes sexuellement actives âgées de moins de 65 ans et chez les personnes plus âgées présentant un risque accru d'infection (*recommandation forte*). Ce dépistage est recommandé pour toutes les femmes enceintes (*recommandation forte*).

L'OFSP encourage le conseil et le dépistage du VIH (volontaires ou proposés par le corps médical). Un test de dépistage du VIH peut être proposé à l'initiative du médecin même en l'absence d'indications cliniques (conseil et dépistage à l'initiative du prestataire, ou PICT) ou à la demande de la personne concernée. Le test rapide de dépistage du VIH de 4e génération permet de détecter une infection par le VIH au plus tôt deux semaines après une situation à risque et de confirmer l'absence d'infection six semaines après une telle situation. À cette occasion, le médecin doit donner des conseils sur la prévention des infections sexuellement transmissibles. Le test peut également être effectué 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 volontaires du VIH.

Le dépistage doit être proposé et renouvelé en fonction des facteurs de risque, en particulier chez les personnes appartenant à un groupe présentant un risque accru d'infection :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- les personnes transgenres ;
- risque accru : partenaires sexuels multiples, pratiques sexuelles présentant un risque élevé de transmission, rapports sexuels avec des personnes issues de groupes particulièrement touchés
- travailleurs et travailleuses du sexe ;
- les consommateur·rice·s de drogues par voie intraveineuse (anciens ou actuels) ;
- les personnes ayant des liens avec des pays à forte prévalence de l'infection (par exemple, l'Afrique subsaharienne).

Il convient de noter que l'infection par le VIH est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire : *www.bag.admin.ch/fr/maladies-infectieuses-a-declaration-obligatoire*

Syphilis (64, 65)

EviPrev se réfère aux recommandations de l'OFSP concernant le dépistage de la syphilis.

L'OFSP encourage le dépistage de la syphilis (volontaire ou initié par un médecin) en fonction des facteurs de risque, en particulier chez les personnes appartenant à un groupe présentant un risque accru d'infection :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- les personnes transgenres ;
- risque accru : partenaires sexuels multiples, pratiques sexuelles présentant un risque élevé de transmission, rapports sexuels avec des personnes issues de groupes particulièrement touchés ;
- travailleurs et travailleuses du sexe

Chlamydia et gonorrhée (66-70)

EviPrev se réfère aux recommandations de l'OFSP concernant le dépistage de la chlamydia.

L'OFSP encourage le dépistage (volontaire ou initié par un médecin) de la chlamydia et de la gonorrhée en fonction des facteurs de risque, en particulier chez les personnes appartenant à un groupe présentant un risque accru d'infection :

- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ;
- les personnes transgenres
- risque accru : partenaires sexuels multiples, pratiques sexuelles à haut risque, rapports sexuels avec des personnes issues de groupes particulièrement touchés
- travailleurs et travailleuses du sexe

Le diagnostic est établi par PCR urinaire à partir du premier jet d'urine ou par frottis pharyngé, anal et/ou du méat urétral, du vagin ou du col de l'utérus, en fonction des pratiques sexuelles. Chez les femmes, le diagnostic est idéalement posé à l'aide d'un frottis vaginal ou cervical, qui est plus sensible que l'analyse de la première urine. Le dépistage doit s'accompagner d'une consultation sur la prévention des IST.

Hépatite B (VHB) (71-74)

EviPrev se réfère aux recommandations de l'OFSP concernant le dépistage de l'hépatite B.

Un dépistage systématique de l'infection par l'hépatite B (antigène HBs et anticorps anti-HBc) au sein de la population générale n'est pas recommandé, car la prévalence de l'infection est relativement faible et la plupart des personnes infectées ne développeront pas d'infection chronique.Un dépistage du VHB est recommandé chez les personnes à haut risque (*recommandation modérée*) :

- les personnes nées dans une région à forte prévalence du VHB (> 2 %) ou qui n'ont pas été vaccinées à la naissance et dont les parents sont nés dans une région à forte prévalence (> 8 %) ;
- les personnes séropositives pour le VIH
- les consommateurs de drogues
- les personnes incarcérées
- les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

- les personnes vivant sous le même toit ou ayant des rapports sexuels avec une autre personne chez laquelle une infection par le VHB est avérée
- les personnes sous hémodialyse
- les personnes suivant un traitement immunosuppresseur ou cytotoxique

L'OFSP et l'USPSTF (recommandation forte) recommandent également ce dépistage pour les groupes de population suivants :

- les femmes enceintes
- les groupes à forte prévalence : les consommateurs de drogues et les personnes vivant sous le même toit qu'une personne infectée ou provenant de régions à forte prévalence.

