

REVUE MÉDICALE SUISSE

WWW.REVMED.CH

22 avril 2020

691

MÉDECINE DE L'ADOLESCENCE

L'ADOLESCENCE: UNE MÉTAMORPHOSE PORTE- PAROLE DE NOTRE SOCIÉTÉ

Santé sexuelle des adolescents

Troubles des conduites alimentaires
et obésité à l'adolescence

Enfant ou adulte? Les expertises d'âge

Vitamine D chez les adolescents:
résumé des recommandations

Approche pratique des écrans en
consultation avec les adolescents

Adolescents transgenres et non
binaires

Il faut sortir de la crise

Mourir riche ou puiser dans le bas
de laine

MH EDITIONS
MEDECINE & HYGIENE

Volume 16, 761-804
ISSN 1660-9379

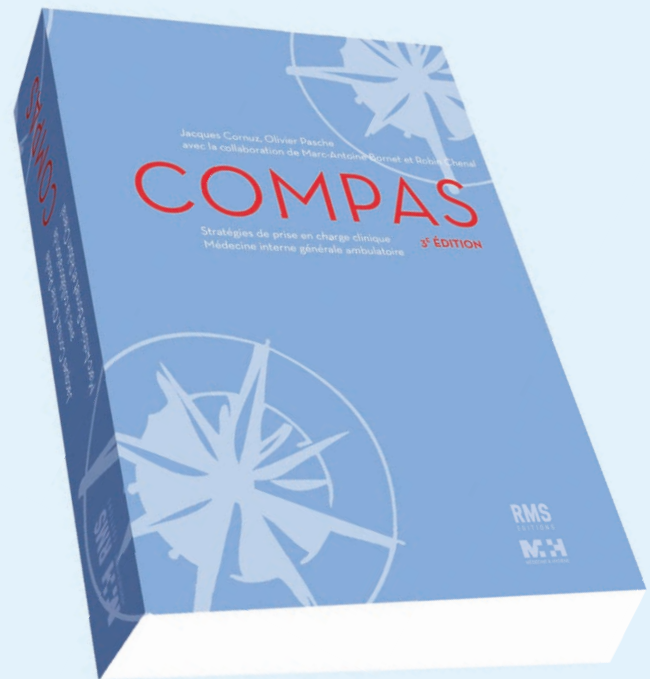
RMS



COMPAS

Stratégies de prise en charge clinique
Médecine interne générale ambulatoire

Jacques Cornuz,
Olivier Pasche
Centre universitaire de médecine
générale et santé publique de
Lausanne (Unisanté)



792 pages
Format: 13,5 x 19,5 cm
ISBN: 9782880494469
2019

3^e édition

COMPAS

Jacques Cornuz, Olivier Pasche
Centre universitaire de médecine générale et
santé publique de Lausanne (Unisanté)

Mieux se repérer afin d'optimiser la prise en charge d'un patient de médecine générale : voici ce que propose le COMPAS, depuis 2010.

Le COMPAS s'adresse aussi bien au médecin en formation qu'au médecin de famille ou à l'étudiant en médecine. Cette troisième édition, entièrement mise à jour et qui intègre les dernières acquisitions de la littérature médicale, résulte une nouvelle fois de la collaboration indispensable entre médecins de premier recours et médecins spécialistes. Ses 47 chapitres clarifient les stratégies - diagnostiques et thérapeutiques - de prise en charge des pathologies courantes en médecine de premier recours.

Dirigé par le Pr Jacques Cornuz et le Dr Olivier Pasche du Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté) de Lausanne, le COMPAS confirme que la pratique de la médecine reste un subtil assemblage des connaissances scientifiques, de l'expertise clinique et de l'écoute du patient.

COMMANDE

Je commande:
___ ex. de **COMPAS 3^e édition**

CHF 69.- / 62 €

Frais de port offerts pour la Suisse.
Autres pays: 5 €

En ligne: boutique.revmed.ch
e-mail: livres@medhyg.ch
tél: +41 22 702 93 11, **fax:** +41 22 702 93 55
ou retourner ce coupon à:
Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....

.....

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

ÉDITORIAL

- 763 L'adolescence: une métamorphose porte-parole de notre société. A.-E. Ambresin et C. Chamay-Weber

MÉDECINE DE L'ADOLESCENCE

- 765 « Parlons de sexe avec eux aussi »: la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine de premier recours. Y. L. Takeuchi, C. Veys et O. Sanchez
- 769 Troubles des conduites alimentaires et obésité à l'adolescence: implications cliniques. C. Chamay Weber et I. Carrard
- 773 Enfant ou adulte? Réflexions transdisciplinaires sur les expertises d'âge. F. Waelti, D. M. Haller, P. Genet et P. Heller
- 778 Vitamine D chez les adolescents: résumé des recommandations pour la pratique clinique. M. Patseadou et D. M. Haller
- 784 Approche pratique des écrans en consultation avec les adolescents. A.-E. Ambresin et N. Weber
- 789 Adolescents transgenres et non binaires: approche et prise en charge par les médecins de premier recours. R. Wahlen, C. Brockmann, C. Soroken, L. Bertholet, M. Yaron, A. Zufferey, A.-E. Ambresin et A. Merglen

- 764 Résumés des articles

- 794 QCM d'autoévaluation

COVID-19

- 795 « Il faut sortir de la crise intelligemment et rapidement ». Interview de M. Matter par F. Sacco
- 797 Covid-19 - Mourir riche ou puiser dans le bas de laine. P. Eggimann

AVANCÉE THÉRAPEUTIQUE

- 798 Espoirs et difficultés expérimentales contre le covid-19. J.-Y. Nau

POINT DE VUE

- 800 Covid-19, dans les brouillards de l'hydroxychloroquine (3). J.-Y. Nau

EN MARGE

- 802 Miscellanées coronavirales, olfactives, numériques et démocratiques. J.-Y. Nau

ACTUALITÉ

- 799 **Carte blanche.** Mourir seul, mourir aux autres. M. Vannotti

- 800 **Dépendances en bref.** Consommation d'alcool et risque de cancer colorectal. D. Berdoz et R. C. Ellison

POLITIQUE DE SANTÉ

- 802 Cabinets médicaux désertés à cause du coronavirus

COVID-19 ET REVMED.CH

- 803 La Revue Médicale Suisse et le Covid-19

BLOC-NOTES

- 804 Arrogance et incertitude. B. Kiefer

Impressum

Revue Médicale Suisse | Chemin de la Mousse 46 | CP 475, 1225 Chêne-Bourg | Tél. 022 702 93 11 | www.revmed.ch

ÉDITION

Médecine et Hygiène,
société coopérative;
www.medhyg.ch
Président du Conseil d'administration:
Pr Jean-François Balavoine
Directeur: Dr Bertrand Kiefer

RÉDACTION

Rédacteur en chef: Dr Bertrand Kiefer
Rédacteurs en chef adjoints:
Dr Gabrielle de Torrenté de la Jara,
Pr Alain Pécoud et Dr Pierre-Alain Plan
Rédacteurs: Marina Casselgnol,

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

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

Organe officiel de la Société médicale
de la Suisse romande (www.smsr.ch)
Revue officielle de la Société suisse
de médecine interne générale
La Revue Médicale Suisse bénéficie
d'un soutien de la FMH (Fédération
des médecins suisses)

Indexée dans:
• MEDLINE/PubMed
• EMBASE/Excerpta Medica
• EMCare
• Scopus

Médecine et Hygiène édite aussi
le site de santé grand public:
www.planetesante.ch

DOCTEUR, J'AI...

STRATÉGIES DIAGNOSTIQUES ET
THÉRAPEUTIQUES EN MÉDECINE
AMBULATOIRE

Sous la direction de
Marc-André Raetzo et
Alexandre Restellini

4^e édition revue et augmentée

836 PAGES
FORMAT : 16.5 X 23.5 CM
ISBN : 9782880494261
2018



DOCTEUR, J'AI...

Sous la direction de Marc-André Raetzo et
Alexandre Restellini

L'originalité du désormais classique *Docteur, j'ai* est de reconstruire une consultation médicale idéale sur la base d'exigences *evidence based medicine*.

Lorsqu'il arrive au cabinet médical, tout patient se plaint, avec ses propres mots, de symptômes divers plus ou moins précis, plus ou moins graves. Par où commencer devant ce patient ? Quelles sont les questions importantes à (se) poser ? Quels examens pratiquer ? Que prescrire ? Dans quel cas s'inquiéter immédiatement ? Comment faire tout ce qui est nécessaire, mais uniquement ce qui est nécessaire ?

Les plaintes les plus courantes sont regroupées ici, réparties en huit thèmes ou régions du corps. Questions essentielles, examens physiques et examens complémentaires répartis sur plusieurs consultations ont pour but de guider le praticien dans la prise de décision.

Les auteurs, médecins hospitaliers comme spécialistes installés, mais aussi psychothérapeutes, ont un souhait : que ce livre donne à chaque médecin, pour chaque patient, des bases solides pour la recherche d'information et la prise de décision.

COMMANDE

Je commande :
___ ex. de **DOCTEUR, J'AI...**

CHF 79.- / 69 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays : 5 €

En ligne : boutique.revmed.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg
Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

Date et signature

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:



Articles publiés
sous la direction de

**ANNE-
EMMANUELLE
AMBRESIN**

Division
interdisciplinaire de
santé des
adolescents

Département
femme-mère-enfant
CHUV, Lausanne

**CATHERINE
CHAMAY-WEBER**

Unité santé jeunes
Service de pédiatrie
générale

Département de
l'enfant et de
l'adolescent
HUG, Genève

Département de
médecine
communautaire, de
premier recours et
des urgences
HUG, Genève

L'adolescence: une métamorphose porte-parole de notre société

Dr^s ANNE-EMMANUELLE AMBRESIN et CATHERINE CHAMAY-WEBER

L'adolescence est une période de métamorphoses qui se définit par l'émergence pubertaire induisant des changements physiques, psychiques, cognitifs et sociaux. Ces derniers sont responsables du remaniement de l'économie pulsionnelle et des processus identificateurs. L'adolescence se retrouve au défi de donner sens à ces métamorphoses.

Cette quête de sens est souvent mouvementée et donne parfois l'impression de naviguer en plein chaos ou de n'avancer que par crises successives. De par leur contrainte à évoluer et se métamorphoser, les adolescents mettent le doigt sur nos points de fixité, de rigidité, sur notre lot de stéréotypes et nos incohérences. Du fait de leurs comportements et de leurs interrogations, ils interpellent leur entourage et la société tout entière. Ils sont révélateurs des questionnements sociétaux dans lesquels ils évoluent.

Chaque époque produit son lot de discours sur l'adolescence, et il nous revient de repérer ce qui relève de la stigmatisation, pour tenter de nous en démarquer. Au travers des articles de ce numéro, le lecteur pourra découvrir certaines des problématiques souvent attribuées aux adolescents alors qu'elles révèlent plutôt de réels enjeux sociétaux. Prenons l'exemple des questionnements autour du genre. Le nombre d'adolescents qui consultent pour ce motif a augmenté de façon exponentielle ces dernières années. Est-ce une problématique adolescente? Ou seulement l'expression d'un besoin sociétal, certes mis à jour au travers de l'imprégnation hormonale propre à l'adolescence, d'évoluer et de sortir d'une vision trop binaire et restrictive du genre ne laissant place à aucune créativité pour l'expression plurielle de nos identités?

De même, la question de l'utilisation problématique des écrans, souvent focalisée sur les

adolescents. Ne sommes-nous pas tous soumis à la révolution digitale et ses conséquences sur notre quotidien? Combien d'adolescents entendons-nous en consultation dire «Mes parents sont trop sur les écrans»?

Tous les thèmes de ce numéro peuvent se décliner de la même manière. Qui est responsable des stéréotypes masculins véhiculés par la société et dans lesquels sont élevés nos garçons? Ces stéréotypes représentent une importante barrière d'accès aux soins pour les adolescents garçons, certes, mais également pour les hommes en général. Pourquoi tant de problèmes d'obésité, de troubles de l'image corporelle et du comportement alimentaire chez nos jeunes? Est-ce vraiment une

problématique propre à l'adolescence ou simplement le reflet d'une société rendue malade par l'omniprésence de la nourriture dans nos vies et l'importance donnée à l'image?

Profitons du questionnement identitaire des adolescents pour remettre en question notre identité sociétale. Observons et questionnons-nous sur nos comportements et nos actions en tant qu'adultes, de même que sur l'exemple que nous leur donnons ou voulons leur donner. Il est temps de se rappeler l'importance primordiale de notre rôle de modèle, qui devrait être une source d'inspiration pour les plus jeunes. Terminons par une réflexion très pertinente stimulée par Bertrand Kiefer: «Mais, à la fin, se pose une question encore plus centrale: des adolescents ou de la société, qui est le plus malade?»¹

Les adolescents sont notre avenir, prenons soin de cette génération et endossons notre responsabilité d'adultes pour, ensemble, travailler à la construction d'une société durable!

**IL NOUS REVIENT
DE REPÉRER CE
QUI RELÈVE DE LA
STIGMATISATION
POUR TENTER
DE NOUS EN
DÉMARQUER**

Bibliographie

- 1
– Kiefer B. Ados ou société: qui est malade?
Rev Med Suisse
2018;14:600.

Résumés

Rev Med Suisse 2020; 16: 765-8

«Parlons de sexe avec eux aussi»: la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine de premier recours

Y. L. Takeuchi, C. Veys et O. Sanchez

Malgré des besoins évidents en matière de santé sexuelle, les adolescents garçons accèdent moins à l'information et aux soins dans ce domaine que les filles. Toute consultation en médecine de premier recours avec un garçon fournit dès lors l'occasion d'élargir l'entretien aux questions de sexualité. Grâce à une approche proactive, ouverte, centrée sur les ressources plutôt que sur les risques, l'entretien permet d'aborder des inquiétudes courantes en cette période développementale cruciale, de discuter les modèles masculins et leur impact sur la santé ou encore d'évoquer des éléments incontournables de prévention. Porter notre attention sur la santé des garçons est essentiel afin de les engager en tant qu'acteurs de changement pour leur propre santé, mais aussi pour celle des filles et jeunes femmes.

Rev Med Suisse 2020; 16: 789-93

Adolescents transgenres et non binaires: approche et prise en charge par les médecins de premier recours

R. Wahlen, C. Brockmann, C. Soroken, L. Bertholet, M. Yaron, A. Zufferey, A.-E. Ambresin et A. Merglen

Les adolescents transgenres, non binaires ou en questionnement sont de plus en plus visibles et font face à de nombreux obstacles pour accéder à des soins appropriés, tant pour leurs besoins de santé spécifiques que généraux. Les médecins de premier recours les rencontrent au cabinet et peuvent manquer d'éléments de communication et de connaissances spécifiques récentes pour mener la consultation et accompagner ces personnes et leurs proches dans leurs trajectoires individuelles. Cet article propose une synthèse des éléments et des ressources utiles pour le médecin de premier recours, dont le rôle est central pour la santé de tous les patients.

Rev Med Suisse 2020; 16: 769-72

Troubles des conduites alimentaires et obésité à l'adolescence: implications cliniques

C. Chamay Weber et I. Carrard

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) de type accès hyperphagiques sont associés à l'obésité et sont présents sous leurs formes complètes ou partielles chez près d'un quart des adolescents en excès de poids. Un dépistage systématique doit être effectué dans cette population lorsqu'elle consulte, afin de permettre une prise en charge optimale. Un outil de dépistage nommé ADO-BEDs a été spécifiquement développé pour ces adolescents. Utile pour guider la consultation, il permet au soignant d'aborder le trouble et d'adresser le patient pour une évaluation spécialisée en cas de suspicion de TCA. Viser une augmentation de l'insatisfaction corporelle ou faire des commentaires négatifs portant sur le physique de l'adolescent ne sont pas une aide à la motivation, mais augmentent le risque de TCA et devraient être évités en consultation.

Rev Med Suisse 2020; 16: 773-7

Enfant ou adulte? Réflexions transdisciplinaires sur les expertises d'âge

F. Waelti, D. M. Haller, P. Genet et P. Heller

Les expertises d'âge sont réalisées en Suisse à la requête des autorités administratives ou judiciaires, dans le but de déterminer si un individu est mineur ou majeur. Cet article rappelle tout d'abord dans quel contexte sont réalisées ces expertises et quels enjeux en découlent. Ensuite il détaille le déroulement d'une expertise d'âge, puis résume dans un tableau les critiques qui peuvent être formulées par rapport aux différentes étapes de la procédure et comment les experts du Centre universitaire romand de médecine légale y répondent. Finalement, l'article expose différentes prises de position de sociétés médicales et politiques face à ces expertises d'âge et propose en conclusion quelques pistes d'amélioration.

Rev Med Suisse 2020; 16: 784-8

Approche pratique des écrans en consultation avec les adolescents

A.-E. Ambresin et N. Weber

Les écrans occupent une place centrale dans la société et ont un impact non seulement sur les adolescents mais sur la plupart d'entre nous. Les adolescents figurent toutefois parmi les plus observés et montrés du doigt en termes d'utilisation d'écrans. La résonance entre les modifications neurobiologiques de leur cerveau durant cette période de vie et l'utilisation d'écrans peut se manifester de façon relativement «bruyante». Étant donné le caractère omniprésent de ces derniers dans notre vie quotidienne et du potentiel effet sur la santé des jeunes, il est indispensable pour les professionnels de la santé d'intégrer l'évaluation systématique de l'utilisation des écrans en consultation avec un adolescent. Cet article propose des outils pratiques pour en investiguer l'usage et illustre au moyen d'une histoire clinique ce qui se cache derrière les écrans.

Rev Med Suisse 2020; 16: 778-83

Vitamine D chez les adolescents: résumé des recommandations pour la pratique clinique

M. Patseadou Et D. M. Haller

La vitamine D joue un rôle indispensable pour la santé osseuse des adolescents. Faut-il de ce fait dépister et traiter d'éventuelles carences en vitamine D à cet âge? À partir d'un cas clinique, nous tentons de répondre à cette question en présentant une synthèse des recommandations disponibles dans la littérature mondiale à propos de la vitamine D chez les adolescents.

« Parlons de sexe avec eux aussi » : la santé sexuelle des adolescents garçons en médecine de premier recours

Drs YUSUKE LEO TAKEUCHI^a, CAROLINE VEYS^b et OLIVER SANCHEZ^c

Rev Med Suisse 2020; 16: 765-8

Malgré des besoins évidents en matière de santé sexuelle, les adolescents garçons accèdent moins à l'information et aux soins dans ce domaine que les filles. Toute consultation en médecine de premier recours avec un garçon fournit dès lors l'occasion d'élargir l'entretien aux questions de sexualité. Grâce à une approche proactive, ouverte, centrée sur les ressources plutôt que sur les risques, l'entretien permet d'aborder des inquiétudes courantes en cette période développementale cruciale, de discuter les modèles masculins et leur impact sur la santé ou encore d'évoquer des éléments incontournables de prévention. Porter notre attention sur la santé des garçons est essentiel afin de les engager en tant qu'acteurs de changement pour leur propre santé, mais aussi pour celle des filles et jeunes femmes.

