

Mise à jour 2021

Recommandations suisses pour le bilan de santé au cabinet médical

Dr méd. Isabelle Jacot Sadowski^a; Anne Boesch^a, médecin diplômée; Andreas Biedermann^b, médecin diplômé; Prof. Dr méd. Reto Auer^c; Prof. Dr méd. Edouard Battegay^d; Prof. Dr méd. Idris Guessous^e; Dr méd. Felix Huber^f; Prof. Dr méd. Jean-Paul Humair^g; Prof. Dr méd. Stefan Neuner-Jehle^g; Prof. Dr méd. Nicolas Rodondi^c; Prof. Dr méd. Paolo Suter^h; Prof. Dr méd. Andreas Zellerⁱ; Dr méd. Marco Zoller^g; Prof. Dr méd. Jacques Cornuz^a

^a Centre universitaire de médecine générale et santé publique, UNISANTE, Lausanne; ^b Public Health Services, Bern; ^c Berner Institut für Hausarztmedizin (BIHAM), Universität Bern; ^d International Center for Multimorbidity and Complexity in Medicine (ICMC), Universität Zürich; ^e Service de médecine de premier recours, Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), Genève; ^f MediX Schweiz, Zürich; ^g Institut für Hausarztmedizin, Universität Zürich; ^h Klinik und Poliklinik für Innere Medizin, Universität Zürich; ⁱ Universitäres Zentrum für Hausarztmedizin beider Basel, Universität Basel

Vous trouverez l'éditorial relatif à cet article à la page 886 de ce numéro.

Les recommandations pour le bilan de santé, appelé aussi «check-up», sont basées sur l'efficacité des interventions et le niveau de preuve, elles évoluent selon les nouvelles données scientifiques. Cet article propose une mise à jour des recommandations suisses EviPrev.

Introduction

Les médecins généralistes jouent un rôle central dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, l'efficacité de nombreuses interventions est bien documentée et la relation de confiance avec un suivi souvent au long cours des patients. es offre un cadre privilégié pour aborder ces thématiques.

Le bilan de santé, appelé aussi «check-up», comprend des interventions préventives destinées à des patients asymptomatiques, proposées selon l'âge, le sexe et les facteurs de risque individuels. Les recommandations sont basées sur leur efficacité et le niveau de preuve et elles évoluent selon les nouvelles données scientifiques.

A relever qu'il n'y a pas d'évidence scientifique qu'un check-up régulier chez les personnes asymptomatiques apporte des bénéfices. La Société Suisse de Médecine Interne Générale (SSMIG) recommande d'ailleurs dans le cadre de la campagne «smarter medicine» 2021 d'y renoncer mais de maintenir les interventions préventives dont l'efficacité est démontrée, selon l'âge, le sexe et les facteurs de risque [1, 2].

Cet article propose une mise à jour de nos précédentes recommandations suisses pour la prévention, la promotion de la santé et les tests de dépistages en médecine de premier recours en mettant l'accent sur les changements survenus depuis 2015 [3].

Ces recommandations sont issues du programme EviPrev, programme national de prévention et de promo-

tion de la santé, mis en place grâce à une collaboration des centres académiques de Lausanne, Berne, Genève, Bâle et Zurich. EviPrev est partenaire du programme de la FMH «PEPra – la prévention au cabinet médical fondée sur les preuves» qui s'inscrit dans le champ d'action de la prévention dans le domaine des soins de la «Stratégie nationale pour la prévention des maladies non transmissibles». Financé par Promotion Santé Suisse, le projet PEPra qui a démarré en 2020 vise à développer et à coordonner les activités de prévention au cabinet médical en s'appuyant sur les programmes de formation existants. L'entretien motivationnel, la prévention basée sur les données probantes (EviPrev), le partage de la décision et des thématiques plus spécifiques telles que le tabagisme, la consommation d'alcool ou la prévention des chutes figurent parmi les modules qui seront enseignés [4].