Hépatite C (VHC) (74-76)

EviPrev se réfère aux recommandations de l'OFSP concernant le dépistage de l'hépatite C.

En Suisse, l'OFSP suit une approche de dépistage ciblée, qui s'appuie sur les facteurs de risque individuels actuels ou passés et sur la situation clinique. Le dépistage du VHC est recommandé pour les groupes de population suivants :

- les consommateurs de drogues actuels ou anciens
- les personnes ayant reçu une transfusion sanguine ou une greffe d'organe avant 1992
- les personnes ayant reçu des produits sanguins avant 1987 (par exemple, les hémophiles)
- les personnes souffrant d'insuffisance rénale sous hémodialyse (reins artificiels)
- les personnes originaires d'Asie centrale et orientale, d'Afrique du Nord, des pays d'Europe de l'Est, de France et d'Italie
- les partenaires sexuels de personnes infectées par le virus de l'hépatite C
- les personnes séropositives pour le VIH
- les personnes présentant une élévation des transaminases lors du prélèvement sanguin
- les personnes ayant subi un tatouage ou un piercing dans des conditions non stériles
- travailleurs et travailleuses du sexe

Le réseau Stratégie Hépatite Suisse recommande toutefois que les personnes nées entre 1950 et 1985 subissent un dépistage de l'hépatite C une fois dans leur vie.

Autres dépistages

Dépression et troubles anxieux (77, 78)

Un dépistage opportuniste de la dépression est recommandé pour tous les adultes, y compris les femmes enceintes et celles en post-partum (*recommandation modérée*). Ce dépistage devrait être réalisé dans le cadre d'un système de soins offrant des possibilités de traitement et de suivi.

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

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

Chez tout adulte répondant « oui » à l'une de ces questions, il convient d'envisager la possibilité d'un épisode dépressif sévère (sensibilité d'environ 90 %, spécificité d'environ 65 %).

Le dépistage des troubles anxieux en cabinet médical peut s'avérer complexe, car si les symptômes anxieux sont fréquents, ils peuvent souvent être masqués par des troubles somatiques (troubles du sommeil, fatigue inexpliquée, douleurs diffuses, etc.). En fonction de la situation de la personne concernée, différentes échelles peuvent faciliter le diagnostic :

- Generalized Anxiety Disorder (GAD)
- Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS), Subskala Angst
- Geriatric Anxiety Scale (GAS)
- Geriatric Anxiety Inventory (GAI)

Violence domestique (79-81)

EviPrev recommande notamment, à l'égard des femmes et des personnes en situation de vulnérabilité accrue, d'adopter une approche proactive en matière de dépistage de la violence domestique et, le cas échéant, de les orienter vers des services spécialisés (*recommandation modérée*).

Selon l'USPSTF, les données disponibles à partir de 50 ans ne sont pas suffisantes pour recommander un dépistage systématique chez les femmes en âge de procréer, même si l'USPSTF estime que le nombre de cas non signalés de violence domestique est élevé chez les personnes âgées et vulnérables. La violence domestique reste souvent non détectée et touche, selon les estimations, 10 à 20 % des femmes, la grossesse et la naissance d'un enfant figurant parmi les principaux événements déclencheurs de violence.