« Let's talk about sex »: adolescent boys' sexual health in the primary care setting

Despite obvious needs, adolescent boys do not access information and care in the field of sexual and reproductive health as easily as adolescent girls. The primary care setting gives the opportunity to tackle sexuality topics with boys. It allows to defuse frequent causes of concern in this crucial developmental phase, in a proactive and open-minded way, while focusing on strengths rather than on risks. It also allows to discuss masculine norms and their impact on health, and to come up with essential prevention elements. It is necessary to focus on boys' health to have them involved in a changing process on behalf of their own health but also on behalf of girls' and young women's health.

POURQUOI S'INTÉRESSER À LA SANTÉ DES ADOLESCENTS GARÇONS ?

Historiquement, les soins et la prévention dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive ont plus volontiers ciblé les filles et les jeunes femmes pour des raisons incontestables. Depuis quelques années, la santé des adolescents garçons attire de plus en plus l'attention pour des raisons tout aussi importantes. D'une part, il est désormais évident que les garçons sont des acteurs incontournables pour amener des changements durables dans la santé sexuelle des filles.^{1,2} D'autre part, ils ont aussi leurs propres vulnérabilités et besoins.

^a Division interdisciplinaire de santé des adolescents, DFME, CHUV, 1011 Lausanne, ^b Office AI pour les assurés résidant à l'étranger, CdC, Avenue Edmond-Vaucher 18, 1211 Genève, ^c Service de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent, DFME, CURCP, CHUV, 1011 Lausanne
yusuke-leo.takeuchi@chuv.ch | caroline.veys@zas.admin.ch
oliver.sanchez@chuv.ch

Même si cet article se focalise sur la santé sexuelle, il est essentiel de rappeler que sur le plan de la santé générale, le taux de mortalité chez les jeunes hommes est 2 à 3 fois plus important que chez les jeunes femmes, les deux principales causes de décès entre 16 et 40 ans étant les accidents et les suicides, indépendamment du sexe.³

En matière de santé sexuelle, les garçons ne sont pas épargnés par l'augmentation de l'incidence de certaines infections sexuellement transmissibles (IST), comme la chlamydie ou la gonorrhée.⁴ Ils sont aussi concernés par la violence sexuelle, bien qu'ils aient moins tendance à en parler.² La période entourant le début de l'activité sexuelle fait surgir un grand nombre de questions, comme en témoigne la fréquentation de sites d'informations sur la santé tels que www.ciao.ch. Les dysfonctions sexuelles ne sont pas rares chez les jeunes suisses âgés de 18 à 25 ans. 11% d'entre eux rapportent un trouble érectile, notamment en cas de recours au préservatif, et 30% une éjaculation précoce.⁵ Ces dysfonctions ne sont pas anodines car elles peuvent affecter l'estime de soi et la santé mentale.

Sur le plan vaccinal, en 2018, le taux de couverture pour le virus du papillome humain (VPH) en Suisse était de 17% pour 2 doses chez les garçons versus 60% chez les filles,⁶ ce qui souligne le besoin d'information auprès des garçons chez qui le vaccin est recommandé depuis 2015.

ACCÈS AUX SOINS: NE PAS MANQUER L'OPPORTUNITÉ

Malgré des besoins de santé évidents, les garçons consultent moins que les filles.³ Avec l'âge, le nombre de consultations en médecine de premier recours diminue de manière plus importante chez les garçons, alors que les filles restent, dans une certaine mesure, connectées aux soins via les consultations en gynécologie.⁷ L'accès à l'information médicale et aux soins en matière de santé sexuelle est également moindre chez les garçons. En cas de problèmes sexuels, seuls 15% des jeunes hommes de 24 à 26 ans en Suisse se tournent vers leur généraliste et 4% vers un spécialiste, alors que chez les jeunes femmes, le-la gynécologue constitue la deuxième source d'information après Internet (56%).⁸ Les garçons ne savent souvent pas où consulter et n'identifient pas nécessairement leur médecin traitant comme une ressource potentielle pour ces questions. Parmi les autres barrières individuelles, les garçons qui intègrent des normes plus stéréotypées de la

masculinité («Un homme doit être fort, se débrouiller seul, ne pas montrer d'émotions, etc.») consultent moins que les autres et jouissent d'une moins bonne santé mentale et sexuelle.^{1,9,10} Lorsque les garçons consultent, ils ont moins d'opportunités que les filles de parler de sexualité. Une étude américaine a montré que le temps moyen passé sur le sujet de la sexualité avec les garçons était 2 fois inférieur au temps moyen déjà peu important passé avec les adolescents tous sexes confondus (36 secondes).¹¹ Les professionnels sont plus enclins à aborder les questions de contraception – y compris l'utilisation du préservatif – avec les filles.^{11,12} Chaque contact avec le médecin de premier recours fournit donc l'occasion d'offrir de façon proactive un espace aux questions de sexualité des garçons, ceux-ci souhaitant le plus souvent que le médecin fasse le premier pas.¹³

ABORDER LA SEXUALITÉ AVEC UN ADOLESCENT GARÇON

Avec l'aménagement du temps nécessaire, la consultation permet d'aborder des éléments parfois négligés du vécu de la sexualité au-delà des aspects médicaux tels que les IST ou la vaccination par exemple. Au moyen d'une approche positive centrée sur les ressources, en valorisant leurs connaissances et compétences, le médecin de premier recours peut jouer un rôle non négligeable dans la discussion de stéréotypes intégrés par les garçons qui pourraient mettre leur santé à mal ou être à l'origine de multiples questionnements. Il est primordial d'accorder une place de choix à la prévention, notamment en vue de renforcer les compétences des garçons en matière de contraception. Le **tableau 1** résume les principaux éléments d'une consultation focalisée sur le corps et la sexualité avec un garçon en médecine de premier recours.

Les garçons et la sexualité: questionner les stéréotypes

Certains mythes véhiculés dans la société, appuyés par quelques études, considèrent les garçons comme plus vite prêts pour et plus souvent proactifs dans la quête d'activité sexuelle, mettant celle-ci au premier plan d'une relation amoureuse. Les discussions sur le vécu de la sexualité avec les garçons dépeignent une réalité nettement plus contrastée. En effet, d'autres études mettent en lumière un véritable tiraillement: d'un côté, la quête d'intimité et de proximité émotionnelle avec les partenaires est au premier plan, le sexe n'étant en réalité pas du tout considéré comme le but absolu d'une relation. De l'autre, certains garçons peuvent ressentir une pression, souvent exacerbée par les pairs, à se conformer aux normes masculines traditionnelles.¹⁴ À titre d'exemple, une proportion importante de garçons aurait souhaité attendre plus longtemps avant d'avoir leur premier rapport sexuel mais ils se sont sentis sous pression de leurs pairs.¹²

Face à ce tiraillement et aux clichés masculins autour de la performance sexuelle, potentiellement renforcés par les médias ou la pornographie, d'intenses préoccupations sur le corps (taille du pénis, masse musculaire) ou la sexualité (moment du premier rapport sexuel, éjaculation précoce, érection, etc.) peuvent survenir et sont souvent peu abordées. Poser des questions précises spécifiquement sur les problématiques ci-dessus peut aider les garçons à en parler et à trouver des réponses.

TABLEAU 1		Consultation avec un adolescent garçon – focus sur la santé sexuelle
IST: infections sexuellement transmissibles; VIH: virus de l'immunodéficience humaine; VPH: virus du papillome humain.		
ANAMNÈSE		
Anamnèse sexuelle complète		<ul style="list-style-type: none"> Description de l'activité et des pratiques sexuelles Nombre et genre des partenaires Utilisation de la contraception/protection contre les IST Antécédents de IST
Anamnèse générale, y compris anamnèse psychosociale		<ul style="list-style-type: none"> Dépistage entre autres des problèmes de santé mentale et prises de risque, par exemple consommation de substances
Vécu de la sexualité		<ul style="list-style-type: none"> Vécu autour du début de l'activité sexuelle (plaisir? ambivalence? inquiétudes?) Explorer la fonction sexuelle: désir, érection, éjaculation, orgasme, etc. → poser les questions de manière spécifique Orientation sexuelle, identité de genre Place de la pornographie, pratique du sexting (envoi et réception de messages à caractère sexuel)
Violence de couple, violence sexuelle		<ul style="list-style-type: none"> Poser des questions ouvertement sur cette thématique
EXAMEN CLINIQUE		
Évaluation du stade pubertaire		<ul style="list-style-type: none"> Croissance: poids, taille, IMC Évaluation des stades de Tanner
Examen des organes génitaux externes		<ul style="list-style-type: none"> Peau et ganglions lymphatiques Inspection et palpation du contenu scrotal et du pénis (y compris recherche d'un écoulement au niveau du méat) Palpation du cordon spermatique et des orifices herniaires Examen périanal à la recherche de lésions VPH (selon activité sexuelle)
EXAMENS COMPLÉMENTAIRES		
Dépistage et diagnostic des IST		L'indication au dépistage se fait de manière individuelle, en fonction des facteurs de risque, pour les maladies suivantes: <ul style="list-style-type: none"> Chlamydia et gonorrhée VIH, hépatite B, hépatite C Syphilis
PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ		
Renforcement des connaissances et compétences en contraception et protection contre les IST		<ul style="list-style-type: none"> Méthodes de contraception masculines et féminines, y compris pilule du lendemain Accessibilité et utilisation des préservatifs: s'assurer du mode correct d'utilisation Information sur les IST, y compris sur les plus fréquentes et souvent moins connues (chlamydia, gonorrhée, par exemple)
Vaccination		<ul style="list-style-type: none"> Vérification du statut vaccinal: hépatite B, VPH
Relations		<ul style="list-style-type: none"> Dynamique des relations, violence, planning familial, plaisir et fonction sexuelle, etc.

(Adapté de réf.^{12,20})

Le temps de l'examen clinique

Un examen clinique des organes génitaux externes devrait être proposé au moins une fois pendant l'adolescence. Au-delà de son rôle dans l'évaluation pubertaire ou le diagnostic d'anomalies peu symptomatiques (varicocèle par exemple), il est surtout l'occasion de rassurer les garçons sur des aspects physiologiques ou de susciter la verbalisation de préoccupations sur l'aspect des organes génitaux.¹⁵ Par exemple, la présence de papules perlées (petites papules couleur chair, souvent sur

la couronne du gland), totalement bénignes, peut provoquer une inquiétude. En matière de prévention, bien que les recommandations pour le dépistage du cancer testiculaire par l'examen clinique soient variables, il n'y a pas d'évidence pour une place systématique de l'autopalpation testiculaire dans cette indication.¹⁵ Nous conseillons malgré tout l'autopalpation chez des patients à risque (par exemple, s/p orchidopexie). L'examen clinique permet aussi d'insister sur l'importance de consulter si le jeune met en évidence une «boule» ou une nouvelle irrégularité sur un testicule. La réticence des adolescents à consulter pour des problèmes testiculaires peut malheureusement causer des retards diagnostiques.

APERÇU DE QUELQUES PROBLÈMES COURANTS

Une anamnèse soigneuse et systématique, menée dans un climat de confiance et de respect, peut faire surgir quelques problématiques courantes pour lesquelles la réponse est souvent de rassurer le patient. Le **tableau 2** décrit la prise en charge de quelques problématiques urologiques spécifiques.

Gynécomastie pubertaire

La gynécomastie se définit comme une prolifération de la glande mammaire chez l'individu de sexe masculin. Elle est

fréquente lors de la puberté où elle est physiologique dans la majorité des cas, probablement liée au déséquilibre hormonal passager propre à cette tranche d'âge, avec un pic d'incidence à 13-14 ans.¹⁶ Elle dure généralement 1 à 2 ans, est spontanément résolutive et concorde le plus souvent avec le stade Tanner 3-4 (volume testiculaire de 5-10 ml).¹⁶ Elle est à distinguer de la pseudo-gynécomastie liée à l'obésité, où la glande en elle-même n'est pas surdéveloppée. En l'absence de signes d'alarme, avec un examen clinique normal (y compris stade pubertaire et examen testiculaire à la recherche d'une masse), une attitude rassurante et le suivi clinique sans examens complémentaires sont de mise.^{16,17}

Le caractère pathologique d'une gynécomastie à l'adolescence est rare, mais doit être suspecté en cas d'apparition avant la puberté, de persistance (> 12-18 mois), de maladie chronique associée (atteinte hépatique, rénale, surrénalienne, thyroïdienne, testiculaire, prostatique ou de l'hypophyse) ou de signes cliniques alarmants tels que mastalgies, écoulement mammaire, induration localisée, adénopathie axillaire ou masse excentrée par rapport au mamelon.^{16,17} Un retard de développement des caractères sexuels masculins doit faire penser au syndrome de Klinefelter. Une perte de poids récente, la prise régulière de certains médicaments et la consommation de substances illicites doivent également être recherchées.

TABLEAU 2 Prise en charge de quelques problèmes urologiques

Problème	Description	Prise en charge
Phimosi persistant à l'adolescence	L'évolution naturelle du phimosis physiologique évolue vers un décalottage complet pour 99% des garçons à 17 ans. ²¹ Des posthites récurrentes ou un traumatisme peuvent causer un anneau cicatriciel ne permettant pas le décalottage.	En présence d'un phimosis pathologique (cicatriciel et/ou serré) après 9 à 10 ans: proposer des décalottages progressifs quotidiens avec traitement topique (Diprosalic). Circoncision en cas d'échec.
Frein préputial court	Peut causer des douleurs lors des érections avec une coudure du gland sur la verge, parfois des saignements.	En cas de gêne, proposer une frénuloplastie.
Déviati/courbure de la verge	D'origine le plus souvent congénitale chez l'enfant ou l'adolescent, peut être associée à un hypospadias.	Si déviation de > 20 degrés, douleur lors des érections ou coudure non harmonieuse, envisager une correction chirurgicale.
Varicocèle	Incompétence des valvules veineuses du plexus pampiniforme, à gauche dans la grande majorité des cas. Il faut exclure une compression extrinsèque du retour veineux (tumeur).	Critères opératoires: gêne esthétique ou douleurs associées, péjoration progressive (stade de Dubin et Amelar), asymétrie de volume testiculaire (échographique) de > 20%; chez le jeune adulte: anomalie du spermogramme. Correction chirurgicale par laparoscopie ou radiologie interventionnelle.
Spermatocèle (kyste de l'épididyme)	Formation kystique de la tête de l'épididyme, aspect échographique typique.	Traitement conservateur, sauf si augmentation du volume ou gêne.
Hydrocèle	Accumulation de liquide dans la vaginale, chez le grand enfant et adolescent habituellement non communiquant contrairement au petit enfant.	Si gênant lors des activités ou volume en augmentation progressive, envisager une correction chirurgicale par abord scrotal (technique de Jaboulay, par exemple).
Urétrite postérieure idiopathique	D'étiologie mal définie, elle associe une algurie en début de miction, avec parfois une hématurie macroscopique.	Pas de traitement satisfaisant connu, disparaît habituellement en quelques semaines à mois. Des anti-inflammatoires locaux et/ou systémiques sont parfois nécessaires.
Lichen scléro-atrophique (<i>Balanitis xerotica obliterans</i>)	Résulte d'une inflammation chronique, produisant un épaissement blanchâtre au niveau du gland qui peut toucher le méat urinaire, causant une sténose.	En cas d'échec de traitement topique (Diprosalic), la chirurgie est recommandée (circoncision ± méatoplastie).
Torsion testiculaire (URGENCE)	Souvent associée à des anomalies d'accolement du testicule dans la vaginale (anatomie en battant de cloche). Douleurs subites, associées à des vomissements, absence de réflexe crémasterien, élévation du testicule.	Exploration chirurgicale en urgence, risque de perte du testicule. Fixation bilatérale d'emblée.

Éjaculation précoce

Il s'agit d'une plainte fréquente à l'adolescence, pouvant être à l'origine d'une souffrance non négligeable. Le plus souvent, elle prend la forme d'une éjaculation précoce variable (variation physiologique du temps de latence éjaculatoire): les garçons décrivent une éjaculation survenant après quelques minutes de stimulation (environ 5-10), ce qui correspond en réalité au temps de latence éjaculatoire médian.¹⁸ Le stress des premières relations sexuelles peut accentuer le phénomène. Le plus souvent, des messages rassurants donnés dans un climat respectueux et non jugeant, permettant la remise en question des mythes autour de la performance sexuelle, amènent une amélioration notable.

L'éjaculation précoce «vraie» primaire ou acquise (temps de latence < 1-3 minutes) est rare et demande une prise en charge spécifique.

UNE CONSULTATION SPÉCIFIQUEMENT DÉDIÉE AUX GARÇONS

Bien que les consultations de médecine de premier recours soient des lieux privilégiés pour aborder ces questions, l'existence de consultations spécialisées clairement identifiées et spécifiquement dédiées à la santé sexuelle et reproductive des garçons présente un intérêt certain, notamment pour favoriser l'accès aux soins des garçons ne sachant pas très bien à qui s'adresser. Dans cette optique, la Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA) du CHUV a mis sur pied, il y a plus de 10 ans, la Consultation santé garçons (021 314 37 71 – www.sante-ados.ch).¹⁹ Grâce à son intégration dans une structure consacrée à la santé générale et pas uniquement à la santé sexuelle, elle présente l'avantage de réduire les éventuelles barrières d'accès liées à la peur d'être stigmatisé pour avoir consulté pour des problèmes «sexuels». Cette consultation joue également le rôle de pont avec des consultations spécialisées (urologie, endocrinologie, par exemple). Le développement de consultations conjointes avec les spécialistes favorisant la continuité des soins est prévu à l'avenir.

CONCLUSION

Toute consultation avec un adolescent garçon est une opportunité de le maintenir connecté à sa santé et aux soins. La sexualité, sujet de nombreuses questions dans cette phase de construction identitaire, fait partie de l'évaluation globale de la santé des jeunes et une attention particulière devrait être portée aux garçons, souvent oubliés dans ce domaine. Parler activement de sexualité au sens large, de manière ouverte et sans présuppositions, discuter les modèles masculins, proposer un examen urogénital, informer et sensibiliser sont autant d'éléments qui permettront de faire la différence non seulement sur la santé des garçons et jeunes hommes, mais également sur celle des filles et jeunes femmes.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Il est important de ne pas oublier et d'impliquer les garçons dans l'équation de l'amélioration de la santé sexuelle, pour répondre adéquatement aussi bien à leurs propres besoins et vulnérabilités qu'à ceux des filles
- Les normes masculines traditionnelles peuvent avoir un impact délétère sur la santé mentale et sexuelle, ainsi que sur l'accès aux soins et à l'information
- Toute consultation en médecine de premier recours, quel qu'en soit le motif, est l'occasion d'élargir l'entretien aux questions de sexualité, fréquentes mais pour lesquelles les garçons consultent peu
- Des messages rassurants, questionnant les stéréotypes masculins, permettent de désamorcer la plupart des inquiétudes survenant dans cette tranche d'âge

1 **Society for Adolescent Health and Medicine. Advocating for Adolescent and Young Adult Male Sexual and Reproductive Health: A Position Statement From the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health* 2018;63:657-61.

2 Kato-Wallace J, Barker G, Sharafi L, Mora L, Lauro G. Adolescent Boys and Young Men: Engaging Them as Supporters of Gender Equality and Health and Understanding their Vulnerabilities. New York City: UNFPA; 2016.