Les recommandations EviPrev

Les recommandations EviPrev sont établies par consensus au sein du comité scientifique EviPrev sur la base des niveaux de preuves d'efficacité rapportés par la littérature médicale, en particulier de l'«U.S. Preventive Services Task Force» (USPSTF), en tenant compte des recommandations des sociétés suisses de spécialités médicales, de la Ligue contre le cancer, du Groupe de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA) et des pratiques suisses. Les recommandations vaccinales se basent sur celles de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).



Isabelle Jacot Sadowski

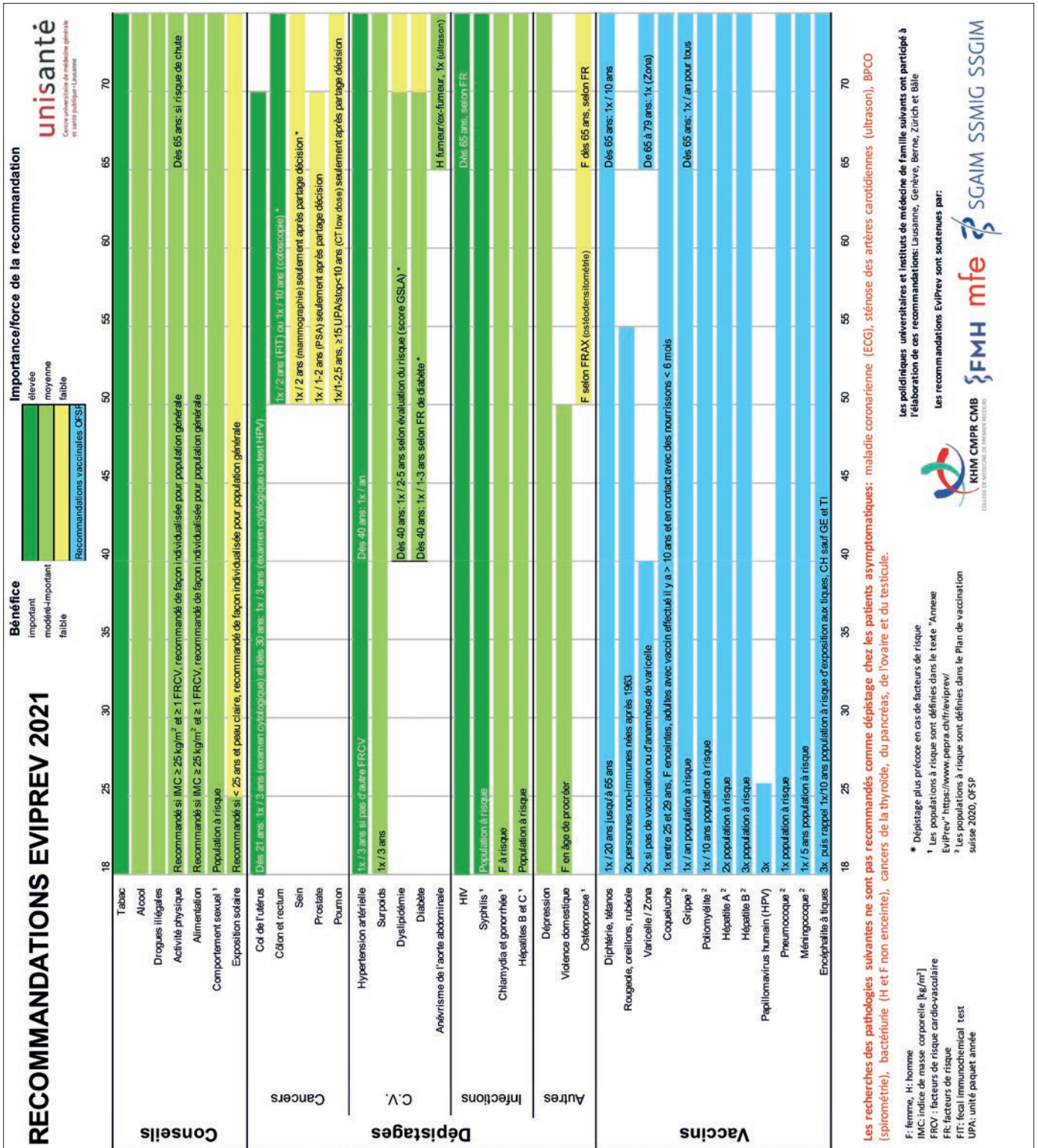


Figure 1: Tableau Eviprev: Recommandations Eviprev 2021.