Bien que les données probantes relatives au dépistage de la violence domestique en médecine générale suisse soient globalement limitées – en particulier chez les femmes de plus de 50 ans –, EviPrev souligne que les méthodes d'évaluation classiques telles que les essais contrôlés randomisés ne sont ici que partiellement adaptées, car elles ne permettent pas de refléter de manière exhaustive les situations sociales et les interventions qui s'y rapportent. Compte tenu de l'importance majeure de ce sujet ainsi que de ses graves conséquences sociales et sanitaires, EviPrev recommande un dépistage chez toutes les femmes, en particulier en présence de certains facteurs de risque :

- Abus de substances (alcool, drogues)
- Problèmes de santé mentale (SSPT, dépression, risque d'automutilation, trouble de la personnalité borderline)
- Expériences de violence durant l'enfance
- Antécédents de violence conjugale (dans la relation actuelle ou une relation antérieure)

- Autres formes de violence dans la relation (violence psychologique, violence sexuelle, harcèlement) ou comportement contrôlant de la part du partenaire

De plus, plusieurs signaux d'alerte peuvent apparaître :
- Troubles chroniques sans cause physique identifiable
- Douleurs non spécifiques
- Blessures qui ne correspondent pas à l'explication donnée quant à leur origine
- Blessures diverses datant de périodes différentes
- Traumatismes physiques survenus pendant la grossesse
- Comportement anormal des personnes accompagnantes
- Problèmes psychiques (symptômes de stress, pensées suicidaires, troubles alimentaires, troubles cognitifs, addictions)
- Changements fréquents de médecin généraliste ou de médecin traitant.

Ressources utiles:
https://www.aide-aux-victimes.ch/fr/
Brochure : Identifier, Documenter et traiter la violence domestique

Ostéoporose et risque élevé de fracture (82-85)

EviPrev s'abstient de formuler une recommandation claire en faveur ou contre le dépistage de l'ostéoporose.

L'Association suisse contre l'ostéoporose recommande une ostéodensitométrie dans les cas suivants :
- fracture vertébrale spontanée ou fracture consécutive à un traumatisme bénin
- fracture périphérique consécutive 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 manière systématique, mais doit être discuté au cas par cas après évaluation des facteurs de risque éventuels. L'outil « FRAX » peut être utilisé pour évaluer le risque de fracture à 10 ans, mais il présente des limites importantes dont il convient de tenir compte lors de son utilisation clinique. Ainsi, FRAX ne prend en compte ni le nombre ni la gravité des fractures antérieures, sous-estime le risque chez les personnes ayant subi plusieurs fractures et ne tient pas compte des antécédents de chutes (l'un des principaux facteurs de risque). La posologie et la durée d'un éventuel traitement par corticostéroïdes sont également représentées de manière incomplète, ce qui limite son applicabilité dans le suivi clinique.

Le score DVO (Dachverband Osteologie – association faîtière d'ostéologie allemande) et le calculateur de risque TOP de la Ligue suisse contre le rhumatisme constituent des outils complémentaires pour une évaluation différenciée du risque (tous deux en allemand). Contrairement au FRAX, ces deux scores prennent en compte un éventail plus large de facteurs de risque cliniquement pertinents et permettent ainsi une décision individuelle en matière de diagnostic et, le cas échéant, de traitement.

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

- Ostéoporose ou fracture suite à un traumatisme minime
- Traitement de longue durée par corticostéroïdes (> 3 mois) ou hypogonadisme
- Maladie digestive associée à un syndrome de malabsorption (maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie cœliaque)
- Hyperparathyroïdie primaire
- Hypogonadisme
- Ménopause précoce (< 42 ans)
- Ostéogenèse imparfaite
- VIH

Ressources utiles :

- TOP Risikorechner (en allemand): https://www.osteorheuma.ch/top/
- FRAX: frax.shef.ac.uk/FRAX/tool.aspx?country=15
- DVO Risikorechner (en allemand): https://osteoporose.bvou.net/

Vaccinations (86)

Les recommandations vaccinales se réfèrent au plan de vaccination suisse 2026 de l'OFSP.