3 Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé [En ligne]. 2017. Disponible sur : www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/sgb.html

4 OFSP. VIH, syphilis, gonorrhée et chlamydie en Suisse en 2018 : survol épidémiologique. *Bull OFSP* 2019.

5 Mialon A, Berchtold A, Michaud P-A, Gmel G, Suris J-C. Sexual Dysfunctions Among Young Men: Prevalence and Associated Factors. *J Adolesc Health* 2012;51:25-31.

6 OFSP. Suivi cantonal de la couverture vaccinale en Suisse [En ligne]. 2018. Disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/gesundheitsfoerderung-und-praevention/impfungen-prophylaxe/informationen-fachleute-gesundheits-personal/durchimpfung.html

7 Marcell AV, Klein JD, Fischer J, Allan MJ, Kokotailo PK. Male adolescent use of health care services: where are the boys? *J Adolesc Health* 2002;30:35-43.

8 Barreire-Dias Y. Sexual health and behavior of young people in Switzerland. Lausanne: IUMSP, Raisons de santé 291; 2018. p. 116.

9 Marcell AV, Ford CA, Pleck JH, Sonenstein FL. Masculine Beliefs, Parental Communication, and Male Adolescents' Health Care Use. *Pediatrics* 2007;119:e966-75.

10 **Bell DL, Breland DJ, Ott MA. Adolescent and Young Adult Male Health: A Review. *Pediatrics* 2013;132:535-46.

11 Alexander SC, Fortenberry JD,

Pollak KI, et al. Sexuality talk during adolescent health maintenance visits. *JAMA Pediatr* 2014;168:163-9.

12 *Marcell AV, Wibbelsman C, Seigel WM, Committee on Adolescence. Male Adolescent Sexual and Reproductive Health Care. *Pediatrics* 2011;128:e1658-76.

13 Same RV, Bell DL, Rosenthal SL, Marcell AV. Sexual and Reproductive Health Care: Adolescent and Adult Men's Willingness to Talk and Preferred Approach. *Am J Prev Med* 2014;47:175-81.

14 Ott MA. Examining the Development and Sexual Behavior of Adolescent Males. *J Adolesc Health* 2010;46(Suppl 4):S3-11.

15 **Society for Adolescent Health and Medicine, Marcell AV, Bell DL, Joffe A, SAHM Male Health Special Interest Group. The male genital examination: a position paper of the Society for Adolescent Health and Medicine. *J Adolesc Health* 2012;50:424-5.

16 Lemaire V, Cayci C, Simmons PS,

Petty P. Gynecomastia in Adolescent Males. *Semin Plast Surg* 2013;27:56-61.

17 Nordt CA, Divasta AD. Gynecomastia in adolescents. *Curr Opin Pediatr* 2008;20:375-82.

18 McMahon CG. Management of ejaculatory dysfunction. *Intern Med J* 2014;44:124-31.

19 Suris J-C, Michaud P-A. Médecine de l'adolescence. Consultation garçons. *Rev Med Suisse* 2007;3:30-3.

20 *Marcell AV. Preventive Male Sexual and Reproductive Health Care: Recommendations for Clinical Practice. Philadelphia: Office of Population Affairs; 2014.

21 Oster J. Further fate of the foreskin. Incidence of preputial adhesions, phimosis, and smegma among Danish schoolboys. *Arch Dis Child* 1968;43:200-3.

* à lire

** à lire absolument

Troubles des conduites alimentaires et obésité à l'adolescence: implications cliniques

Dr CATHERINE CHAMAY WEBER^a et Pr ISABELLE CARRARD^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 769-72

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) de type accès hyperphagiques sont associés à l'obésité et sont présents sous leurs formes complètes ou partielles chez près d'un quart des adolescents en excès de poids. Un dépistage systématique doit être effectué dans cette population lorsqu'elle consulte, afin de permettre une prise en charge optimale. Un outil de dépistage nommé ADO-BEDs a été spécifiquement développé pour ces adolescents. Utile pour guider la consultation, il permet au soignant d'aborder le trouble et d'adresser le patient pour une évaluation spécialisée en cas de suspicion de TCA. Viser une augmentation de l'insatisfaction corporelle ou faire des commentaires négatifs portant sur le physique de l'adolescent ne sont pas une aide à la motivation, mais augmentent le risque de TCA et devraient être évités en consultation.

Eating disorders and obesity in adolescents: clinical implications

Binge eating disorder (BED) is associated with obesity and a quarter of adolescents with weight excess may suffer from the complete or a partial form of this disorder. A systematic screening for BED should be performed in this population as non-identification will complicate the patient's management. A short screening tool, named ADO-BEDs, was specifically developed for these adolescents. This latter tool appears to be useful to guide the medical consultation. As such, the health professional will be able to refer the patient for further evaluation in case of BED suspicion. Health professionals should be aware that body dissatisfaction or teasing triggered by the adolescent's body are not an incentive to lose weight and increase the risk of eating disorders. Therefore, negative comments should be avoided in consultation.

TROUBLES DES CONDUITES ALIMENTAIRES À L'ADOLESCENCE

Les troubles des conduites alimentaires (TCA) sont principalement définis par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM5)*, publié par l'Association américaine de psychiatrie et dont la dernière version a vu l'introduction de nouvelles catégories¹ (figure 1). Ces troubles concernent toutes les catégories de poids, allant du sous-poids à l'obésité.

^aUnité santé jeunes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent et Département de médecine de premier recours et des urgences, HUG, 1205 Genève, ^bFilière Nutrition et diététique, Haute école de santé Genève (HES-SO), Rue des Caroubiers 25, 1227 Carouge catherine.chamayweber@hcuge.ch | isabelle.carrard@hesge.ch

Ils partagent certains facteurs de risque et leur origine est décrite comme étant multifactorielle (figure 2).

Le pic d'apparition des TCA se situe à l'adolescence, soit entre 10 et 19 ans, l'anorexie mentale apparaissant plutôt en début/milieu d'adolescence, la boulimie et les accès hyperphagiques (AH) (*binge eating disorder* en anglais) en fin d'adolescence.²

Vignette clinique

Vous suivez Aline, 15 ans, pour un problème d'obésité. La mère est très inquiète devant la prise pondérale progressive de sa fille, car les repas sont très équilibrés à la maison et Aline mange assez peu lors de ceux-ci. Pourtant, la courbe de poids est inquiétante, avec un IMC qui augmente à chaque consultation, malgré vos conseils de modifications d'habitude de vie. La maman rapporte beaucoup de conflits à la maison autour de cette prise pondérale. Vous vous demandez si Aline a conscience de son problème de poids et si son comportement alimentaire est aussi parfait que ce que décrit la mère.

TCA ET OBÉSITÉ

Les AH, dans leurs formes partielles ou complètes, sont le TCA le plus fréquemment rencontré chez les adolescents,

FIG 1 Les différents troubles des conduites alimentaires selon le DSM-5

AH: accès hyperphagiques; AM: anorexie mentale; BN: boulimie nerveuse; TCA: troubles des conduites alimentaires.

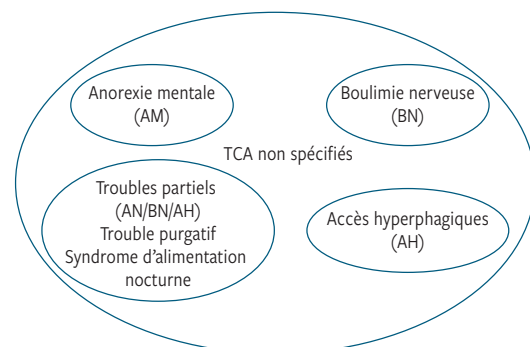
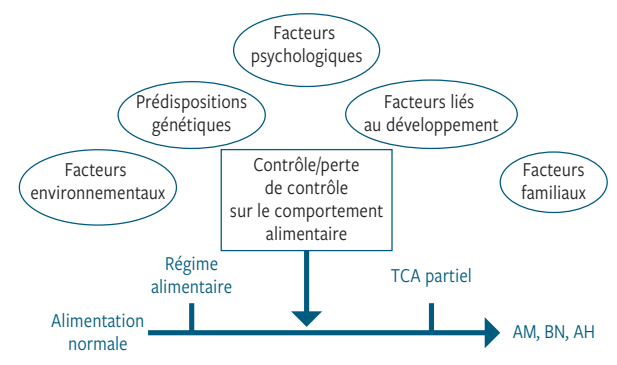


FIG 2 Facteurs de risque des troubles des conduites alimentaires et continuum

AH: accès hyperphagiques; AM: anorexie mentale; BN: boulimie nerveuse.



particulièrement chez ceux qui présentent une obésité, avec une prévalence pouvant aller jusqu'à 22%, sans différence marquée entre les sexes.³ Ce trouble consiste en des crises de boulimie sans compensation, c'est-à-dire des épisodes de consommation de grandes quantités de nourriture avec un sentiment de perte de contrôle, sans présence de comportements compensatoires (vomissements, activité physique excessive, etc.). Les critères diagnostiques définis par le DSM-5 sont décrits dans le **tableau 1**.

Les études faites chez les plus jeunes (enfants et adolescents) montrent qu'ils présenteraient plutôt des «pertes de contrôle sur l'alimentation» ou un sentiment de perte de contrôle, sans tenir compte des quantités ingérées.⁴ Ce trouble partiel est rapporté par environ un tiers des enfants et des adolescents obèses et serait un marqueur prodromique du trouble AH.^{3,5} Bien qu'elles ne remplissent pas tous les critères des AH, les pertes de contrôle sur l'alimentation partagent les mêmes comorbidités somatiques et psychologiques, comme la prise de poids, les marqueurs physiologiques du stress, un risque augmenté de syndrome métabolique, l'anxiété, la dépression, les abus de substance et les troubles du déficit de l'attention.⁶⁻⁸

Sur le plan théorique, les AH et les pertes de contrôle sur l'alimentation sont des tentatives de régulation émotionnelle, comme la tristesse, l'anxiété, la frustration, voire l'ennui, par l'absorption de nourriture.^{9,10} Ne pas prendre en compte ces comportements de régulation conduit le plus souvent à un échec de prise en charge de l'obésité.

TABEAU 1 Critères DSM-5 des AH

AH: accès hyperphagiques.

A. Survenue récurrente des AH:

- Prise d'une grande quantité de nourriture (< 2 h), avec un sentiment de perte de contrôle

B. Les crises sont associées à au moins 3 des 5 caractéristiques suivantes:

1. Manger rapidement
2. Manger jusqu'à l'inconfort physique
3. Manger sans faim
4. S'isoler pour manger
5. Se sentir coupable après les AH

C. Les AH sont associés à une détresse marquée

D. ≥ 1x/sem durant ≥ 3 mois

E. Pas de comportements compensatoires

Facteurs de risque partagés

Certains facteurs de risque de l'obésité et des TCA sont partagés, comme les commentaires négatifs sur le poids, l'insatisfaction corporelle, ou les régimes.¹¹ Ceci explique leur co-occurrence relativement fréquente.

Commentaires sur le poids

Les commentaires négatifs sur le poids par les proches participent aux mécanismes qui entretiennent la prise pondérale et favorisent l'apparition d'un TCA. En effet, bien souvent les parents ont des sentiments négatifs, tels que le découragement, voire la culpabilité, face à la prise pondérale de leur enfant. De ces sentiments résultent des commentaires négatifs sur le corps de l'adolescent dans le but de lui faire prendre conscience de son obésité et le motiver à changer ses habitudes de vie. Ces pressions se terminent le plus souvent en conflit autour de la nourriture, pouvant alors provoquer des envies alimentaires par compensation.¹² Ces critiques s'ajoutent aux nombreuses autres situations stigmatisantes vécues par le jeune souffrant d'obésité et renforcent une vision de lui-même déjà bien abîmée (**figure 3**).

Insatisfaction corporelle

Dans notre société qui valorise la minceur comme idéal de beauté et de santé, un jeune en excès de poids est généralement préoccupé par son poids et insatisfait de son physique. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, l'insatisfaction corporelle ne motive pas l'adolescent à adopter des comportements qui favorisent un poids de santé, alors que l'entourage ou les soignants comptent sur cette insatisfaction pour induire un changement. Une étude a démontré chez des adolescentes en surpoids que les plus insatisfaites de leur

FIG 3 Dessin d'un adolescent obèse

Cet adolescent avait reçu l'instruction de dessiner ce qu'il ressent face à son problème de poids (consultation Santé et Mouvement des HUG).



corps prenaient plus de poids à 5 ans que celles qui en étaient satisfaites.¹³ L'insatisfaction corporelle et la pression perçue à être mince étant les facteurs de risque parmi les mieux identifiés de TCA, les soignants devraient être particulièrement attentifs à ne pas provoquer leur augmentation au cours de la consultation.¹⁴

QUELLE ATTITUDE ADOPTER EN TANT QUE PROFESSIONNEL DE SANTÉ?

En tant que professionnel de santé, comment se comporter pour ne pas renforcer ces problématiques alors que le setting autour de la prise en charge d'un excès de poids implique d'en parler et de le mesurer? Phelan et coll. ont souligné l'importance de l'attitude du soignant pour ces patients qui expérimentent de la stigmatisation au quotidien.¹⁵ Ainsi, énumérer des stratégies pour contrôler son poids sans avoir pris la peine d'investiguer la complexité de la situation du jeune patient s'avère plutôt néfaste. Les auteurs proposent des stratégies permettant d'améliorer la prise en charge des patients en excès de poids, comme:

- Réduire l'attention portée au poids et se concentrer plutôt sur le dépistage des maladies pour lesquelles l'obésité est un facteur de risque.
- Encourager des comportements que le patient peut réaliser et qui améliorent sa santé et son bien-être.
- Adopter des stratégies de communication centrées sur le patient, comme l'entretien motivationnel, qui assure une meilleure adhésion au traitement.
- Veiller à ce que l'équipement de l'établissement et le matériel médical soient adaptés aux patients.

IMPORTANCE DU DÉPISTAGE D'UN TCA CHEZ UN ADOLESCENT EN EXCÈS DE POIDS OU OBÈSE

Du fait de la répercussion des AH et de la perte de contrôle alimentaire sur la prise pondérale et la santé tant physique que psychologique, le dépistage de ces troubles est indispensable chez les adolescents en excès de poids. Il va permettre au soignant de prendre connaissance du comportement alimentaire qui survient indépendamment de la volonté du patient et qui n'est souvent pas spontanément rapporté en consultation. Ne pas le dépister met le patient à risque d'échec de traitement, renforçant ainsi son insatisfaction corporelle et sa mauvaise estime de soi.

L'importance de dépister et de traiter les TCA a été soulignée par J. Y. Nau dans la rubrique «Avancée thérapeutique» de la *Revue médicale suisse*¹⁶ suite à la parution en septembre 2019 des recommandations de bonnes pratiques de la Haute autorité française de santé (HAS) pour le repérage et la prise en charge de la boulimie et l'hyperphagie. La HAS propose peu de questionnaires simples en français, utilisables en médecine de premier recours, pour le dépistage des AH. Elle mentionne le SCOFF-F, mais les questions ciblent plus particulièrement l'anorexie mentale et la boulimie.¹⁷

La consultation Santé jeunes des HUG a développé et évalué un court autoquestionnaire de dépistage des pertes de contrôle alimentaire et des AH chez l'adolescent obèse (ADO-BEDs)

(tableau 2). Il est basé sur les critères de perte de contrôle alimentaire des enfants et des préadolescents, pierre angulaire des AH des plus grands et tient compte du fait que la manifestation des AH n'est pas exactement similaire chez les plus jeunes, en comparaison des adultes.¹⁸ Il adopte également un langage simple qui puisse être compréhensible dès l'âge de 12 ans.

Outre le dépistage du TCA, ce court autoquestionnaire permet également au soignant, lorsqu'il le reprend en consultation avec le patient, d'ouvrir la discussion sur la perte de contrôle alimentaire et les émotions associées (prise alimentaire lors d'émotions négatives, culpabilité postprandiale).¹⁹ D'après notre expérience clinique, il nous semble important de laisser le jeune remplir ce questionnaire seul, sur papier, plutôt que de lui poser les questions oralement, en face à face. Ce moment lui permet de prendre le temps de réfléchir à son comportement alimentaire, sans pression ni gêne. Le fait que ce soit un questionnaire de dépistage standardisé lui permet également de réaliser que ce trouble est reconnu, ce qui peut déjà induire un soulagement chez le patient dépisté positif, se sentant alors moins coupable de ne pas réussir à suivre les recommandations de perte de poids.

Un jeune évalué comme étant à risque élevé de présenter des AH doit être référé à un centre spécialisé ou à un pédopsychiatre/psychologue formé dans les TCA pour confirmer ou non le diagnostic et proposer une prise en charge adéquate.

PRISE EN CHARGE DES AH

Les TCA nécessitent tous une prise en charge multidisciplinaire somatique (évaluation et suivi des complications

	TABLEAU 2	ADO-BEDs, questionnaire de dépistage	
--	-----------	--------------------------------------	--

AH: accès hyperphagiques.

1. T'arrive-t-il parfois d'avoir une envie irrésistible de manger alors que tu n'as pas faim ou que tu viens de manger? (oui/non)
2. Dans cette situation-là, t'arrive-t-il de commencer à manger et de ne pas pouvoir t'arrêter? (oui/non)
3. Dans ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim:
 - a) as-tu besoin d'être seul-e, de t'isoler pour manger? (oui/non)
 - b) as-tu l'impression d'être ailleurs, inconscient-e, comme si tu mangeais en étant dans la lune? (oui/non)
 - c) manges-tu parce que tu te sens mal, triste, en colère ou que tu t'ennuies? (oui/non)
 - d) as-tu l'impression de trop manger ou de manger plus que les autres? (oui/non)
 - e) as-tu des regrets, te sens-tu honteux-euse après avoir mangé? (oui/non)
4. Combien de fois as-tu ces moments où tu n'arrives plus à t'arrêter de manger et où tu manges sans faim?

 1 fois ou moins; 2 à 3 x/mois; 2 à 3 x/sem; tous les jours (réponse positive si ≥ 2 à 3 x/mois)
5. Depuis combien de temps as-tu ces moments-là?

 moins de 3 mois; plus de 3 mois (réponse positive si plus de 3 mois)
6. Après ces moments-là, t'arrive-t-il de faire quelque chose pour éliminer ce que tu viens de manger? (oui/non)

Score: risque de 83% de présenter des AH partiels ou complets si: réponses positives aux questions 1 et/ou 2, associée(s) à au moins 6 réponses positives aux 8 questions suivantes.

médicales), diététique et psychologique. Il existe encore peu d'études sur la prise en charge psychologique des AH de l'adolescent obèse. Actuellement, plusieurs approches semblent avoir un effet bénéfique, comme les thérapies cognitivo-comportementales, interpersonnelles et dialectiques, ainsi que les thérapies systémiques, particulièrement recommandées à l'adolescence.