Le tableau EviPrev (fig. 1) synthétise les conseils en promotion de la santé, les dépistages et les vaccins recommandés chez les patients.es asymptomatiques se présentant au cabinet de premier recours.

Evolution des recommandations depuis 2015

La plupart des recommandations restent inchangées depuis 2015. Parmi les nouveautés, on note l'ajout de la thématique de la consommation de drogues illégales sur la base de nouvelles données sur l'efficacité du dépistage et des conseils (*grade B*) [5]. La prévention des chutes à partir de 65 ans figure désormais dans les conseils en activité physique [6]. Les possibilités de dépistage du cancer du col de l'utérus se sont élargies avec l'option du test HPV (papillomavirus humain) et le dépistage du cancer du poumon peut être envisagé dès l'âge de 50 ans chez les fumeurs ou ex-fumeurs <10 ans, ≥15 unités paquets/année (UPA) [7–10]. Le test HIV (virus de l'immunodéficience humaine) n'est plus limité aux personnes à risque, il peut être proposé à tout adulte jusqu'à 65 ans [11, 12]. Sur la base des recommandations de l'OFSP 2020, la vaccination contre le zona de 65 à 79 ans a été ajoutée et l'indication de la vaccination contre l'encéphalite à tiques a été élargie à l'ensemble de la population suisse à l'exception des cantons de Genève et du Tessin [13]. La présentation du tableau diffère de celle de 2015, avec les couleurs vert et jaune reprenant celles des degrés de recommandations de l'USPSTF: A (degré de certitude élevé, bénéfice substantiel), B (très probable que le bénéfice soit modéré/ assez probable que le bénéfice soit modéré à substantiel) C (au moins une certitude modérée que le bénéfice net est faible). La couleur bleue pour la vaccination se réfère aux recommandations de l'OFSP. Les interventions sans preuve pour les recommander ou les déconseiller, correspondant au I de l'USPSTF ne sont plus mentionnées dans le tableau. Les dépistages que la littérature scientifique déconseille chez les patients.es asymptomatiques en raison de l'absence de bénéfices figurent en rouge en bas du tableau.

Les recommandations concernant la chimioprophylaxie comme l'aspirine® en prévention cardiovasculaire ou l'apport en vitamine D ne sont plus mentionnées dans le tableau.

Cet article se concentre essentiellement sur les dépistages des cancers et des facteurs de risque cardiovasculaires. Des informations sur chacune des interventions et la définition des groupes à risque sont disponibles dans le livre «Compas» et dans un document annexe au tableau EviPrev [14, 15].

Conseils

Le bilan de santé est l'occasion d'aborder les habitudes de vie et de transmettre des conseils personnalisés. Fait important, les recommandations se basent sur le niveau de preuve associé à des interventions délivrées en médecine générale. Ainsi, quand le tableau fournit des recommandations au sujet de la promotion de l'activité physique, les recommandations ne visent pas à déterminer si la promotion de l'activité physique au niveau populationnel est efficace, mais uniquement de l'efficacité de conseiller des patient.e.s se présentant dans un cabinet médical de premier recours.

Le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation ainsi que la consommation d'alcool et de drogues illégales sont des habitudes de vie à aborder avec tous les patients.es. Même si les thématiques changent peu, de nouvelles connaissances peuvent être communiquées avec par exemple le message d'éviter la position assise prolongée qui constitue à elle seule un facteur de risque pour la santé [16].

Dépistage des cancers

Dépistage et décision partagée

Les dépistages visent à identifier une maladie à un stade précoce chez une personne asymptomatique dont la prise en charge permet de réduire la mortalité ou la morbidité. Les dépistages comportent aussi des risques liés aux faux-positifs, entraînant des examens complémentaires parfois invasifs et générant de l'anxiété. Ils peuvent également identifier un cancer qui n'aurait pas menacé la vie du.de la patient.e (sur-diagnostic et sur-traitement).