https://www.bag.admin.ch/fr/plan-de-vaccination-suisse

Références

1. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Recommendations for Primary Care Pratice. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations.
2. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Grade definitions. 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. Ärztliche Rauchstoppberatung. Die Dokumentation für die Praxis. Frei von Tabak, Nationales Rauchstopp Programm, Bern 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. Office fédéral de la santé publique. Définition Consommation problématique d'alcool- 2018. https://www.bag.admin.ch/fr/consommation-problematique-dalcool
7. Loeb P, Stoll B, Weil B. Kurzinterventionen bei Patienten mit risikoreichem Alkoholkonsum. Ein Leitfaden für Ärzte und Fachleute in der Grundversorgung. EMH Media Bern 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. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Coker TR, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Disease Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2022;328(4):367-74.
10. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2020;324(20):2069-75.
11. US Preventive Services Task Force. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2024;332(1):51–57. doi:10.1001/jama.2024.8481
12. Bundesamt für Sport BASPO, Bundesamt für Gesundheit BAG, Gesundheitsförderung Schweiz, Beratungsstelle für Unfallverhütung BFU, HEPA Schweiz. Bewegungsempfehlungen. Magglingen: BASPO 2022
13. Société Suisse de Nutrition. Recommandations nutritionnelles suisses pour les adultes. (sge-ssn.ch).
14. 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. 2020;324(7):674-81.
15. Office fédéral de la santé publique. Infections sexuellement transmissibles. (admin.ch)
16. 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.
17. Office fédéral de la santé publique. Soleil et rayonnement UV (admin.ch).
18. Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Dépistage des cancers en pratique clinique: une place privilegiée pour le partage de la décision. Revue médicale suisse. 2010;6(256):1410-4.
19. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev. 2017;4:Cd001431.

20. 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. 2018;320(7):674-86.
21. Expertenausschuss für Krebsfrüherkennung. Empfehlungen des Expertengremiums Krebsfrüherkennung zum Gebärmutterhalskrebs-Screening (08.2021). https://cancerscreeningcommittee.ch/fr/themes/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/
22. Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Empfehlungen für die Gebärmutterhalskrebsvorsorge Expertenbrief Nr. 50. 2018.
23. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2021;325(19):1965-77.
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. Truningera K, Luglic A, Köberle D. Revidierte Konsensus-Empfehlungen. Nachsorge nach koloskopischer Polypektomie und Therapie des kolorektalen Karzinoms. Swiss Medical Forum 2022:349-355.
26. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Ann Intern Med. 2016;164(4):279-96.
27. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. Br J Cancer. 2013;108(11):2205-40.
28. Keating NL, Pace LE. Breast Cancer Screening in 2018: Time for Shared Decision Making. Jama. 2018;319(17):1814-5.
29. 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. Ann Intern Med. 2016;164(4):244-55.
30. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. JAMA Intern Med. 2014;174(3):448-54.
31. Biller-Andorno N, Juni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. N Engl J Med. 2014;370(21):1965-7.
32. Swiss Medical Board. Dépistage systématique par mammographie (2013). Rapport du 15 décembre 2013
33. Swiss Cancer Screening. Le dépistage systématique du cancer du sein en chiffres. Swiss Cancer Screening.
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. 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 TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. Eur Urol. 2019;76(1):43-51.
37. Swiss Medical Board. Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate (2011). Rapport du 31 octobre 2011.
38. Gasser T, Iselin C, Jichlinksi P et al. PSA-Bestimmung. Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Urologie (SGU). Swiss medical Forum 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. J Natl Cancer Inst. 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. 2018;319(9):883-95.
43. Hugosson J, Månsson M, Wallström J, Axcrona U, Carlsson SV, Egevad L, et al. Prostate Cancer Screening with PSA and MRI Followed by Targeted Biopsy Only. The New England journal of medicine. 2022;387(23):2126-37.
44. 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. 2021;325(10):962-70.
45. 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. N Engl J Med. 2020;382(6):503-13.
46. Cancer Screening Committee. Lungenkrebs-Screening mittels LDCT. Appraisal report 2022. Lungenkrebs-Screening mittels LDCT | Cancer Screening Committee
47. Cancer Screening Committee. Dépistage du cancer du poumon par LDCT. https://cancerscreeningcommittee.ch/fr/themes/depistage-du-cancer-du-poumon-par-ldct/
48. Nicod LP, Soccal PM. Une étape décisive pour le dépistage du cancer pulmonaire. Editorial. Rev Med Suisse 2018; volume 14. 2043-2044.
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. Groupe de travail Suisse sur les lipides et l'athérosclérose AGLA/GSLA.(agla.ch/fr).
51. 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. 2021;325(16):1650-6.
52. 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. J Hypertens. 2018;36(12):2284-309.
53. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. J Hypertens. 2020;38(6):982-1004.
54. 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.
55. US Preventive Services Task Force. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2022;328(8):746–753. doi:10.1001/jama.2022.13044
56. Rodondi N, Waeber G. Dyslipidämien: Wie sind die neuen Empfehlungen in der Praxis anzuwenden? Editorial. Swiss Med Forum, 2018;18:973-974. Swiss Med Forum
57. 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.
58. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2021;326(8):736-43.
59. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. Diabetes Care. 2022;45(Suppl 1):S17-s38.
60. 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. 2019;322(22):2211-8.