CONCLUSION

Les TCA sont d'origine multifactorielle et peuvent être induits, entre autres, par un environnement ou une prise en charge non adaptée (commentaires négatifs sur le poids, régimes stricts, etc.). Les AH sont les TCA les plus fréquents, particulièrement chez les adolescents obèses. Tout soignant qui suit ce type de patient doit connaître ce trouble, savoir le dépister et pouvoir référer son patient à un spécialiste.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les accès hyperphagiques (AH) sont fréquemment associés à l'excès de poids chez les adolescents
- L'obésité et les troubles des conduites alimentaires (TCA) partagent certains facteurs de risque communs
- Il est important de dépister systématiquement les accès hyperphagiques (AH) chez les jeunes en excès de poids
- Les AH compliquent la prise en charge de l'obésité s'ils ne sont pas adressés
- Les soignants doivent faire attention à leurs attitudes potentiellement stigmatisantes lorsqu'ils suivent ces patients

1 American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5e éd. 2013.
 2 Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *BMJ Open* 2013;3.
 3 He J, Cai Z, Fan X. Prevalence of binge and loss of control eating among children and adolescents with overweight and obesity: An exploratory meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2017;50:91-103.
 4 Tanofsky-Kraff M, Goossens L, Eddy KT, et al. A multisite investigation of binge eating behaviors in children and adolescents. *J Consult Clin Psychol* 2007;75:901-13.
 5 Byrne ME, LeMay-Russell S, Tanofsky-Kraff M. Loss-of-Control Eating and Obesity Among Children and Adolescents. *Curr Obes Rep* 2019;8:33-42.
 6 Mitchell JE. Medical comorbidity and

medical complications associated with binge-eating disorder. *Int J Eat Disord* 2016;49:319-23.
 7 Hilbert A. Binge-Eating Disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2019;42:33-43.
 8 Micali N, Solmi F, Horton NJ, et al. Adolescent Eating Disorders Predict Psychiatric, High-Risk Behaviors and Weight Outcomes in Young Adulthood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:652-9 e1.
 9 Eddy KT, Tanofsky-Kraff M, Thompson-Brenner H, et al. Eating disorder pathology among overweight treatment-seeking youth: clinical correlates and cross-sectional risk modeling. *Behav Res Ther* 2007;45:2360-71.
 10 Goossens L, Braet C, Van Vlierberghe L, Mels S. Loss of control over eating in overweight youngsters: the role of anxiety, depression and emotional eating. *Eur Eat Disord Rev* 2009;17:68-78.
 11 Haines J, Kleinman KP, Rifas-Shiman

SL, Field AE, Austin SB. Examination of shared risk and protective factors for overweight and disordered eating among adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164:336-43.
 12 Chamay Weber C, Comparini N, Lanza L, Narring F. Parents' integration in the treatment of adolescents with obesity: A qualitative study. *Fam Syst Health* 2016;34:396-403.
 13 Van den Berg P, Neumark-Sztainer D. Fat 'n happy 5 years later: is it bad for overweight girls to like their bodies? *J Adolesc Health* 2007;41:415-7.
 14 Micali N, De Stavola B, Ploubidis G, et al. Adolescent eating disorder behaviours and cognitions: gender-specific effects of child, maternal and family risk factors. *Br J Psychiatry* 2015;207:320-7.
 15 **Phelan SM, Burgess DJ, Yeazel MW, et al. Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity. *Obes Rev* 2015;16:319-26.

16 Nau J.-Y. Boulimie et hyperphagie : les repérer au plus vite, agir au mieux. *Rev Med Suisse* 2019;15: 2114-2115.
 17 *Garcia FD, Grigioni S, Chelali S, et al. Validation of the French version of SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among adults. *World J Biol Psychiatry* 2010;11:888-93.
 18 Tanofsky-Kraff M, Marcus MD, Yanovski SZ, Yanovski JA. Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating Behaviors* 2008;9:360-5.
 19 **Chamay-Weber C, Combescore C, Lanza L, Carrard I, Haller DM. Screening Obese Adolescents for Binge Eating Disorder in Primary Care: The Adolescent Binge Eating Scale. *J pediatr* 2017;185:68-72 e1.

* à lire
 ** à lire absolutement

Enfant ou adulte? Réflexions transdisciplinaires sur les expertises d'âge

Dr FANNY WAELTI^a, Pr DAGMAR M. HALLER^b, Drs PIA GENET^c et PATRICK HELLER^d

Rev Med Suisse 2020; 16: 773-7

Les expertises d'âge sont réalisées en Suisse à la requête des autorités administratives ou judiciaires, dans le but de déterminer si un individu est mineur ou majeur. Cet article rappelle tout d'abord dans quel contexte sont réalisées ces expertises et quels enjeux en découlent. Ensuite il détaille le déroulement d'une expertise d'âge, puis résume dans un tableau les critiques qui peuvent être formulées par rapport aux différentes étapes de la procédure et comment les experts du Centre universitaire romand de médecine légale y répondent. Finalement, l'article expose différentes prises de position de sociétés médicales et politiques face à ces expertises d'âge et propose en conclusion quelques pistes d'amélioration.

Child or adult? Transdisciplinary reflections on forensic age-assessments

Forensic age assessments are carried out in Switzerland at the request of the administrative or judicial authorities, with the aim of determining whether an individual is a minor or an adult. This article first recalls the context in which these assessments are produced, and the challenges that arise from them. Then it details the current procedure for age assessments and summarizes some of the criticisms that can be made, along with the answers proposed by experts of the «Centre Universitaire Romand de Médecine Légale». Finally, the article presents various medical and political position statements regarding forensic age assessments and provides some suggestions for improvements.

INTRODUCTION^a

Le Centre universitaire romand de médecine légale (CURML) réalise des expertises d'âge à la requête du Service d'État à la migration, ou de la Justice. En effet, afin de respecter la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, les autorités doivent pouvoir, en cas de doute, reconnaître les mineurs auxquels ces droits s'appliquent. Au cours des

dernières années, les prises de position des sociétés médicales contre les expertises d'âge se sont multipliées. Face à cette situation, le médecin généraliste ou pédiatre doit-il ou non soutenir ces démarches d'évaluation? Quel rôle peut-il ou doit-il jouer pour protéger au mieux les intérêts de ses patients? Quels sont les enjeux et les doutes qui sous-tendent les prises de position et quelles sont les réponses que proposent les experts du CURML face à ces interrogations?

Situation clinique

Vous intervenez comme médecin généraliste dans un centre de détention pour mineurs. La direction de l'établissement souhaite que vous voyiez en consultation un jeune patient de 16 ans, en séjour illégal en Suisse, placé en détention préventive suite à un délit. La Direction suspecte que ses papiers d'identité sont faux et qu'il est majeur. La direction de l'établissement vous demande de rédiger un certificat médical attestant de son âge. Que faites-vous?

- Vous réalisez une anamnèse et un examen clinique complet (comprenant l'examen des caractères sexuels secondaires) afin de rédiger un certificat médical le plus précis possible pour répondre à cette demande.
- Vous demandez une radiographie du poignet afin de déterminer l'âge osseux du patient et de pouvoir en déduire son âge chronologique.
- Vous refusez de répondre à cette demande pour des raisons éthiques.
- Vous expliquez que cela n'est pas de votre ressort et que la demande d'expertise d'âge doit être formulée par une autorité judiciaire et réalisée par un centre universitaire de médecine légale.
- Vous demandez une radiographie du poignet et un examen dentaire pour déterminer l'âge chronologique du jeune.

ENJEUX

La question de l'âge est un enjeu central de protection. Selon la Convention relative aux droits de l'enfant, ratifiée par la Suisse en 1997, les états signataires se doivent de fournir une protection à tous les enfants, et cela sans regard de leur nationalité.

^aUnité santé jeunes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, ^bService de médecine de premier recours, HUG, et Unité des internistes généralistes et pédiatres (UIGP), Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève 14, ^cUnité romande de médecine forensique, 1206 Genève, et Unité d'imagerie et anthropologie forensiques, Centre universitaire romand de médecine légale, 1000 Lausanne 25, ^dUnité de psychiatrie pénitentiaire, Service de médecine pénitentiaire, Département de médecine de premier recours, et Service de psychiatrie adulte, Département de psychiatrie, HUG, 1211 Genève 14
fanny.waelti@hcuge.ch | dagmar.haller-hester@unige.ch
pia.genet@chuv.ch | patrick.heller@hcuge.ch

^aLa forme masculine est utilisée par souci de simplification dans tout le texte, quelle que soit l'identité sexuelle de la personne dont il est question.

En Suisse romande, les expertises d'âge sont réalisées par le CURML, lequel est mandaté le plus souvent par le tribunal des mineurs, le ministère public ou par le Secrétariat d'État aux migrations (SEM), qui dépend du Département fédéral de justice et police.

À Genève, nous observons que les expertises d'âge sont demandées par la justice pénale (le tribunal des mineurs) lorsqu'un mineur sans autorisation de séjour sur le territoire est placé en détention provisoire dans un établissement carcéral dédié aux mineurs, et que le juge remet en question son statut de mineur. Dans ce cas de figure, l'enjeu est de taille pour assurer la protection des mineurs. En effet, des procédures et des garanties spécifiques existent dans le système judiciaire pour mineurs. Ainsi, alors que la séparation des mineurs et des adultes en détention est exigée par la Convention relative aux droits de l'enfant et par le droit pénal suisse des mineurs, une erreur d'appréciation de l'âge pourrait conduire un mineur à être placé dans un centre de détention pour adultes, ou inversement un majeur dans un centre dédié aux mineurs, constituant par là même une menace pour la sécurité des détenus mineurs.

Lorsque la procédure d'estimation de l'âge survient dans le processus de demande d'asile d'un requérant d'asile mineur non accompagné (RMNA), celle-ci influence son devenir en Suisse. Pour rappel, en Suisse, est considéré comme mineur quiconque n'a pas encore atteint l'âge de 18 ans révolus, conformément à l'article 14 du Code civil. Dans le cas où la minorité d'un requérant d'asile est mise en doute durant l'établissement des faits, l'instance administrative régissant le statut des demandeurs d'asile (SEM) a l'autorisation de recourir à des techniques de vérification de la minorité selon la loi sur l'asile (LAsi, art. 17, al. 3bis). Cette procédure s'inscrit dans un contexte de migration globale, secondaire aux bouleversements politiques et aux conflits armés, lesquels ont pour conséquence la migration vers l'Europe de milliers de personnes, incluant des enfants, des adolescents et des jeunes adultes non accompagnés, c'est-à-dire sans représentant légal à leurs côtés. Or une large partie d'entre eux arrivent en Europe sans documents d'identité (75% des demandeurs d'asile en Suisse selon les chiffres du SEM de 2016). Il s'agit alors pour les autorités du pays hôte d'établir l'âge chronologique de la personne, afin de déterminer s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur, ce qui définira ses droits. En effet, contrairement aux adultes, les RMNA ne sont pas transférés vers un autre pays de l'Union européenne sur la base du règlement Dublin, lequel prévoit que le premier pays de l'Union européenne dans lequel un demandeur d'asile est arrivé est responsable du traitement de sa demande d'asile, et ce dernier peut donc être renvoyé dans ce pays (sauf si le mineur a de la famille en séjour légal dans un autre pays membre). Concernant la scolarité, les opportunités sont moindres pour les majeurs. De plus, s'il est considéré comme majeur, le jeune sera logé dans un centre d'accueil pour adultes et ne bénéficiera pas de l'encadrement socio-éducatif spécifique pour les mineurs. Par ailleurs, il ne bénéficiera pas du soutien d'un tuteur légal (au travers du Service de protection des mineurs à Genève) et du droit de demander une protection internationale fondée sur des motifs d'asile spécifiques aux enfants ni du droit au regroupement familial, comprenant notamment la protection contre la détention administrative et l'expulsion.

PROCÉDURE EFFECTUÉE PAR LE CENTRE UNIVERSITAIRE ROMAND DE MÉDECINE LÉGALE

En Suisse, les procédures d'expertise d'âge relèvent des cantons, qui délèguent en général cette activité à des organismes certifiés. Pour la Suisse romande et le Tessin, c'est le CURML qui traite ces requêtes. Il n'effectue pas l'expertise si la personne concernée refuse de s'y soumettre.

Pour réaliser ces expertises d'âge, les experts du CURML se basent sur les recommandations de l'Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD).¹ L'AGFAD est un groupe de travail créé en 2000 par la société allemande de médecine légale, qui compte 123 membres de 16 pays, dont la Suisse. L'objectif est d'estimer de la manière la plus précise possible l'âge biologique probable d'un individu dont l'âge chronologique n'est pas connu de manière certaine, sachant qu'il n'existe actuellement aucun test (ou groupe de tests) permettant de faire cette évaluation sans une marge d'erreur.²

Avant le début de l'expertise d'âge, le jeune est invité à donner son consentement écrit autorisant l'expert à pratiquer toutes les étapes de la procédure et à transmettre les informations au mandataire. La personne expertisée peut également exprimer son refus face à certaines étapes, au cours de l'examen (par exemple, refus de l'examen des parties intimes). L'examen d'expertise peut être réalisé en présence d'un interprète, mais tout autre accompagnateur (gardien de prison, tuteur, etc.) est invité à attendre à l'extérieur de la salle d'examen.

L'examen se déroule en trois étapes: 1) l'anamnèse et l'examen clinique, 2) les examens radiologiques et 3) l'examen dentaire.

Première étape: anamnèse et examen clinique

C'est un médecin du CURML avec une expérience des estimations d'âge qui pratique ces examens, d'une durée d'environ 30 minutes. Ce médecin est lui-même en possession d'un certificat valable et renouvelable annuellement par l'AGFAD ou il est supervisé par un tel expert. Le but de cette anamnèse est de repérer entre autres les éléments qui pourraient modifier l'interprétation des examens radiologiques. Dans un premier temps, il effectue une anamnèse qui inclut un génogramme (nombre de frères et sœurs, place dans la fratrie), les maladies dans la famille, celles susceptibles d'influencer le développement (y compris les maladies infectieuses), les traumatismes (notamment fractures de la main ou des clavicules, susceptibles d'avoir une influence sur le résultat des examens radiologiques), l'alimentation et l'exposition à la malnutrition. Le médecin interroge également le jeune sur ses habitudes de rasage, son parcours scolaire et son expérience du monde du travail, afin d'évaluer si l'expérience du jeune est compatible avec l'âge annoncé.

Dans un deuxième temps, le médecin pratique un examen clinique, centré sur l'évaluation du stade de développement pubertaire (selon la classification de Tanner). Avec l'accord du jeune, des photos peuvent être réalisées, afin de documenter l'examen médico-légal.

Deuxième étape: examens radiologiques

Les examens radiologiques sont effectués au CHUV, aux HUG ou à l'hôpital de Mendrisio. On réalise en premier lieu une radiographie de la main gauche si l'expertisé est droitier ou de la main droite si la personne est gauchère ou a des antécédents de fracture à gauche. La méthode repose sur la comparaison du degré d'ossification des os du poignet avec ceux de planches de référence (Atlas de Greulich et Pyle,³ complété plus récemment par le référentiel de Tisè et coll.)⁴. L'analyse est effectuée par un radiologue ayant de l'expérience en estimation d'âge; il orientera la suite du bilan. Si les épiphyses sont ouvertes, on a la certitude que la personne est mineure et l'évaluation se termine. Malheureusement, c'est le cas dans moins de 10% des expertises d'âge. L'étape suivante proposée est un CT-scan de l'articulation sterno-claviculaire avec évaluation du degré d'ossification du cartilage épiphysaire de la partie médiale de la clavicule.^{5,6} Les images du CT-scan sont comparées à une base de données d'âge⁷ pour fournir une estimation de l'âge moyen avec déviation standard, ainsi qu'un âge minimum.

Troisième étape: examen dentaire

Cet examen est réalisé à Genève par un dentiste expert de ce type d'approche qui se déplace au CURML. Il complète l'examen radiologique. L'expert dentiste réalise un examen dentaire avec des prises photographiques. Il base également son évaluation sur un orthopantomogramme (OPG). À Lausanne et dans le canton du Tessin, l'examen dentaire est basé sur l'OPG uniquement. Les articles de référence pour la classification d'âge selon l'OPG⁸⁻¹⁰ sont basés sur les stades de maturation des dents et offrent l'avantage d'avoir comme références des populations diversifiées contrairement à celles utilisées pour l'évaluation de l'âge osseux, basées essentiellement sur des individus caucasiens issus de la classe moyenne.

Étape finale: synthèse

Le rapport d'expertise contient les rapports des différents experts impliqués dans chacune des trois étapes de l'expertise, mais la discussion, rédigée par un médecin légiste, est le plus souvent basée exclusivement sur les constatations radiographiques et l'examen dentaire. La conclusion comporte un avis d'expert sur l'âge minimum, en faisant une moyenne entre l'âge minimum dentaire et radiologique. Dans la plupart des cas, ces âges concordent. S'il y a d'importantes divergences, le médecin légiste recherchera la cause, par exemple une maladie métabolique ou une autre cause permettant d'expliquer ces discordances. Chaque méthode, classification radiologique et dentaire, comporte des fourchettes d'interprétation très larges. En se basant sur les deux méthodes, l'âge minimum estimé a une grande marge de sécurité.

Certification annuelle des experts

Afin de garantir une qualité d'expertise optimale, les membres du CURML impliqués dans ces expertises se soumettent à des tests de compétence organisés par l'AGFAD. Les résultats sont présentés chaque année à Berlin et les membres ayant réussi le test obtiennent un certificat. Au CURML, seuls les

médecins ayant obtenu cette certification sont autorisés à réaliser les expertises d'âge.

EN SUISSE ET AU-DELÀ DES FRONTIÈRES: PRISES DE POSITION

Même si les procédures d'expertise d'âge s'inscrivent désormais le plus souvent dans le cadre des recommandations, leur bien-fondé suscite des débats.

Prises de position des sociétés médicales

Les réserves les plus communément émises par les sociétés médicales quant aux méthodes utilisées pour réaliser des expertises d'âge comprennent principalement: 1) leur manque de précision dont découle une marge d'erreur importante, 2) l'absence de validité pour les populations migrantes concernées et 3) le défaut de reproductibilité lors de l'interprétation des examens par différents experts.

En Suisse, les Sociétés de pédiatrie (SSP), de radiologie pédiatrique (SSRP) et d'endocrinologie et diabétologie pédiatriques (SSEDP) ont pris position dès 2016¹¹ attestant qu'aucune méthode ne permet, en l'état actuel des connaissances médicales, de déterminer de façon précise l'âge d'un mineur. Elles soulignent que la détermination de l'âge emploie des méthodes (radiographie de la main et du poignet, OPG, CT-scan de la clavicule) comportant une marge d'erreur de plus ou moins 2 ans.

Au niveau européen, l'Académie européenne de pédiatrie recommande fortement à tous les pédiatres en Europe de ne pas participer au processus de détermination de l'âge des requérants d'asile affirmant être mineurs.¹² Elle les encourage également à faire savoir aux autorités de leur pays qu'ils s'opposent à la directive sur les procédures d'asile (2005/85/CE)¹³ selon laquelle les États membres peuvent recourir à des examens médicaux pour déterminer l'âge dans le cadre d'une demande d'asile.