Les patients.es et les médecins ont par ailleurs tendance à surestimer le bénéfice des dépistages des cancers [17]. Le choix devrait donc se faire sur la base d'une décision partagée entre la personne éligible pour un dépistage et le.la médecin [18, 19]. Des aides décisionnelles présentent les bénéfices et inconvénients de différents dépistages et servent de support à la discussion [20–22].

Cancer du col de l'utérus

Le dépistage du cancer du col utérin est recommandé chez toutes les femmes dès 21 ans, quel que soit le statut vaccinal contre le 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), avec l'option dès l'âge de 30 ans d'un test HPV (recherche HPV frottis du col) tous les 5 ans ou un test HPV + examen cytologique (*grade A*) [8]. 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 [7]. Les dépistages peuvent être stoppés chez les patientes de plus de 70 ans si les trois derniers frottis cytologiques ou les deux derniers tests HPV ont été négatifs. Le dépistage cytologique est remboursé par l'assurance obligatoire des soins (AOS) mais pas le test HPV.

Cancer du côlon et rectum

Le dépistage systématique du cancer colorectal (CCR) est recommandé par l'USPSTF chez les adultes entre 50 et 75 ans (*grade A*), et depuis 2021 de 45 à 49 ans (*grade B*) [23]. Pour les personnes de plus de 75 ans, le dépistage de routine n'est pas recommandé, il peut toutefois être proposé selon l'état de santé et l'espérance de vie jusqu'à 85 ans (*grade C*).

On estime qu'en l'absence de dépistage, 2 personnes sur 100 décèderont d'un CCR avant l'âge de 80 ans. Grâce à un dépistage régulier, sur ces 100 personnes, 1 décès pourra être évité [24].

Plusieurs cantons ont initié des programmes de dépistage du CCR, invitant les femmes et les hommes entre 50 et 69 ans à participer et à discuter avec leur médecin du choix du test de dépistage [20, 24, 25]. Celui-ci peut se faire soit par test immunologique de recherche de sang dans les selles («fecal immunochemical test» [FIT]) tous les 2 ans avec coloscopie si le résultat est positif, soit par coloscopie tous les 10 ans.

Le taux de personnes de 50 à 69 ans testées pour le CCR en Suisse (colonoscopie dans les derniers 10 ans ou FIT dans les derniers 2 ans) était de 49% selon les données de l'enquête Suisse pour la santé [26]. Au sein du collectif de médecins Sentinella, le taux était de 45%, avec une forte prédominance du test par coloscopie (41%) versus FIT (4%) au sein de leur patientèle [27]. Les médecins de premier recours offrant le choix entre les deux tests ont un taux de refus du dépistage plus faible (22%) comparé aux médecins ne proposant que le dépistage par coloscopie (44%) [28]. Ainsi l'offre des deux options de dépistage dans le cadre d'un entretien de décision partagée pourrait augmenter le taux de dépistage au sein de la population en médecine de premier recours.

Les bénéfices et inconvénients des deux tests de dépistage du CCR peuvent être partagés avec le patient.e grâce à une aide décisionnelle [22]. Dans les cantons disposant d'un programme de dépistage du CCR (Bâle-Ville, Fribourg, Genève, Grisons, Jura, Neuchâtel, Valais, Vaud, Uri), la consultation et l'examen choisis sont remboursés hors franchise avec une participation aux frais de 10%.

Les personnes à risque élevé de CCR, par exemple lors d'antécédents personnels ou d'anamnèse familiale d'adénome, de CCR ou de polypose, doivent être dépistées plus précocement.

Cancer du sein

L'USPSTF recommande un dépistage par mammographie tous les 2 ans de 50 à 74 ans (*grade B*) et de discuter ce dépistage de façon individualisée chez les femmes de 40 à 49 ans (*grade C*) [29]. Le bénéfice du dépistage du cancer du sein par mammographie est cependant sujet à controverse [17, 30–34].

Les programmes de dépistage systématique organisés dans certains cantons 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 tous les 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 [35].

Dans sa publication de 2013, le «Swiss Medical Board» (organisme indépendant ayant pour mission d'analyser des interventions du point de vue médical, économique, éthique et juridique) conseille de ne plus lancer de programme de dépistage systématique par mammographie et de limiter dans le temps ceux déjà existants [34]. 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 indésirables soient effectuées.