61. 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. 2019;321(23):2326-36.
62. Office fédéral de la santé publique. Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins. Bull 21. OFSP 2015: 375-9. https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/py99oROqt8wF/art12d-Abs1-bst-a-hiv-test-richtlinie-indikatorerkrankungen-vom-18052015.pdf
63. 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.
64. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmow D, Coker TR, et al. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. Jama. 2022;328(12):1243-9.
65. Office fédéral de la santé publique OFSP. Syphilis. https://www.bag.admin.ch/fr/syphilis-fr
66. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2021;326(10):949-56.
67. Office fédéral de la santé publique OFSP. Chlamydiose. https://www.bag.admin.ch/fr/chlamydiose-2
68. Salamin P, Kraege V, Greub G. Quel test pour Chlamydia trachomatis ? Forum Med Suisse. 2020;20(5152):788-790.
69. Notter J, Frey Tirri B, Bally F et al. Sexuell übertragene Infektionen mit Chlamydia trachomatis. Forum Med Suisse 2017;11(34):705-711.
70. Office fédéral de la santé publique OFSP. Gonorrhée (chaude-pisse). https://www.bag.admin.ch/fr/gonorrhee-chaude-pisse
71. 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. 2020;324(23):2423-36.
72. Office fédéral de la santé publique OFSP, Plan de vaccination suisse 2026. https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/Oj0BSN-w-Ggs/Plan%20de%20vaccination%20suisse_2026_FR_Web_final%20(3).pdf
73. 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.
74. Hépatite Suisse. Quand dois-je me faire tester ? https://fr.hepatitis-schweiz.ch/tester-et-traiter/tester/.
75. 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. 2020.
76. Office fédéral de la santé publique OFSP. Hépatite C. https://www.bag.admin.ch/fr/hepatite-c
77. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. J Gen Intern Med. 1997;12(7):439-45.
78. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davidson KW, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2023;329(23):2057-67.
79. 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. 2018;320(16):1688-701.
80. Office fédéral de la santé publique OFSP. Professions de la santé et lutte contre la violence domestique et la violence envers les femmes. 2024. https://www.bag.admin.ch/fr/professions-de-la-sante-et-lutte-contre-la-violence-domestique-et-la-violence-envers-les-femmes

81. 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.
82. Kahwati LC, Kistler CE, Booth G, Sathe N, Gordon R, Cox A, Okah E, Wines RC, Viswanathan M. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 238. AHRQ Publication No. 23-05312-EF-1. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2025.
83. Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R. FRAX assessment of osteoporotic fracture probability in Switzerland. Osteoporos Int. 2010;21(3):381-9.
84. BAG, Gesamtliste Anhang 1 KLV per 1. Januar 2026, https://www.bag.admin.ch/de/anhang-1-der-krankenpflege-leistungsverordnung-klv
85. Schmid G, Häuselmann HJ, Egloff N, Melzer R, Schmid L, Update Rheumatologie 2022 «Osteoporose – wie verhindere ich die nächste Fraktur?», Rheumaliga Schweiz.
86. Office fédéral de la santé publique OFSP, Plan de vaccination suisse 2026. https://www.bag.admin.ch/dam/fr/sd-web/Oj0BSN-w-Ggs/Plan%20de%20vaccination%20suisse_2026_FR_Web_final%20(3).pdf