Sur le plan international, en 2017, la Société internationale de pédiatrie sociale et de santé infantile (ISSOP) prend la position suivante: «Les professionnels de la santé ne doivent pas participer aux procédures de l'estimation de l'âge tant qu'il n'y a pas de méthodes avec des standards scientifiques et éthiques acceptables qui ont été développées.»

Prise de position du Parlement européen

La question de la fiabilité des méthodes a été soulevée par le Parlement européen en 2013 dans une résolution¹⁴ qui déplore le caractère inadapté et invasif des techniques médicales utilisées pour la détermination de l'âge, qui rappelle que certaines de ces méthodes, basées sur l'âge osseux ou sur la minéralisation dentaire, restent controversées et présentent d'importantes marges d'erreur. Cette même résolution insiste pour que cet examen soit pratiqué dans le strict respect des droits de l'enfant, de son intégrité physique et de la dignité humaine. Elle rappelle aussi que les examens médicaux devraient uniquement être pratiqués lorsque les autres méthodes de détermination de l'âge ont échoué, et ajoute que

TABLEAU 1 Étapes principales de l'expertise d'âge, réserves exprimées et réponses du CURML

^a Méthode de Greulich et Pyle pour l'estimation de l'âge osseux³: créé aux États-Unis dans les années 1950, l'Atlas de Greulich et Pyle est constitué de radiographies de la main et du poignet gauches de sujets témoins pour chaque classe d'âge et pour les deux sexes. On observe sur ces radiographies sériées la progression de la fusion et de l'ossification des cartilages de croissance. Cette méthode consiste à déterminer l'âge osseux du sujet par comparaison visuelle de ses radiographies avec les clichés témoins. À noter que les radiographies qui servent de référence ont été prises entre 1931 et 1942, sur des enfants âgés de 3 mois à 19 ans, nés aux États-Unis, d'origine caucasienne et issus d'un milieu socio-économique élevé.

ATCD: antécédents; CT-scan: computerized tomography-scan; CURML: Centre universitaire romand de médecine légale; IRM: imagerie par résonance magnétique; OPG: orthopantomogramme.

	Méthode	Critique	Réponse du CURML
Anamnèse			
	<ul style="list-style-type: none"> Investigations des éléments pouvant contribuer à estimer l'âge chronologique: anamnèse personnelle et familiale; scolarité; ATCD notamment traumatiques La présence d'un interprète peut être requise 	<ul style="list-style-type: none"> Le représentant légal du patient n'est pas systématiquement présent La cohérence de l'anamnèse peut être affectée selon le niveau de développement psycho-cognitif de l'adolescent Les traumatismes vécus affectent la mémoire 	<ul style="list-style-type: none"> L'anamnèse sert à repérer d'éventuels éléments susceptibles d'affecter l'interprétation des examens complémentaires La conclusion de l'expertise se base essentiellement sur l'âge osseux et dentaire
Examen physique			
	<ul style="list-style-type: none"> Mesures anthropométriques: taille, poids Évaluation du stade pubertaire Visualisation de cicatrices éventuelles 	<ul style="list-style-type: none"> Méthode intrusive dont l'éthique peut être remise en question, car n'est pas employée dans le cadre d'une prise en charge médicale Méthode peu fiable pour estimer l'âge Temps consacré à l'anamnèse et à l'examen clinique: 30 minutes au total 	<ul style="list-style-type: none"> Les souhaits des patients de ne pas effectuer l'examen physique sont respectés, sans que cela n'affecte de manière négative les conclusions de l'expertise
Examens paracliniques			
Radiographie de la main/du poignet	<ul style="list-style-type: none"> Radiographie de la main gauche (ou droite si l'expertisé est gaucher ou si ATCD de fracture à gauche) puis interprétation selon la méthode de Greulich et Pyle^a 	<ul style="list-style-type: none"> La population à partir de laquelle la méthode a été développée est très différente (origine caucasienne, milieu socio-économique élevé, années 1950) de celle migrante concernée L'utilisation actuelle du test dans le domaine de la migration consiste en un détournement de son usage originel visant à dépister une maturation osseuse précoce ou tardive (en définissant l'âge osseux pour le comparer à l'âge chronologique connu) Méthode imprécise compte tenu de la variabilité individuelle: 2 écarts-type correspondent à plus de 2 ans. Caractère irradiant de la méthode 	<ul style="list-style-type: none"> Lors de l'interprétation, l'accent est placé sur l'âge minimum donné par l'intervalle, et mis en lien également avec le résultat de l'examen dentaire Toute discordance entre les deux examens est investiguée
Radiographie de la clavicle	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation du développement de l'ossification du cartilage de la clavicle 	<ul style="list-style-type: none"> Imprécision liée aux variables ethniques et aux conditions socio-économiques Imprécision liée à la technique: selon la position du sujet et l'angle d'exposition aux rayons, l'interprétation de la radiographie peut varier Caractère irradiant de la méthode (> celle de la radiographie de la main) 	<ul style="list-style-type: none"> Le CURML ne recourt pas à cet examen
CT-scan de l'articulation sterno-claviculaire	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation de la maturation osseuse de l'extrémité sternale de la clavicle 	<ul style="list-style-type: none"> Irradiation jusqu'à 10 fois supérieure à la radiographie 	<ul style="list-style-type: none"> Information et requête du consentement éclairé du jeune avant exposition Implication de radiologues expérimentés pour garantir la qualité de l'examen et de son interprétation
OPG	<ul style="list-style-type: none"> ± examen dentaire par le dentiste Évaluation du développement des dents, en particulier celles de sagesse 	<ul style="list-style-type: none"> Imprécision au vu de la variabilité inter-individuelle et des facteurs ethniques et environnementaux Caractère irradiant de la méthode 	<ul style="list-style-type: none"> Implication de dentistes expérimentés pour garantir la qualité de l'examen et de son interprétation Lors de l'interprétation, l'accent est placé sur l'âge minimum donné par l'intervalle, et mis en lien également avec le résultat de l'examen radiologique Toute discordance entre les deux examens est investiguée
IRM de la main/du poignet, du genou, de la clavicle	<ul style="list-style-type: none"> Analyse du cartilage de conjugaison 	<ul style="list-style-type: none"> Études en cours 	<ul style="list-style-type: none"> Participation active des équipes du CURML à différents projets de recherche pour développer ces méthodes

les résultats de ces évaluations doivent pouvoir faire l'objet de recours. Finalement, le doute doit toujours bénéficier au mineur sachant que la marge d'erreur admise est de plus ou moins 2 ans.

Prise de position du Haut-Commissariat aux réfugiés

Les recommandations relatives aux procédures de détermination de l'âge émises par cette instance ont mis l'accent sur

les normes de qualité et les garanties de la procédure elle-même, mais aussi sur la pertinence attachée aux résultats de la détermination de l'âge.¹⁵ Elles préconisent qu'en plus de l'âge chronologique, la maturité et les capacités évolutives du jeune soient évaluées afin d'avoir une compréhension globale de ses vulnérabilités, de ses aptitudes d'adaptation, de son réseau de soutien et de ses compétences quant à des prises de décision. Le **tableau 1** résume les principales étapes de l'expertise d'âge, les réserves exprimées par les différentes sociétés et les approches proposées par le CURML pour répondre aux limites des différentes méthodes.

CONCLUSION

L'estimation de l'âge des jeunes migrants pose de nombreuses questions, tant sur le plan éthique que méthodologique. Les expertises d'âge restent dans certaines situations nécessaires pour que les autorités suisses puissent appliquer les droits de l'enfant, notamment pour éviter à des mineurs d'être logés ou placés en détention avec des majeurs. Cependant, les méthodes actuellement utilisées pour l'estimation de l'âge restent vivement critiquées compte tenu des limites techniques qu'elles comportent. Le CURML garantit toutefois un niveau d'expertise optimal grâce aux certifications annuelles de ses experts. Il établit ses conclusions avec la plus grande marge de sécurité possible. En effet, grâce à l'interprétation qui prend en considération les limites de la méthode, les résultats sont toujours donnés en faveur de l'expertisé. De plus, cette expertise est utilisée uniquement dans les rares cas où toutes les autres évaluations d'âge ont échoué et qu'un fort doute sur l'âge du mineur persiste.

Dans les pistes d'amélioration à envisager, il semble tout d'abord indispensable de rappeler l'importance d'un accompagnement du jeune par un adulte de référence durant cette procédure d'estimation de l'âge. Il est par ailleurs fondamental que cette évaluation soit toujours réalisée par des experts, avec le consentement éclairé du jeune concerné. Ensuite, nous proposons de rediscuter la pertinence de la réalisation de l'examen physique compte tenu du fait que les éléments cliniques mis en évidence ne sont ensuite pas utilisés dans les conclusions de l'expertise. S'il devait continuer à faire partie de l'expertise d'âge, il nous paraîtrait cohérent que l'examen

physique soit réalisé par des médecins formés en médecine de l'adolescent. Sur le plan des examens radiologiques, il nous semblerait justifié de renoncer aux radiographies du poignet. Celles-ci sont irradiantes, rarement pertinentes puisque non conclusives dans 90% des cas, et interprétées au travers d'une méthode (Greulich et Pyle) détournée de son usage original, non validée pour la population concernée. Le CT-scan est encore davantage irradiant mais c'est à ce jour la méthode la plus précise. Ainsi, il s'agit d'encourager le développement de méthodes plus fiables, comprenant notamment les recherches en cours sur l'utilisation de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) dans ce domaine.

Par ailleurs, il serait judicieux de poursuivre le travail d'information initié par le corps médical auprès des juridictions mandantes afin de les sensibiliser aux limites techniques des expertises d'âge, pour qu'*in fine* la marge d'erreur bénéficie à juste titre à la personne expertisée.

Réponse au cas décrit dans la situation clinique en début d'article: D

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

Remerciements: Nous remercions les Prs Silke Grabherr et Hans Wolff pour leur lecture attentive et leurs commentaires concernant cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les expertises d'âge restent dans certaines situations nécessaires pour que les autorités suisses puissent appliquer les droits de l'enfant
- Les méthodes actuellement utilisées pour l'estimation de l'âge restent critiquées compte tenu des limites techniques qu'elles comportent
- Le Centre universitaire romand de médecine légale garantit un niveau d'expertise optimal grâce aux certifications annuelles de ses experts et établit ses conclusions avec la plus grande marge de sécurité possible
- Pour protéger au mieux les intérêts de son patient soumis à une expertise d'âge, le médecin traitant est en mesure de s'assurer qu'il a pu exprimer son consentement éclairé et qu'il est accompagné par un adulte de référence durant la procédure

1 Deutsche Gesellschaft Für Rechtsmedizin – German Society of Legal Medicine. Disponible sur : www.dgrm.de/arbeitsgemeinschaften/forensische-altersdiagnostik/aktuelles

2 * Ritz-Timme S, Cattaneo C, Collins MJ, et al. Age estimation: the state of the art in relation to the specific demands of forensic practise. *Int J Legal Med* 2000;113:129-36.

3 Greulich WW, Pyle SI. Radiographic atlas of Skeletal Development of the Hand and Wrist. 2e éd. Stanford: CA Stanford University Press, 1959.

4 Tisè M, Mazzarini L, Fabrizzi G, et al. Applicability of Greulich and Pyle method for age assessment in forensic practice on an Italian sample. *Int J Legal Med* 2011;125:411-6.

5 Kellinghaus M, Schulz R, Vieth V, et al. Enhanced possibilities to make state-

ments on the ossification status of the medial clavicular epiphysis using an amplified staging scheme in evaluating thin-slice CT scans. *Int J Legal Med* 2010;124:321-5.

6 Kellinghaus M, Schulz R, Vieth V, et al. Forensic age estimation in living subjects based on the ossification status of the medial clavicular epiphysis as revealed by thin-slice multidetector computed tomography. *Int J Legal Med* 2010;124:149-54.

7 Wittschieber D, Schulz R, Vieth V, et al. The value of sub-stages and thin slices for the assessment of the medial clavicular epiphysis: a prospective multi-center CT study. *Forensic Sci Med Pathol* 2014;10:163-9.

8 Demirjian A, Goldstein H, Tanner JM. A new system of dental age assessment. *Hum Biol* 1973;45:211-27.

9 Olze A, Reisinger W, Geserick G, et al. Age estimation of unaccompanied minors. Part II. Dental aspects. *Forensic Sci Int* 2006;159(Suppl. 1):S65-7.

10 Mincer HH, Harris EF, Berryman HE. The A.B.F.O. study of third molar development and its use as an estimator of chronological age. *J For Sci* 1993;38:379-90.

11 ** Schwitzgebel V, Georg F. L'âge osseux ne permet pas de déterminer l'âge des jeunes requérants d'asile. *Paediatrica* 2016;27:29.

12 Sauer PJ, Nicholson A, Neubauer D. Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated. *Eur J Pediatr* 2016;175:299-303.

13 eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0085&from=FR
14 Résolution du Parlement européen du 12 septembre 2013 sur la situation des

mineurs non accompagnés dans l'Union européenne. *Journal officiel de l'Union européenne*, 2016 ; 2012/2263 (INI). Disponible sur : eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52013P0387&from=NL

15 Principes directeurs sur la protection internationale: Les demandes d'asile d'enfants dans le cadre de l'article 1A(2) et de l'article 1(F) de la Convention de 1951 et/ou son Protocole de 1967 relatifs au statut des réfugiés, UNHCR 2009 ; HCR/GIP/09/08. Disponible sur : www.unhcr.org/fr/publications/legal/4fd736c99/principes-directeurs-no-8-demandes-dasile-denfants-cadre-l'article-1a2-l'article.html

* à lire

** à lire absolument

Vitamine D chez les adolescents : résumé des recommandations pour la pratique clinique

Dr MAGDALINI PATSEADOU^{a,b} et Pr DAGMAR M. HALLER^{b,c}

Rev Med Suisse 2020; 16: 778-83

La vitamine D joue un rôle indispensable pour la santé osseuse des adolescents. Faut-il de ce fait dépister et traiter d'éventuelles carences en vitamine D à cet âge? À partir d'un cas clinique, nous tentons de répondre à cette question en présentant une synthèse des recommandations disponibles dans la littérature mondiale à propos de la vitamine D chez les adolescents.

Vitamin D in adolescents: summarizing guidelines for general practice

Vitamin D plays a critical role in bone health in adolescence. Is screening and treatment of vitamin D deficiency therefore necessary at this age? Inspired by a clinical case, we try to answer this question by presenting a summary of worldwide recommendations for vitamin D in adolescents.

INTRODUCTION

Rôle de la vitamine D à l'adolescence

La vitamine D joue un rôle essentiel dans la santé osseuse, en particulier durant la période de croissance qu'est l'adolescence. Conjointement avec le calcium, elle est responsable de la création de la masse osseuse atteignant un pic et apportant le capital osseux pour toute la vie adulte.¹ La vitamine D est également un acteur potentiel des maladies non musculo-squelettiques, telles les maladies cardiovasculaires,² auto-immunes³ ainsi que certaines maladies infectieuses⁴ ou cancers.⁵ Assurer un apport adéquat en vitamine D pendant l'adolescence est donc essentiel.

Prévalence de la carence en vitamine D chez les adolescents

L'hypovitaminose D est la carence nutritionnelle la plus courante, représentant une préoccupation de santé publique mondiale. Sa fréquence est telle que certains auteurs parlent d'une vraie pandémie.⁶ Les connaissances scientifiques sur la prévention et le traitement de la carence en vitamine D dans la période de l'adolescence sont peu cohérentes et les données disponibles provenant de différentes études difficiles à comparer en raison de l'utilisation de divers groupes d'âge,

ethnicités, latitudes, saisons de dépistage, méthodologies analytiques du dosage, et surtout du manque de consensus concernant les valeurs seuils définissant la carence. Par conséquent, les études décrivent que l'hypovitaminose D chez les jeunes varie entre 4 et 91%⁷ et atteint même les adolescents qui vivent dans des zones particulièrement ensoleillées. Le rachitisme nutritionnel reste un problème d'actualité non seulement dans les pays à bas et moyen revenus, mais est observé également dans les sociétés occidentales, en particulier chez les adolescents d'origine africaine ou asiatique.⁸

Quelles sont les recommandations?

De nombreuses organisations scientifiques ainsi que des départements de santé de différents pays ont élaboré des recommandations sur l'apport nutritionnel adéquat en vitamine D ainsi que sur la définition d'une carence. D'autres recommandations parlent de stratégies de prévention d'un tel déficit dans la population, surtout chez les nourrissons et les personnes âgées, ou également de la prise en charge thérapeutique des patients déficitaires.

En Suisse, il n'existe pas de recommandations spécifiques pour les adolescents. Celles publiées en 2012 par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)⁹ précisent que la substitution en vitamine D n'est recommandée que pour les nourrissons et les enfants de moins de 3 ans, les personnes âgées de 60 ans et plus, ainsi que les femmes enceintes et celles qui allaitent. Les personnes âgées de 3 à 60 ans ont besoin d'un apport journalier de 600 UI pour atteindre une concentration de 25-hydroxyvitamine D (25(OH)D) d'au moins 50 nmol/l. Toujours selon l'OFSP, cet apport est atteint par la synthèse cutanée pendant l'été et doit être fourni par l'alimentation pendant l'hiver. Les personnes présentant l'un des facteurs de risque d'une carence reçoivent la recommandation de s'adresser à leur médecin.

Vignette clinique

Souleymane a 15 ans, il est originaire de Guinée. Vous le suivez depuis quelques années et il est globalement en bonne santé. Il s'est plaint à plusieurs reprises de douleurs aux membres inférieurs que vous avez plutôt attribuées à la croissance. Cet hiver, il a consulté à trois reprises pour une infection des voies respiratoires supérieures. Vous avez lu récemment qu'une carence en vitamine D pourrait être associée à une susceptibilité aux

^a Consultation santé jeunes, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1205 Genève, ^b Unité des internistes généralistes et pédiatres, Faculté de médecine, Université de Genève, 1211 Genève, ^c Département de médecine de premier recours, HUG, 1205 Genève
magdalini.patseadou@hcuge.ch | dagmar.haller-hester@unige.ch

Andreamag®

Comprimés effervescents

**Magnésium fortement dosé
300 mg (12,3 mmol)**

- 1 fois par jour
- au goût **framboise** ou **orange**
- admis par les caisses-maladie



Principe actif: magnésium 300 mg (12,3 mmol). **Indications:** Carence en magnésium, pour couvrir un besoin accru pendant la grossesse et la période d'allaitement, lors du sport de compétition, disposition à des crampes des jambes et à des tressaillements musculaires, traitement de l'éclampsie et de la pré-éclampsie, troubles du rythme cardiaque tachycardiques. **Posologie:** adultes et enfants à partir de 12 ans: 1x 1 comprimé effervescent par jour. **Contre-indications:** insuffisance rénale, bloc A.V., exsiccose. **Interactions:** tétracyclines, préparations à base de fer, cholécalférol. **Effets indésirables:** occasionnellement diarrhées. **Présentation:** 20 et 60 comprimés effervescents. Liste D. **Admis par les caisses maladie.** Pour des informations plus détaillées, veuillez consulter www.swissmedinfo.ch.