Le programme EviPrev recommande d'effectuer une mammographie de dépistage chez les femmes de 50 à 75 ans avec discussion des bénéfices et des risques, notamment après s'être assuré que la patiente a compris le bénéfice en termes de diminution de la mortalité absolue (4/1000) et le risque et les conséquences d'un surdiagnostic (5–10/1000).

Les femmes à risque élevé de cancer du sein peuvent être dépistées précocement après avis spécialisé.

Ce dépistage est pris en charge par l'AOS, hors franchise, à condition qu'il soit effectué dans le cadre d'un programme de dépistage systématique (liste des cantons: www.swisscancerscreening.ch). La quote-part de 10% est cependant à la charge des patientes.

Cancer de la prostate

L'USPSTF recommande, pour les hommes âgés de 55 à 69 ans, de discuter du dépistage du cancer de la prostate par un dosage de l'antigène spécifique de la prostate (PSA) dans le cadre d'une décision partagée entre le

médecin et le patient (*grade C*) [36]. Ce dépistage n'est pas recommandé chez les hommes dès 70 ans.

Les recommandations suisses ne sont pas toutes concordantes: alors que le «Swiss Medical Board» s'est positionné en 2011 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 [21, 37, 38]. Le *British Medical Journal (BMJ)* a publié une «Rapid Recommendation» sur le sujet en 2018: un groupe interprofessionnel international constitué d'urologues, épidémiologues, médecins de famille et patients s'est prononcé contre le dépistage systématique mais en faveur d'une décision partagée [39].

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 [40, 41]. 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 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 le taux de contamination était estimé à 10–15% [42]. L'étude européenne, par contre, conclut que le dépistage entraîne une faible réduction de la mortalité [43, 44]. 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 décéderont. En l'absence de dépistage, 43 hommes auront ce diagnostic et 5 en décéderont. Ainsi, dépister 500 hommes permet d'éviter 1 décès par cancer de la prostate (fig. 2).

Les résultats de ces études ont fait l'objet d'une revue systématique [45]. La diminution en termes de mortalité par cancer de la prostate était inférieure à 1/1000 avec une absence de bénéfice sur la mortalité toutes causes confondues [45]. Les recommandations du *BMJ* publiées simultanément ont permis de quantifier les effets secondaires du dépistage et de la prise en charge du cancer, avec selon les auteurs les complications liées à la biopsie (total 226/1000)*, le surdiagnostic des cancers localisés (14/1000), l'augmentation du nombre d'hommes avec incontinence (3/1000) et troubles érectiles (25/1000) dans le groupe dépistage comparé au groupe sans dépistage [39].

Une aide décisionnelle facilite l'explication des enjeux de ce dépistage [22]. Si le choix se porte sur le dosage du PSA, celui-ci devrait être répété tous les 1–2 ans.

Les bénéfices du dépistage pourraient être plus importants 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 [36]. L'évolution de ce cancer étant le plus souvent très lente, le dépistage chez les hommes avec une espérance de vie de moins de 10 ans n'est pas recommandé [38].

Cancer du poumon

L'USPSTF recommande un dépistage annuel par CT faible dose chez les personnes asymptomatiques âgées de 50 à 80 ans, fumeurs. ses ou anciens. nes fumeurs. ses <15 ans (≥20 UPA), sans comorbidités compromettant la survie (*grade B*) [10].

En Suisse, le dépistage systématique n'est actuellement pas recommandé par la Société Suisse de Pneumologie mais les pratiques vont possiblement changer suite aux récents résultats de l'étude NELSON [9, 46–48]. Cet essai randomisé chez des fumeurs. ses et anciens. nes fumeurs. ses de moins de 10 ans (≥15 UPA) de 50 à 74 ans avec suivi à 10 ans rapporte une réduction relative de la mortalité par cancer du poumon de 24% chez les hommes et de 33% chez les femmes dans le groupe testé [48]. Ainsi, sur 100 personnes suivies pendant 10 ans, 1 décès par cancer du poumon peut être évité