Andreabal SA, 4123 Allschwil, Téléphone 061 271 95 87, Fax 061 271 95 88, www.andreabal.ch

infections respiratoires. Vous reconsidérez ses douleurs musculaires et vous vous interrogez à propos de l'indication à effectuer un dosage de la vitamine D et la pertinence d'une éventuelle substitution chez ce jeune patient.

Sur quelle base prendre une décision chez cet adolescent qui se présente à votre consultation?

C'est la question que nous nous sommes posée et qui nous a menés à effectuer une synthèse des recommandations mondiales. Nous présentons ici les grandes lignes de cette revue publiée en 2019.¹⁰

DOSAGE DE LA VITAMINE D: VALEURS SEUILS

Le métabolite circulant principal de la vitamine D, la 25(OH)D, est proposé comme le meilleur indicateur de statut de vitamine D, car elle représente les apports alimentaires (d'aliments, de produits enrichis et/ou de compléments) et la synthèse cutanée sous l'exposition au soleil (rayonnement ultraviolet (UVB)). La 25(OH)D a également l'avantage d'une longue demi-vie dans la circulation (environ 2-3 semaines), son taux ne fluctue donc pas de façon aiguë, et n'est pas sous un contrôle homéostatique étroit (comme la parathormone, le calcium et les phosphates).

Le dosage sérique de 25(OH)D est recommandé chez les personnes manifestant des *symptômes* éventuellement liés à un déficit en termes de santé musculosquelettique, par exemple des douleurs musculaires diffuses, de la faiblesse musculaire ou des troubles de la marche.¹¹ Pour la *population générale en bonne santé*, le dosage n'est recommandé que chez les personnes à risque (**tableau 1**).¹² À noter que si les taux de 25(OH)D sont fréquemment bas chez les patients présentant une obésité et/ou une pigmentation foncée de la peau, on ne sait pas encore si cela reflète réellement un statut hypovitaminique susceptible d'avoir des répercussions cliniques défavorables (la biodisponibilité de 25(OH)D ne semble pas toujours perturbée dans ces conditions).¹³

De nombreuses *méthodes analytiques* de dosage sérique de la 25(OH)D sont disponibles (compétition de liaison à des protéines, immunodosage, chromatographie liquide à haute

performance, couplée ou non à la spectrométrie de masse). Cependant, leur fidélité est difficile à déterminer, une variabilité importante est rapportée entre des types de méthodes différentes ainsi qu'entre des laboratoires différents utilisant tous la même méthode.¹²

Il existe un bon accord général selon lequel les adolescents ne devraient pas avoir de concentrations de 25(OH)D inférieures à 25-30 nmol/l en raison d'un risque accru de rachitisme et de mauvaise santé osseuse (**tableau 2**). En revanche, la définition de l'état déficitaire ainsi que celle de l'état adéquat sont controversées. Le débat créé entre l'Institut de médecine¹⁴ et la Société d'endocrinologie¹¹ sur le taux sérique de 25(OH)D seuil pour la suffisance (> 50 nmol/l ou > 75 nmol/l respectivement) se base notamment sur la définition d'une «population en bonne santé» et des «individus à risque» ainsi que sur la considération ou pas de ses potentiels effets pléiotropes.

APPORTS NUTRITIONNELS DE RÉFÉRENCE (ANREF)

À l'heure actuelle, tous les ANREF proposés sont basés sur les effets musculosquelettiques et ne tiennent pas compte de la prévention du risque d'autres problèmes de santé où la fonction de la vitamine D n'a pas encore été suffisamment démontrée. Les ANREF comprennent les aliments naturellement riches en vitamine D (la D₃ ou cholécalférol est d'origine animale tandis que la D₂ ou ergocalciférol est présente notamment dans certains champignons et végétaux), les aliments enrichis (rares en Suisse) et les compléments. Il est à noter que peu d'aliments courants apportent une quantité considérable de vitamine D (**tableau 3**).

Les différents pays établissent leurs propres recommandations à propos des apports nutritionnels recommandés, basées sur un statut sérique de 25(OH)D adéquat, permettant de combler les besoins nutritionnels de la quasi-totalité des sujets (97,5 % de la population) lorsque l'exposition au rayonnement UVB est nulle ou minimale. Ainsi, les apports de 400, 600 ou 1000 UI/j sont proposés afin d'atteindre une concentration sérique cible de 25(OH)D de 25, 50 ou 75 nmol/l respectivement (**tableau 4**). Pour les personnes à risque de carence, certains groupes de travail considèrent des besoins nutritionnels plus élevés comparés à ceux de la population générale en bonne santé, à savoir environ 800 à 1000 UI/j.

TABLEAU 1	Facteurs de risque pour une carence en vitamine D
-----------	---

UVB: ultraviolet.

*antiépileptiques, antiviraux, antifongiques, glucocorticoïdes

- Antécédent de carence symptomatique nécessitant un traitement (rachitisme)
- Besoins accrus (grossesse, allaitement)
- Absorption intestinale de la vitamine D diminuée (syndromes de malabsorption, régimes spécifiques, chirurgie bariatrique)
- Conditions influençant le métabolisme de la vitamine D (insuffisance hépatique/rénale, médicaments*)
- Stockage de la vitamine D accentué (obésité)
- Exposition au soleil inadéquate (activités à l'intérieur, port du voile, éviction intentionnelle du soleil)
- Peau foncée
- Niveau bas du rayonnement UVB (latitude élevée, saison hivernale)

TABLEAU 2	Valeurs seuils de la concentration sérique de 25(OH)D
-----------	---

25(OH)D: 25-hydroxyvitamine; PTH: parathormone.

Pour la concentration sérique de 25(OH)D: 1 nmol/l = 0,4 ng/ml et 1 ng/ml = 2,5 nmol/l

- Manque de consensus sur les valeurs normales de 25(OH)D
- Accord sur le taux sérique de 25(OH)D > 25-30 nmol/l afin d'éviter une faible santé osseuse
- Manque de consensus sur la définition de «suffisance» (25, 50 ou 75 nmol/l). La plupart des guidelines suggèrent le seuil de 50 nmol/l pour la suffisance et le seuil de 25 nmol/l pour l'insuffisance
- Les groupes de travail qui considèrent des taux adéquats plus élevés (> 75 nmol/l) se basent également sur les potentiels effets pléiotropes de la vitamine D. Dans ces cas, la définition de l'insuffisance est entre 50 et 75 nmol/l
- Pour une éventuelle intoxication en vitamine D sont considérés comme nécessaires: 25(OH)D > 250 nmol/l avec hypercalcémie, hypercalciurie et suppression de la PTH

TABLEAU 3

Aliments naturellement riches en vitamine D

Pour l'apport nutritionnel en vitamine D: 1 UI = 0,025 µg et 1 µg = 40 UI

Huile de foie de morue	1200-3000 UI/15 ml
Saumon (frais sauvage)	600-1000 UI/100 g
Saumon (frais d'élevage)	100-250 UI/100 g
Saumon (en boîte)	300-600 UI/100 g
Sardines (en boîte)	300 UI/100 g
Maquereaux (en boîte)	250 UI/100 g
Thon (en boîte)	240 UI/100 g
Champignons shiitake (séchés)	1600 UI/100 g
Champignons shiitake (frais)	100 UI/100 g
Œuf (jaune)	30 UI

TABLEAU 4

Apports nutritionnels en vitamine D

25(OH)D: 25-hydroxyvitamine.

*La Société conjointe de la nutrition de l'Allemagne, l'Autriche et la Suisse recommande 800 UI/j afin d'atteindre un taux de 25(OH)D à 50 nmol/l

- Les apports recommandés ne sont basés que sur les effets musculosquelettiques souhaités
- Les recommandations d'apports pour les adolescents en bonne santé sont controversées: entre 200 et 1000 UI/j
- Les apports dépendent des valeurs seuils utilisées pour la définition de la suffisance:
 - 400 UI/j si 25(OH)D seuil défini à 25 nmol/l
 - 600 UI/j si 25(OH)D seuil défini à 50 nmol/l*
 - 1000 UI/j si 25(OH)D seuil défini à 75 nmol/l
- Certains scientifiques proposent des apports plus élevés (800-1000 UI/j) pour les adolescents à risque d'une carence
- Bon accord sur l'apport maximal tolérable fixé pour les adolescents à 4000 UI/j

En ce qui concerne l'apport maximal tolérable (AMT), celui de 4000 UI/j est fixé pour l'âge de l'adolescence. C'est la même dose que celle adoptée pour les adultes et elle correspond à moins de la moitié de la dose en dessous de laquelle aucun effet indésirable n'est constaté, estimé à 10 000 UI/j, correspondant à une concentration sérique de 25(OH)D de 500 nmol/l.¹⁵

SUBSTITUTION (PRÉVENTION DE LA CARENCE EN VITAMINE D)

Il existe un bon accord général à propos du besoin d'une dose quotidienne pour la prévention d'une carence chez tous les adolescents à risque.¹⁶ Cependant, la dose est controversée, variant entre les doses équivalentes aux ANREF (400, 600 ou 1000 UI/j selon le groupe de travail concerné) et celles significativement plus élevées, qui montent jusqu'à 2000 UI/j (tableau 5). Pour les adolescents obèses, en particulier, les doses prophylactiques sont estimées entre 1000 et 4000 UI/j.

En ce qui concerne les adolescents en bonne santé, il y a un manque de consensus sur la nécessité de leur proposer une substitution ou pas. Même les recommandations qui suggèrent une dose régulière ne s'accordent pas sur la dose optimale, la saison, ainsi que la durée de la substitution. Les doses quotidiennes proposées varient entre 400 et 2000 UI, dépendant de l'exposition au soleil, de la consommation des aliments enrichis en vitamine D et de l'IMC.

TRAITEMENT DE LA CARENCE EN VITAMINE D

Il est généralement accepté qu'un traitement par voie orale est recommandé pour tous les adolescents déficients. Il existe deux types de molécules: l'ergocalciférol (ou D2) et le cholécalférol (ou D3). À l'heure actuelle, les deux préparations semblent montrer une efficacité similaire, mais en Suisse seule la D3 est disponible.

Plusieurs schémas thérapeutiques sont proposés, dépendant de la présence de manifestations cliniques ainsi que du taux sérique de référence de 25(OH)D (suffisance, insuffisance, carence).¹⁷ Il existe des recommandations ciblées pour le traitement du rachitisme nutritionnel, la carence avec des symptômes et la carence/insuffisance sans aucune précision concernant les symptômes (tableau 6). Ces schémas utilisent soit des doses quotidiennes, soit des doses hebdomadaires ou

TABLEAU 5

Recommandations pour prévenir une carence en vitamine D chez les adolescents

ANREF: apports nutritionnels de référence.

Adolescents à risque (tableau 1)

- Bon accord sur la nécessité de proposer une substitution à tous les adolescents à risque; doses controversées
- Certains groupes suggèrent des doses de substitution équivalentes aux ANREF (400, 600 ou 1000 UI/j), tandis que d'autres groupes proposent des doses plus élevées (2000 UI/j)
- Pour les adolescents obèses en particulier: doses variant entre 1000 et 4000 UI/j

Adolescents en bonne santé

- Manque de consensus sur la nécessité ou pas de proposer une substitution aux adolescents en bonne santé
- La dose, la saison ainsi que la durée de substitution sont débattues
- Certains groupes ne recommandent la substitution que pendant la saison hivernale
- Une substitution continue pendant toute l'année est également évoquée par certains scientifiques en raison du mode de vie des jeunes (peu d'activités à l'extérieur, apport nutritionnel limité)

TABLEAU 6

Traitement de la carence en vitamine D chez les adolescents

25(OH)D: 25-hydroxyvitamine.

*En cas de symptômes, certains groupes proposent des doses quotidiennes plus élevées (par exemple, 10 000 UI/j pendant 4 à 8 semaines ou une dose unique de charge 300 000 UI)

- Un traitement par voie orale est recommandé pour tous les adolescents déficients
- Les deux types de molécules, ergocalciférol/D2 et cholécalférol/D3, peuvent être prescrits
- Plusieurs schémas thérapeutiques sont proposés, soit en doses quotidiennes, soit en doses de charge (hebdomadaires ou mensuelles) qui favorisent la compliance de l'adolescent
- La dose recommandée dépend de la présence de maladie/manifestations cliniques ainsi que du taux sérique de référence de 25(OH)D
- Schémas de traitement:
 - rachitisme: 3000 à 6000 UI/j pendant 3 mois ou 50 000 à 60 000 UI toutes les semaines pendant 6 à 8 semaines ou 100 000 UI tous les mois pendant 3 à 4 mois ou une dose unique de charge (300 000 UI), suivie d'une dose d'entretien, équivalente à la dose prophylactique
 - carence (sans précision concernant la présence de symptômes)*: 1000-5000 UI/j pendant 1 à 3 mois ou 50 000 UI toutes les semaines pendant 6 à 8 semaines ou 2 doses de 150 000 UI à 6 semaines d'intervalle
 - insuffisance: dose équivalente ou légèrement supérieure à la dose prophylactique (entre 400 et 4000 UI/j)
- En cas de rachitisme nutritionnel ainsi que de carence en vitamine D avec symptômes, il faut assurer également un apport adéquat en calcium

mensuelles afin d'assurer la bonne compliance des jeunes patients. Certains groupes émettent des réserves à propos de l'administration de hautes doses, notamment supérieures à 300 000 UI, craignant des effets délétères au niveau rénal.¹⁸

La durée minimale du traitement est de 4 à 12 semaines. Une dose d'entretien après la fin du cycle de traitement principal est indispensable pour maintenir un taux sérique de 25(OH)D adéquat. La dose d'entretien proposée correspond le plus souvent à la dose prophylactique recommandée par le groupe de travail concerné.

Vignette clinique (suite)

Proposition de prise en charge

Un dosage sérique de 25(OH)D est indiqué chez Souleymane en raison de ses plaintes (douleurs musculaires) et de la présence d'un facteur de risque (couleur de la peau).

Commentaires

- À l'heure actuelle, un lien direct entre une carence en vitamine D et un haut risque d'infections respiratoires n'est pas encore suffisamment démontré.
- La peau foncée est associée à de faibles taux sériques de 25(OH)D. Cependant, la corrélation entre ces taux et la clinique reste incertaine.
- Les douleurs dans les jambes pourraient avoir une origine multifactorielle. Cela étant, c'est un symptôme d'une carence sévère, parfois méconnu par des médecins.

Pour interpréter les résultats du dosage, nous proposons d'utiliser plutôt les valeurs seuils proposées par les endocrinologues.¹¹ Il s'agit des directives développées via une méthode de gradation de l'évidence et qui ciblent les individus à risque.

Si le taux sérique de 25(OH)D parle en faveur d'une carence (< 50 nmol/l), un traitement oral par D₃ est indiqué pendant au moins 8 semaines. Nous proposons soit des doses quotidiennes de 2000 à 4000 UI/jour, soit plutôt des doses intermittentes pour des raisons de compliance chez un adolescent (50000 UI/semaine ou 150000 UI/mois). Un traitement d'entretien est également indispensable pour prévenir une récurrence de carence.

Si Souleymane avait été asymptomatique, une substitution systématique en D₃ (600 UI/jour, éventuellement à augmenter jusqu'à 1000 UI/jour) aurait éventuellement pu être envisagée d'emblée, sans dosage, en raison de la présence d'un facteur de risque.

CONCLUSION

Les données solides pour les jeunes sont très limitées, le niveau de preuves disponibles est plutôt faible, basé notamment sur des études observationnelles ou interventionnelles

réalisées lors d'étapes de vie différentes (nourrissons ou personnes âgées). Par conséquent, la plupart des recommandations n'adhèrent pas aux standards concernant le processus de développement des *guidelines* (il s'agit souvent de prises de position ou d'avis d'experts), d'où le manque de consensus entre les différents pays et les différents groupes de travail.

En termes de pratique quotidienne, le choix d'une recommandation appropriée parmi une variété de directives disponibles dépend de facteurs cliniques et environnementaux. Les médecins doivent tenir compte de différents facteurs liés au statut de vitamine D de leurs jeunes patients. Les circonstances locales (présence du soleil, saison) ainsi que les déterminants individuels (conditions favorisant une carence, consommation d'aliments enrichis, indications cliniques, adhérence attendue au schéma prescrit) doivent toujours être pris en compte lors de la décision concernant la prévention et/ou le traitement de la carence en vitamine D chez un adolescent. La couverture des coûts liés aux dosages et aux schémas thérapeutiques doit également être prise en compte. Par exemple, une substitution systématique chez les adolescents à risque mais cliniquement asymptomatiques, sans dosage préalable, pourrait limiter les désagréments et les frais associés. Cette attitude est adoptée en France et en Angleterre; elle est aussi recommandée par la Société de santé et médecine de l'adolescence compte tenu du fait que l'administration de la vitamine D est généralement sûre et peu coûteuse.¹⁹ Éduquer les adolescents à propos des facteurs de risque et encourager une activité physique régulière à l'extérieur ainsi qu'une exposition prudente au soleil sont également importants.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les recommandations de pratique sur la vitamine D, spécifiques pour les adolescents, sont limitées et souvent basées sur des données provenant d'études réalisées sur les jeunes enfants ou les adultes
- À l'heure actuelle, il n'existe pas de consensus parmi les différents groupes de travail à propos de la prévention et du traitement de la carence en vitamine D chez les adolescents
- En termes de pratique clinique, des déterminants individuels ainsi que les facteurs environnementaux doivent être considérés quant au choix d'une approche appropriée. En présence de facteurs de risque, une substitution systématique sans dosage préalable pourrait être envisagée chez les adolescents asymptomatiques pour favoriser leur confort et limiter les frais

- 1 Weaver CM, Gordon CM, Janz KF, et al. The National Osteoporosis Foundation's position statement on peak bone mass development and lifestyle factors: a systematic review and implementation recommendations. *Osteoporos Int* 2016;27:1281-386.
- 2 Wang TJ, Pencina MJ, Booth SL, et al. Vitamin D deficiency and risk of cardiovascular disease. *Circulation* 2008;117:503-11.
- 3 Dong JY, Zhang WG, Chen JJ, et al. Vitamin D intake and risk of type 1 diabetes: a meta-analysis of observational studies. *Nutrients* 2013;5:3551-62.
- 4 Poowuttikul P, Thomas R, Hart B, et al. Vitamin D Insufficiency/Deficiency in HIV-Infected Inner City Youth. *J Int Assoc Provid AIDS Care* 2014;13:438-42.
- 5 Heath AK, Hodge A, Ebeling PR, et al. Circulating 25-hydroxyvitamin D concentration and risk of breast, prostate, and colorectal cancers: the Melbourne Collaborative Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2019;28:900-8.
- 6 Holick MF. The vitamin D deficiency pandemic: a forgotten hormone important for health. *Public Health Rev* 2010;32:267-83.
- 7 *Hilger J, Friedel A, Herr R, et al. A systematic review of vitamin D status in populations worldwide. *Br J Nutr* 2014;111:23-45.
- 8 Mallet E, Gaudelus J, Reinert P, et al. Le rachitisme symptomatique de l'adolescent. *Archives de pédiatrie* 2004;11:871-8.
- 9 *Office fédéral de la santé publique (OFSP). *Recommandations de l'OFSP concernant l'apport en vitamine D*. Berne: Confédération Suisse, 2012.
- 10 **Patseadou M, Haller DM. Vitamin D in Adolescents: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Available Recommendations. *J Adolesc Health* 2020;66:388-407.
- 11 **Holick MF, Binkley NC, Bischoff-Ferrari HA, et al; Endocrine Society. Evaluation, treatment, and prevention of vitamin D deficiency: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:1911-30.
- 12 U.S. Preventive Services Task Force. Final Recommendation Statement: Vitamin D Deficiency: Screening. Décembre 2016. Disponible sur : www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/RecommendationStatementFinal/vitamin-d-deficiency-screening
- 13 Powe CE, Evans MK, Wenger J, et al. Vitamin D-binding protein and vitamin D status of black Americans and white Americans. *N Engl J Med* 2013;369:1991-2000.
- 14 Institute of Medicine (IOM). *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington, DC: The National Academy Press; 2011.
- 15 European Food Safety Authority (EFSA). *Scientific Opinion on the Tolerable Upper Intake Level of Vitamin D*. EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies. *EFSA Journal* 2012;10:2813.
- 16 Grossman Z, Hadjipanayis A, Stiris T, et al. Vitamin D in European children-statement from the European Academy of Paediatrics (EAP). *Eur J Pediatr* 2017;176:829-31.
- 17 Munns CF, Shaw N, Kiely M, et al; Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:394-415.
- 18 Płudowski P, Karczmarewicz E, Bayer M, et al. Practical guidelines for the supplementation of vitamin D and the treatment of deficits in Central Europe – recommended vitamin D intakes in the general population and groups at risk of vitamin D deficiency. *Endokrynol Pol* 2013;64:319-27.
- 19 Society for Adolescent Health and Medicine. Recommended vitamin D intake and management of low vitamin D status in adolescents: a position statement of the society for adolescent health and medicine. *J Adolesc Health* 2013;52:801-3.

* à lire
** à lire absolument

Approche pratique des écrans en consultation avec les adolescents

Dr ANNE-EMMANUELLE AMBRESIN^a et NIELS WEBER^b

Rev Med Suisse 2020; 16: 784-8

Les écrans occupent une place centrale dans la société et ont un impact non seulement sur les adolescents mais sur la plupart d'entre nous. Les adolescents figurent toutefois parmi les plus observés et montrés du doigt en termes d'utilisation d'écrans. La résonance entre les modifications neurobiologiques de leur cerveau durant cette période de vie et l'utilisation d'écrans peut se manifester de façon relativement «bruyante». Étant donné le caractère omniprésent de ces derniers dans notre vie quotidienne et du potentiel effet sur la santé des jeunes, il est indispensable pour les professionnels de la santé d'intégrer l'évaluation systématique de l'utilisation des écrans en consultation avec un adolescent. Cet article propose des outils pratiques pour en investiguer l'usage et illustre au moyen d'une histoire clinique ce qui se cache derrière les écrans.

Practical approach of media use in consultation with adolescents

Digital media are central in our modern society and, as such, have an impact not only on teenagers but on most of us. Adolescents are among the most observed and stigmatized in terms of screens use. The encounter between the crucial developmental phase they cross and the neurobiological changes in their brains can be relatively «noisy». Because of the pervasive nature of screens in our daily lives and the potential effect on adolescent health, it is essential for health professionals to offer a systematic assessment of media use when consulting with an adolescent. This article provides practical tools for screening the use of media in consultation with the adolescent and illustrates with a clinical story what lies behind the screens.

ÉCRANS ET SOCIÉTÉ

Les écrans occupent une place centrale dans la société et ont un impact sur les adolescents et sur la plupart d'entre nous. Dans un ouvrage récent, Klein et coll. décrivent les temps de connexion comme étant «liquides» et occupant ainsi de plus en plus tous les espaces «libres» de nos vies (file d'attente, toilettes, pause de midi).¹ Du fait de leur qualité chronophage et de cet aspect insidieux dans nos vies, les écrans entrent en concurrence avec différentes activités quotidiennes. Reste à définir ce qui est problématique et ce qui est de l'ordre d'une transformation sociétale en lien avec la révolution numérique. Cette dernière nous a fait prendre un virage culturel et

social majeur amenant des changements dans tous les domaines de la vie humaine.

Les adolescents figurent parmi les plus observés et montrés du doigt en termes d'utilisation d'écrans. Il est vrai qu'en raison de la phase développementale cruciale qu'ils traversent et des modifications neurobiologiques de leur cerveau, la rencontre avec les écrans peut se manifester de façon relativement «bruyante».

L'adolescence est caractérisée par deux tâches fondamentales: la quête identitaire, d'une part, et le processus d'autonomisation, d'autre part. Cette phase développementale qui se caractérise par de nombreux changements bio-psycho-sociaux implique, en plus de la maturation cérébrale, des changements physiques importants et une centration sur les pairs. Les interactions avec ces derniers vont être source d'une grande richesse pour explorer l'émergence de l'identité de l'adolescent, mais représentent en même temps un stress important en lien avec les enjeux d'inclusion et d'exclusion sociale. Les écrans, et en particulier les réseaux sociaux, vont jouer un rôle de catalyseur de cette exploration sociale.²

ÉCRANS ET CERVEAU

Durant l'adolescence, le cerveau opère une importante maturation neuronale, qui ne s'achèvera que vers l'âge de 25 ans.³ Ces transformations ne se font pas à la même vitesse dans les différentes zones cérébrales, impliquant des rythmes de maturation différents pour les systèmes cognitif et émotionnel. Certains changements dans le système limbique liés à la réactivité émotionnelle, au circuit de la récompense et de la motivation, semblent être associés au début de la puberté, tandis que d'autres, en lien avec la maturation du cortex préfrontal, tels que les fonctions de planification, de recherche de stratégies, d'anticipation, de contrôle du comportement et d'organisation, se produisent bien après l'avènement de la puberté. Ce décalage dans les rythmes de maturation des zones cérébrales implique une tendance naturelle à rechercher des sensations et du plaisir ainsi qu'une réactivité émotionnelle aiguë et peu de capacité de contrôle. Cela constitue la base neurobiologique des comportements exploratoires propres à cette phase de vie, et qui peuvent parfois évoluer vers des conduites à risque.⁴ Cependant, la plupart des conduites excessives à cette période de vie sont transitoires et disparaîtront en fin d'adolescence. Les mondes numériques vont dès lors interagir avec l'adolescence comme un potentialisateur de sensations, étant donné que beaucoup d'activités sur les écrans sont génératrices de dopamine et d'adrénaline.² Les écrans, les activités qu'ils permettent et la manière dont ils

^a Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA), Avenue de la Sallaz 2, 1011 Lausanne, CHUV, Université de Lausanne (UNIL), 1011 Lausanne,

^b Consultation psychothérapeutique de Montriond, Avenue Édouard-Dapples 54, 1006 Lausanne, ^c Membre du comité, GREA, Rue St-Pierre 3, 1003 Lausanne
anne-emmanuelle.ambresin@chuv.ch | contact@nielsweber.ch

sont utilisés vont devenir *a minima* un miroir de la santé globale des adolescents. Ceux qui vont bien peuvent les utiliser de façon constructive. Ceux qui ont une faible estime de soi ou des difficultés relationnelles tenteront d'y trouver un palliatif, parfois de manière excessive. Ces derniers étant alors plus vulnérables et potentiellement à risque.

Il a des origines méditerranéennes et est le fils unique d'un couple séparé. Il a pris beaucoup de poids ces dernières années et a maintenant un IMC à 38. Il est connu pour une dyspraxie, mais arrivait à suivre à l'école jusqu'à ces derniers mois où il a eu de plus en plus d'arrivées tardives.

ÉCRANS ET CLINIQUE

Du fait du caractère omniprésent des écrans dans notre vie quotidienne et du potentiel effet sur la santé des adolescents, il est indispensable pour les professionnels de la santé d'intégrer l'évaluation systématique de leur utilisation des écrans lors de la consultation avec un adolescent. Cet article décrit une approche pratique et non stigmatisante de l'utilisation des écrans chez l'adolescent. Il vise à fournir des outils pratiques sur l'investigation de l'utilisation, la détection des drapeaux rouges et la communication avec l'adolescent et ses parents. Au travers de l'histoire de Kevin, nous illustrerons un cas clinique d'usage problématique d'écrans.

QUE FAIRE DES ÉCRANS AU CABINET DU PRATICIEN?

Face à un adolescent comme Kevin, le médecin praticien va essayer de comprendre le contexte plus global dans lequel s'inscrit cette évolution préoccupante. Pour ce faire, un outil simple tel que le HEAADSSS⁵ (figure 1) permet d'investiguer les différentes sphères de la vie de l'adolescent et les mettre en lien avec son symptôme actuel.

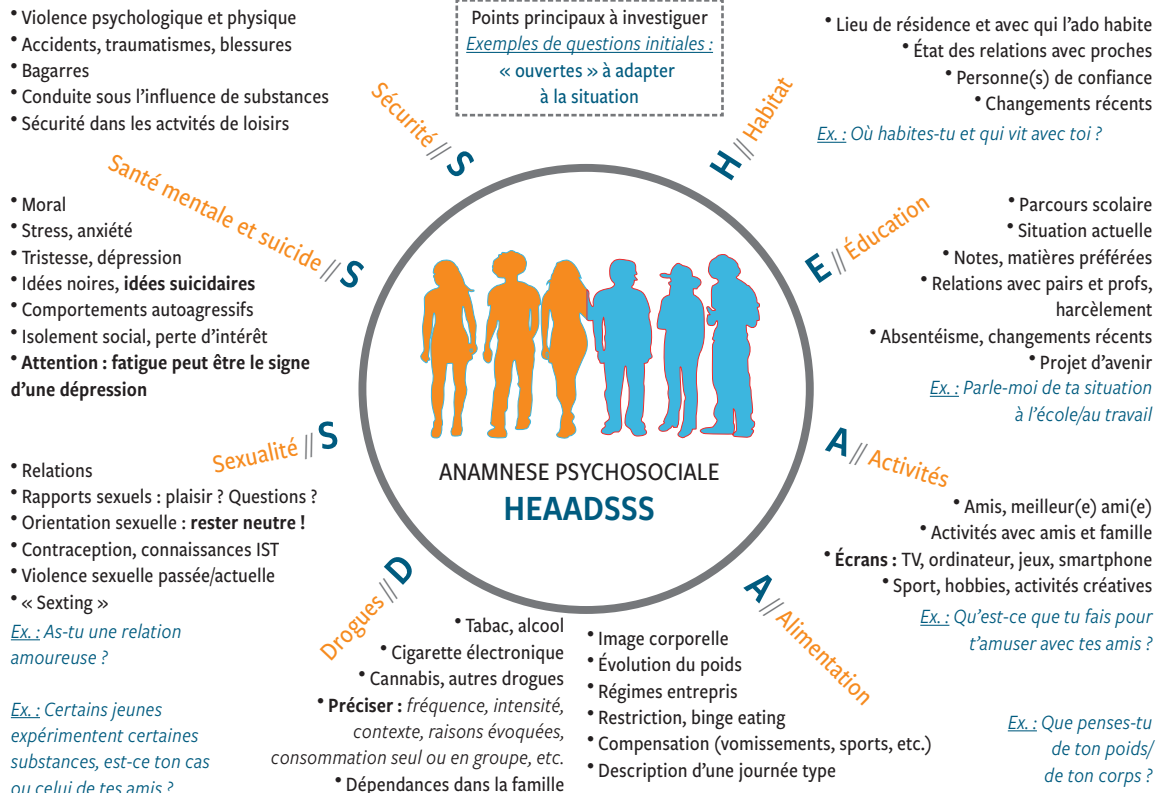
Vignette clinique

Kevin, 16 ans, est adressé par l'infirmière scolaire pour «abus d'écrans» avec absentéisme scolaire.

Vignette clinique (suite)

Habitat: pour Kevin, on apprend qu'à la maison la situation n'est pas simple, avec une maman qui souffre d'un trouble psychiatrique occasionnant de multiples hospitalisations. Kevin est souvent laissé à lui-même dans une grande solitude face à cette situation.

FIG 1 L'outil d'évaluation psychosocial HEAADSSS



Éducation: à l'école, il décrit des difficultés depuis longtemps en lien avec ses troubles d'apprentissage, mais la situation s'est fortement péjorée ces derniers temps en raison d'une fatigue matinale importante l'empêchant de se lever et d'une baisse de sa motivation à aller à l'école.

Alimentation: l'alimentation est très anarchique et Kevin mange souvent seul devant les écrans. Il a pris beaucoup de poids mais dit que ça ne le préoccupe pas.

Activités: il a arrêté toutes les activités qu'il faisait par le passé (skatepark et basket) et passe beaucoup de temps sur les écrans. Il joue jusqu'à 1 ou 2 heures du matin, puis doit se réveiller à 7 heures pour l'école. Il n'a plus vraiment d'amis, sauf ceux avec qui il joue en ligne.

Drogues: a arrêté de fumer du tabac il y a quelques mois; il avait commencé à l'âge de 14 ans.

Sexualité: pas de relation sentimentale. Est encore vierge.

Santé mentale et suicide: humeur triste, pas d'idées suicidaires, grande solitude.

Sécurité: *a priori* pas de prise de risque sur Internet ni à l'extérieur.

L'évaluation psychosociale de Kevin révèle plusieurs drapeaux rouges qui mettent en lumière l'aspect systémique de la problématique des écrans (**tableau 1**). Derrière la plainte d'«abus d'écrans» se cachent un manque de soutien familial, une grande solitude, une prise de poids importante et un usage problématique d'écrans qui impacte sur la vie scolaire. L'«abus d'écrans» semble ici plutôt être un symptôme qu'un diagnostic en soi.

Par rapport à l'exploration des écrans, il est intéressant d'évaluer les ressources et les risques de façon précise. S'intéresser à ce que fait l'adolescent sur les écrans renforce l'alliance thérapeutique et permet l'évaluation de la situation et des potentiels risques. Cela peut se faire même si le professionnel n'est pas expert du domaine en posant des questions simples selon l'exemple donné dans le **tableau 2**.

Devant le tableau clinique de Kevin, le médecin praticien va essayer de mobiliser les parents par rapport à leur responsabilité éducative, à l'importance de mettre un cadre, et souligner leur fonction de rôles modèles. L'exploration de l'usage d'écrans chez les parents est importante et permettra souvent une prise de conscience par rapport à une problématique plus large. La première question est de savoir s'il existe des règles concernant l'utilisation des écrans au sein de la famille. Celles-ci sont souvent absentes et il est possible d'accompa-

gner la famille dans la rédaction de ses propres règles (déclinées en fonction de l'âge des uns et des autres), auxquelles toute la famille s'engage à se soumettre. Certains sites proposent des plans d'utilisation d'écrans familiaux qui peuvent aiguiller sur les points importants à aborder avec l'adolescent (www.healthychildren.org/English/media/Pages/default.aspx, www.3-6-9-12.org/nos-campagnes-daffiches/).⁶ Ensuite, l'objectif est de renforcer la confiance des parents dans leurs capacités à remettre un cadre, en particulier avec les écrans, et de les encourager à s'investir dans les aspects en lien avec les écrans plutôt qu'à les éviter. Pour ce faire, plusieurs suggestions peuvent être partagées avec eux (**tableau 3**).

Vignette clinique (suite)

Pour Kevin, le père ne vit pas en Suisse et il n'a aucun contact avec lui. Sa mère est très fragile et limitée dans sa possibilité de tenir un cadre éducatif et de soutenir Kevin sur le plan affectif. Après quelques consultations auprès du médecin de premier recours et grâce à l'utilisation d'outils d'entretien motivationnel⁷ permettant à Kevin de prendre conscience de la problématique des écrans, il accepte de consulter un spécialiste psychologue dans le domaine de l'usage problématique des écrans.

TABLEAU 2 Investiguer l'utilisation des écrans

- 1. Que fais-tu sur les écrans?**
Inclure téléphone, ordinateur, jeux vidéo (PS4, Xbox One, Switch, etc.)
Quelles applications, quels réseaux sociaux, quels jeux, etc.?
- 2. Combien de temps pour quelle(s) activité(s)?**
Différencier activités scolaires, jeux vidéo, réseaux sociaux, autres
Rechercher les risques ET les ressources (socialisation, culture, ressource médicale...)
Proposer à l'adolescent de regarder ensemble ses statistiques d'utilisation dans les paramètres du téléphone
Proposer de faire un journal d'utilisation sur 1 semaine au besoin
- 3. Penses-tu que tu es trop sur les écrans?**
Si la réponse est oui: «Qu'as-tu essayé pour diminuer?»
- 4. Est-ce qu'utiliser les écrans augmente ou diminue ton estime de soi?**
- 5. Est-ce que tu as déjà été insulté, harcelé ou dérangé par des propositions autour de la sexualité sur Internet?**
- 6. Est-ce que tu as vu ou vécu quelque chose qui t'a choqué sur les écrans?**
- 7. La plupart des jeunes sont exposés contre leur gré à de la pornographie sur Internet, est-ce que cela t'est arrivé?**

TABLEAU 3 Conseils aux parents

- Distinguer le **temps** passé devant les écrans du **type d'utilisation** (devoir, culture, jeux, chat, etc.).
- Définir des règles familiales respectées par TOUS (y compris les adultes, notion de rôle modèle)
- Favoriser des espaces-temps déconnectés des écrans
- Favoriser des temps de connexion familiale sans écrans (par exemple, repas)
- Soutenir la reprise d'activités «hors ligne»
- Susciter la communication autour des écrans et l'échange (plutôt qu'évitements et règles rigides)
- S'intéresser à (et non pas contrôler) ce que font leurs adolescents sur les écrans
- Favoriser le développement de leur esprit critique dans l'appréciation du contenu sur Internet
- Accompagner l'exploration en ligne au début pour les initier à la différence vie privée/vie publique
- Favoriser l'apprentissage d'une autorégulation dans leur utilisation
- Partager également du temps d'écran ensemble (jouer, regarder, etc.)

TABLEAU 1 Drapeaux rouges pour l'usage problématique des écrans

1. Chronophage (en concurrence avec les autres activités de la vie de l'adolescent)
2. Surinvestissement psychique des jeux vidéo/activités en ligne
3. Impact sur la vie quotidienne (sommeil, école, vie familiale)
4. Isolement social (perte d'intérêt pour les autres dimensions de la vie)
5. Présence d'une souffrance psychologique (dépression, solitude)

Les écrans au cabinet du psy

Nous recevons une première fois Kevin accompagné de l'éducateur du foyer dans lequel il séjourne lorsque sa mère doit être hospitalisée. L'adolescent est cordial et motivé à trouver une solution au problème qu'il décrit lui-même comme «de trop longues heures passées devant les écrans, parfois même toute la nuit». Kevin précise qu'il a été plus facile d'accepter le rendez-vous lorsque les autres intervenants lui ont dit que les psychologues qu'il allait rencontrer connaissaient bien l'univers des jeux. Nous apprenons ainsi qu'il joue régulièrement à un jeu appelé ARK: *Survival Evolved*. Lorsque nous lui posons des questions, il répond avec beaucoup d'entrain et nous raconte, amusé, certaines anecdotes de jeu. Il s'agit d'un jeu de «survie» dans un monde peuplé de dinosaures. Il se pratique en ligne avec d'autres joueurs. Chacun débute la partie sans aucune ressource, le but étant d'en récolter pour créer de l'équipement, survivre face à l'environnement et aux autres joueurs, puis de faire alliance avec certains d'entre eux. Ainsi, nous apprenons qu'il est chef de clan et qu'il a de nombreuses responsabilités. Les autres comptent sur lui et il doit s'arranger pour déléguer des tâches lorsqu'il n'est pas disponible. Chose qu'il arriverait plutôt bien à faire, selon lui, car il s'est assuré que ses lieutenants (parfois plus âgés que lui) sauraient faire respecter la ligne de commandement. Kevin est catégorique lorsqu'il dit que s'il a des choses importantes à faire, comme sortir voir ses amis ou venir à notre rendez-vous, il le fait en priorité.