* Complications liées à la biopsie:
– 94/1000 sang dans le sperme
– 67/1000 sang dans l'urine
– 45/1000 douleurs
– 19/1000 fièvre
– 1/1000 hospitalisation

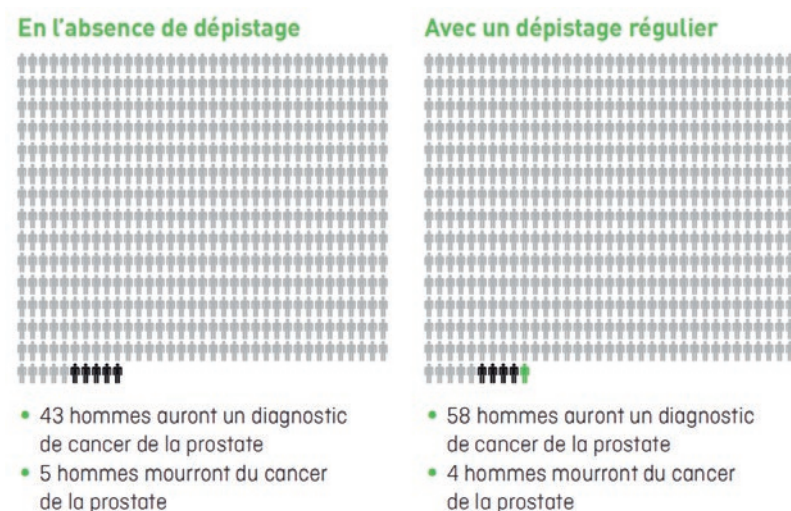


Figure 2: Efficacité du dépistage du cancer de la prostate (tirée de la brochure d'information «Le dépistage du cancer de la prostate. Unisanté 2019 [22]).

Suite au dépistage, sur 500 hommes de 55–70 ans suivis durant 16 ans (PSA tous les 2–4 ans) [43, 44]

- 15 hommes de plus auront un diagnostic de cancer de la prostate, dont certains seront un surdiagnostic, 104 hommes auront ≥1 biopsie. 1 décès dû au cancer de la prostate sera évité.

Les chiffres proviennent d'une grande étude européenne, à laquelle la Suisse a participé.

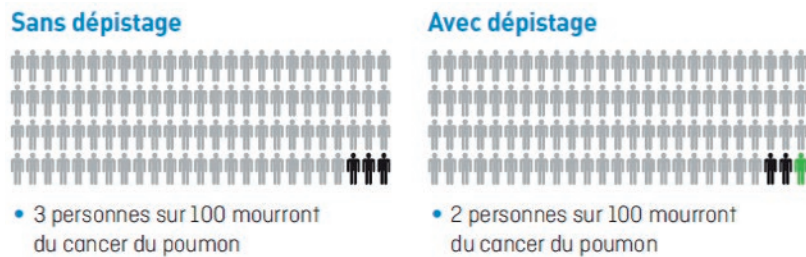


Figure 3: Efficacité du dépistage du cancer du poumon chez les fumeuses et fumeurs (tirée de la brochure d'information «Le dépistage du cancer du poumon chez les fumeuses et fumeurs». Unisanté 2020 [22]).

Suite au dépistage, sur 100 personnes suivies durant 10 ans, 1 personne ne mourra pas du cancer du poumon [48].

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 (examen à répéter à 3–4 mois en cas de résultat indéterminé) ou des interventions invasives (fig. 3). 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. Une aide décisionnelle est disponible [9, 22].

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

Dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire

Hypertension artérielle

L'USPSTF recommande le dépistage de l'hypertension artérielle (HTA) chez tous les adultes dès 18 ans avec un contrôle annuel dès l'âge de 40 ans (*grade A*) [49].

L'«International Society of Hypertension», l'«European Society of Cardiology» (ESC) et l'USPSTF mettent l'accent sur une confirmation du diagnostic par des mesures ambulatoires, par exemple l'analyse de la pression artérielle sur 24 heures ou les auto-mesures à domicile. Si la tension artérielle est normale (<130/85 mm Hg), une mesure tous les 3 ans est préconisée, 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. 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. 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 [49–51].

Dyslipidémie

L'USPSTF recommande d'évaluer le risque cardiovasculaire en vue d'une éventuelle introduction d'une statine chez les personnes âgées de 40 à 75 ans ayant au moins 1 facteur de risque cardio-vasculaire (dyslipidémie, diabète, 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*) [52]. Pour les autres situations, seules des mesures de style de vie sont recommandées.

Pour le GSLA, le dépistage d'une dyslipidémie devrait être effectué à partir de l'âge de 40 ans, avec une évaluation précoce et individuelle pour les personnes avec antécédents personnels ou familiaux de maladie cardiovasculaire. L'introduction d'une statine se fera selon le résultat du score de risque cardiovasculaire PRO-CAM-GSLA sous www.gsla.ch.

Les positions de l'ESC, reprises par le GSLA 2020, restent controversées, notamment la recommandation faible de viser un LDL cholestérol en prévention primaire de 3 mmol/l et de considérer toute personne avec un LDL cholestérol de >5 mmol/l à haut risque cardiovasculaire sans calcul du risque [53]. L'aide décisionnelle développée par la Mayo Clinic et traduite en français permet de promouvoir une décision partagée sur l'introduction d'un traitement en prévention primaire [22, 54].

Anévrisme de l'aorte abdominale

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*) [55]. Les données actuelles 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 des sténoses carotidiennes, de la maladie coronarienne ou de l'artériopathie des membres infé-

rieurs n'est pas recommandé, ces investigations étant réservées aux personnes symptomatiques.

Aspirine®

L'USPSTF recommande d'initier un traitement d'aspirine® faible dose en prévention primaire chez les adultes âgés de 50 à 59 ans ayant un risque $\geq 10\%$ 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*) [56].

Cependant, de grands essais cliniques récents n'ont pas montré de bénéfice d'un tel traitement en prévention primaire et un risque de saignements sous-estimé [57].

Il est précisé que ce traitement ne devrait pas être uti-

lisé 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 ne 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, ceci après partage de la décision avec le patient [58]. Le GSLA en Suisse et l'ESC ne recommandent plus, en prévention primaire, l'initiation d'un tel traitement [59].

Conclusion

Les recommandations EviPrev actualisées en 2021 mettent en évidence les interventions préventives efficaces sur la base des données scientifiques actuelles, des recommandations internationales et du contexte suisse. S'intégrant désormais dans le projet PEPra, elles seront révisées chaque année et figureront sur la plateforme internet de ce nouveau programme qui coordonnera les différentes offres de formation et outils de mise en pratique de la prévention et de la promotion de la santé au cabinet médical.

Disclosure statement

Cet article a reçu un financement de la part du programme EviPrev, partiellement soutenu par le projet «PEPra – La prévention au cabinet médical fondée sur les preuves», et Unisanté. La liste complète du disclosure statement est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08924>.

Références

La liste complète des références est disponible dans la version en ligne de l'article sur <https://doi.org/10.4414/fms.2021.08924>.

Correspondance:

Dr méd.

Isabelle Jacot Sadowski

Centre universitaire de

médecine générale et

santé publique

Unisanté

Département promotion de

la santé et préventions

Rte de Berne 113

CH-1010 Lausanne

Isabelle.Jacot-Sadowski[at]

unisante.ch

L'essentiel pour la pratique

- Le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation ainsi que la consommation d'alcool et de drogues illégales sont des habitudes de vie à aborder avec tous les patients.es.
- La décision de dépister ou non certains cancers devrait être partagée entre le médecin et le patient.e. Il s'agit notamment du dosage du PSA pour le cancer de la prostate et du scanner «low-dose» pour le cancer pulmonaire chez les personnes fumeuses et ex-fumeuses. Des aides décisionnelles sont à disposition.
- La prévention des maladies cardiovasculaires se base sur les conseils sur le style de vie ainsi que sur l'identification et la prise en charge de l'hypertension artérielle et de l'hypercholestérolémie.
- Un ultrason à la recherche d'un anévrisme de l'aorte abdominale est recommandé chez les hommes fumeurs ou ex-fumeurs dès 65 ans.
- Un dépistage HIV devrait être réalisé au moins une fois chez toute personne sexuellement active jusqu'à 65 ans.