Nous convenons que le deuxième rendez-vous se fera avec la maman. Nous préparons à l'avance le jeu ARK: *Survival Evolved* et demandons à Kevin de nous expliquer ce qu'il y fait et comment. Il s'exécute et prend des moments pour expliquer calmement à sa mère ce qu'il fait dans le jeu. Nous apprenons également que si le jeu n'est pas disponible, c'est Netflix qui prend le relais. Ce que Madame accepte déjà mieux, car selon sa propre échelle de valeurs, les jeux vidéo sont inférieurs aux séries. La question du demi-frère de Kevin est également évoquée, car bien que beaucoup plus jeune, il aurait également quelques difficultés à lâcher son téléphone pour venir à table par exemple.

Le troisième rendez-vous se fait alors également en compagnie du demi-frère (Noah, 10 ans). À l'aide d'un outil dédié, nous investiguons le nombre et les places des écrans dans la maison avec Noah. Le but étant de montrer concrètement où seraient les endroits adaptés et de rendre compte de l'omniprésence des écrans pour toute la famille. Cette démarche nous permet de sortir Kevin du rôle du «patient désigné» et d'aborder une réflexion plus globale sur les utilisations de chacun. La séance est éprouvante pour Madame, qui lutte pour se maintenir éveillée et relate un gros épuisement à faire respecter les règles à la maison. Kevin nous indique alors avoir bien réfléchi et s'être rendu compte qu'il a commencé à jouer de manière intensive lors de la première hospitalisation de sa mère. Face au sentiment d'injustice et surtout d'impuissance vécu à ce moment-là, il s'est investi dans un domaine où la «survie» était essentielle, jusqu'à même en devenir un meneur.

La suite du travail consistera notamment à accompagner Kevin et Noah face aux hospitalisations de Madame, de permettre à

Kevin de ne pas se sentir investi d'un rôle parental, ainsi que d'offrir d'autres sources de divertissement à la famille, de manière à combler une certaine indigence culturelle.

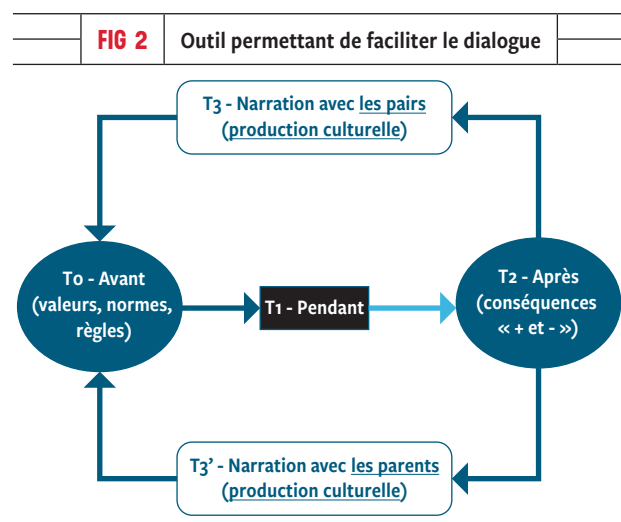
Outils pratiques

Actuellement, nous observons un sentiment de manque de légitimité parmi tous les acteurs d'une situation reportée comme relevant d'un usage excessif d'écrans. Les adolescents ne se sentent pas légitimes dans leur plaisir, ni dans ce qu'ils ont à en raconter. Les parents ne se sentent pas légitimes pour encadrer ces pratiques, craignant de ne pas assez connaître le sujet. Il en est de même pour le rôle tenu par les intervenants du soin qui peuvent estimer que la thématique ne relève que du domaine de l'addictologie. Face à ce constat, le Groupement Romand d'études des addictions (GREAA) a développé un outil devant permettre de faciliter le dialogue et de réaffirmer la légitimité de chacun (figure 2). Le guide décrivant son utilisation, à l'intention de tous les professionnels de la santé, sera disponible prochainement sur le site du GREAA.

DISCUSSION

Le motif de consultation «Mon ado a un problème avec les écrans» représente une opportunité d'explorer plus largement la santé des adolescents. C'est également une porte d'entrée pour travailler sur la dynamique familiale et les liens au sein des familles.

En clinique, l'usage problématique d'écrans chez les adolescents est, le plus souvent, un symptôme plutôt qu'une pathologie en soi mais, du fait de ses conséquences potentiellement graves sur la santé physique, psychique et sociale, il est essentiel pour le professionnel de la santé d'aborder cette problématique de façon systématique, systémique et holistique afin de comprendre les enjeux qui se cachent derrière le symptôme. Pour ce faire, il est nécessaire de développer une culture digitale minimale qui permettra d'accompagner de façon optimale les adolescents et leurs familles. Par culture digitale, nous pensons à la connaissance des ressources professionnelles



Avec la permission du GREAA

existantes dans le domaine, les risques potentiels des réseaux sociaux, les règles de base d'un comportement *safe* sur les écrans, entre autres.

CONCLUSION

Ne pas diaboliser les écrans est primordial; l'ère numérique est à la base d'une transformation sociétale qui offre aux adolescents une voix plus importante au sein de notre société. Il est d'ailleurs intéressant de noter que les adolescents qui n'utilisent pas du tout Internet vont aussi mal que ceux qui en usent trop.⁸

Dès lors, il semble essentiel de préparer au mieux les adolescents à l'utilisation de ces écrans en les aidant à développer une pensée critique et la capacité d'autorégulation.

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

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les professionnels de la santé doivent développer une culture numérique
- L'usage problématique d'écrans est un symptôme plus qu'une pathologie en soi
- La prise en charge de l'usage problématique d'écrans se fait de manière systémique en incluant la famille
- Les parents ont un rôle important de modèles dans l'utilisation des écrans et doivent montrer l'exemple
- Favoriser la communication au sein des familles «au travers» des écrans

1 **Klein A. Nos jeunes à l'ère numérique. Belgique: Academia, coll. « Pixels »; 2016. p. 206.

2 Sherman LE, Payton AA, Hernandez LM, et al. The Power of the Like in Adolescence: Effects of Peer Influence on Neural and Behavioral Responses to Social Media. *Psychol Sci* 2016;27:1027-35.

3 Giedd JN. The Teen Brain: Insights

from Neuroimaging. *Journal of Adolescent Health* [En ligne]. 2008;42:335-43. Disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.01.007>

4 Braams BR, van Duijvenvoorde AC, Peper JS, et al. Longitudinal changes in adolescent risk-taking: a comprehensive study of neural responses to rewards, pubertal development, and risk-taking behavior. *J Neurosci* 2015;35:7226-38.

5 *Goldenring JM, Rosen DS. Getting into adolescent heads: an essential update. *Nurse Pract* 2004 ;epub ahead of print.

6 *Reid Chassiakos Y, Radesky J, Christakis D, et al. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics* 2016;138:e20162593.

7 William RM, Rollnick S. Motivational Interviewing Helping people change.

3e éd. New York: Guilford Press; 2013.

8 Belanger RE, Akre C, Berchtold A, et al. A U-shaped association between intensity of Internet use and adolescent health. *Pediatrics* 2011;127:e330-5.

* à lire

** à lire absolument

Adolescents transgenres et non binaires: approche et prise en charge par les médecins de premier recours

Drs RAPHAËL WAHLEN^a, CÉLINE BROCKMANN^b et CINDY SOROKEN^c, LYNN BERTHOLET^d,
Dre MICHAL YARON^e, ADÈLE ZUFFEREY^f, Drs ANNE-EMMANUELLE AMBRESIN^a et ARNAUD MERGLEN^g

Rev Med Suisse 2020; 16: 789-93

Les adolescents transgenres, non binaires ou en questionnement sont de plus en plus visibles et font face à de nombreux obstacles pour accéder à des soins appropriés, tant pour leurs besoins de santé spécifiques que généraux. Les médecins de premier recours les rencontrent au cabinet et peuvent manquer d'éléments de communication et de connaissances spécifiques récentes pour mener la consultation et accompagner ces personnes et leurs proches dans leurs trajectoires individuelles. Cet article propose une synthèse des éléments et des ressources utiles pour le médecin de premier recours, dont le rôle est central pour la santé de tous les patients.

Transgender and non-binary teenagers: management in primary care

Transgender, non-binary and questioning teenagers are increasingly visible. However, they face barriers in accessing appropriate care that meet their needs, both specific and regarding their general health. Primary care physicians increasingly see them in consultations but often lack elements of communication and recent knowledge that is needed to accompany them and their close ones in their individual trajectories. This article aims to answer this need and provides a synthesis about recent evidence and suggested communication approaches for primary care physicians, who play a central role for the health of all patients.

INTRODUCTION

Les enfants, adolescents et jeunes adultes qui s'identifient comme transgenres sont de plus en plus visibles dans la

société. La place du médecin de premier recours est centrale dans la prise en charge de ces patients car c'est souvent à lui que sont révélés les questionnements et les différents enjeux autour de l'identité de genre. Il lui revient d'accueillir, de soutenir et d'accompagner l'adolescent à travers l'exploration de son genre ressenti, de son expression de genre, de ses émotions et des épreuves rencontrées. Son rôle est aussi d'informer le jeune et la famille sur la diversité des identités de genre et des possibilités de prise en charge, de soutenir le système familial dans son ensemble quant aux impacts relationnels et émotionnels, et d'aider le patient et ses proches à accéder aux différents spécialistes et ressources. Cet article a pour objectif de proposer aux médecins de premier recours une sensibilisation aux enjeux liés à l'identité de genre et les premiers éléments pour mener une consultation. Il rassemble un résumé des connaissances de base, des ressources thématiques et des éléments de communication médicale spécifiques.

DIFFÉRENTES DIMENSIONS DE L'IDENTITÉ SEXUÉE

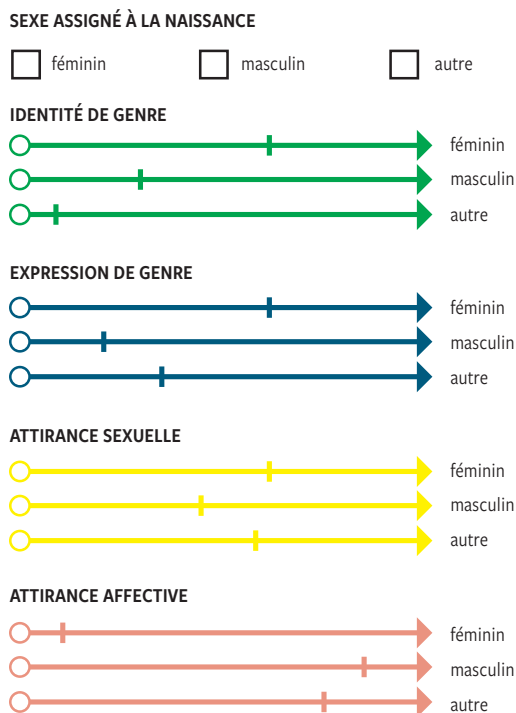
L'identité de genre correspond au sentiment profond, ressenti par une personne, d'avoir un genre masculin, féminin ou hors de cette binarité, indépendamment du sexe attribué à la naissance. Elle est cisgenre lorsque l'identité de genre est congruente avec le sexe assigné à la naissance et transgenre si elle ne l'est pas. Elle peut se situer aux pôles masculin ou féminin ou sur un continuum entre ces pôles (non binaire, *genderfluid*), voire en dehors (*agender*, *genderqueer*). L'identité de genre étant un ressenti, seule la personne concernée y a accès et peut la définir. L'expression de genre intègre la façon dont une personne exprime son identité de genre face à la société, que ce soit par l'habillement, la présentation (coiffure, vernis à ongles, etc.) ou encore certains comportements (démarche, gestuelle, etc.). L'orientation sexuelle décrit comment une personne définit son attirance envers les autres (**figure 1**).

La connaissance des termes spécifiques est nécessaire pour aborder une discussion avec les patients sur cette thématique. La terminologie actuelle se fonde sur le respect de l'autonomie de la personne à se définir, elle est donc liée au genre auquel la personne s'identifie, et non pas à son corps biologique ou à une assignation à la naissance (**tableau 1**).

^aDivision interdisciplinaire de santé des adolescents, CHUV, Université de Lausanne, 1011 Lausanne, ^bComité directeur du Bioscope, Faculté de médecine, Université de Genève, 24 rue du Général-Dufour, 1211 Genève 4, ^cConsultation des adolescents, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, ^dAssociation Epicène, rue de la Dôle 4, 1203 Genève, ^eConsultation de gynécologie pédiatrique et des adolescentes, Unité santé jeunes, Service de gynécologie, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, ^fFondation Agnodice, Avenue de la Gare 17, 1003 Lausanne, ^gUnités de pédiatrie hospitalière, Consultation des adolescents, Unité santé jeunes, Service de pédiatrie générale, Département de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, HUG, 1211 Genève 14, et Faculté de médecine, Université de Genève, 24 rue du Général-Dufour, 1211 Genève 4
raphael.wahlen@chuv.ch | celine.brockmann@unige.ch
cindy.soroken@hcuge.ch | lynn@epicene.ch | michal.yaron@hcuge.ch
adele.zufferey@agnodice.ch | anne-emmanuelle.ambresin@chuv.ch
arnaud.merglen@hcuge.ch

FIG 1 Dimensions de l'identité sexuée

Les flèches représentent à quel degré la personne ressent l'identité de genre, l'expression de genre, l'attraction sexuelle ou l'attraction affective (pas ou peu à gauche, beaucoup ou complètement à droite) par rapport aux genres féminin, masculin ou autre. Chaque personne peut placer un curseur sur les flèches selon sa perception (voir exemple ci-dessous).



Source: Sexesss, Bioscope, UNIGE
www.unige.ch/ssi/ressources/outils-pedagogiques/

ÉVOLUTION ET ÉTAT ACTUEL DES CLASSIFICATIONS MÉDICALES

L'évolution de la société et les données scientifiques conduisent à la dépathologisation et dépsychiatisation des personnes transgenres, incluant les variations de l'identité de genre dans la richesse de la diversité humaine¹: le manuel DSM-5 recense le diagnostic de «dysphorie de genre», c'est-à-dire la souffrance qui peut être présente en raison de l'incongruence entre le genre et le sexe. L'association des psychiatres américains, qui publie ce manuel, précisait en 2013 que «la non-conformité de genre n'est pas en soi un trouble mental. L'élément primordial dans la dysphorie de genre est la présence de la détresse clinique significative associée à la condition».²

En 2019, l'Organisation mondiale de la santé s'est positionnée clairement: les diagnostics en lien avec les identités transgenres et diverses ont été sortis du chapitre «Troubles mentaux et du comportement». Le diagnostic de «transsexualisme» est supprimé et remplacé par le terme d'«incongruence de genre» maintenant placé dans le nouveau chapitre de la CIM-11 des «conditions liées à la santé sexuelle». L'OMS explique que: «[...] Cela reflète les données scientifiques que les identités transgenres et diverses ne sont pas des maladies mentales, et les classer comme telles peut causer une stigmatisation majeure. [...] L'inclusion de l'incongruence de genre dans la

TABLEAU 1 Terminologie actuelle

femme, femme transgenre (nom): personne qui s'identifie du côté féminin du genre, indépendamment du sexe (légal) assigné à la naissance.
homme, homme transgenre (nom): personne qui s'identifie du côté masculin du genre indépendamment du sexe (légal) assigné à la naissance.
transgenre (adj.): adjectif qui réfère à une personne chez qui l'identité de genre ne correspond pas au sexe légal assigné à la naissance. Terme englobant qui peut regrouper toutes les identités de genre non cisgenres. Peut être abrégé par trans ou trans* (à utiliser comme adjectif: personne transgenre, adolescent trans; et non comme un nom dans un souci de respect de la personne).
cisgenre (adj.): réfère à une personne chez qui l'identité de genre correspond au sexe attribué à la naissance.
non binaire (adj.): réfère à une personne se situant entre les pôles masculin ou féminin ou ayant une fluidité entre ces pôles.
queer (adj.): de l'anglais «bizarre» (à l'origine une insulte), terme de plus en plus utilisé par des personnes qui conçoivent leur orientation sexuelle et/ou leur identité de genre en dehors des normes sociétales.
LGBTQ (adj.): acronyme pour la communauté Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transgenre et Queer.
variance de genre (nom): terme qui réfère à des comportements, une apparence ou une identité de genre qui ne correspondent pas aux normes culturelles associées au genre assigné à la naissance. Le terme «variant dans le genre» (adj.) est plus large et plus fluide que l'adjectif «transgenre» et est ainsi souvent utilisé avec les enfants pour ne pas les «étiqueter» transgenres.
affirmation de genre (transition) (nom): processus pour s'affirmer et être reconnu dans le genre vécu par la personne. L'affirmation de genre peut être sociale, légale et/ou médicale.
sexe assigné à la naissance : sexe (masculin ou féminin actuellement en Suisse) légal déterminé à la naissance, le plus souvent selon l'anatomie génitale externe du nouveau-né. Aussi appelé sexe biologique, sexe de naissance ou sexe.
AFAN; AMAN : assigné féminin à la naissance; assigné masculin à la naissance; pour identifier les patients avec un sexe attribué à la naissance respectivement féminin et masculin. Ces termes sont actuellement utilisés de préférence à la place des termes F-to-M (Female to Male) et M-to-F (Male to Female) qui induisent une vision binaire et prédéterminée de l'identité du patient.
iel : pronom neutre parfois utilisé par les patients non binaires (mixte entre il et elle).
binding (nom): méthode de compression (par bandage, <i>binders</i> , scotchage) pour aplatir la poitrine afin d'en minimiser l'apparence féminine.
tucking (nom): méthode de compression (par bandage, slip de compression, gaine, scotchage) pour aplatir le pénis et les testicules afin d'en minimiser l'apparence masculine.

CIM devrait permettre aux personnes transgenres l'accès à des soins d'affirmation de genre, ainsi qu'une couverture adéquate par les assurances de santé pour ces services».³

ÉPIDÉMIOLOGIE ET VULNÉRABILITÉS

Les statistiques récentes estiment que les personnes transgenres constituent entre 0,3 et 2% de la population générale.⁴ Parmi les personnes transgenres, si la majorité s'identifie dans une certaine binarité (homme ou femme transgenre), plus d'un tiers s'identifierait avec un genre non binaire, c'est-à-dire quelque part entre les pôles masculin et féminin.⁵ La transidentité fait partie de la diversité des identités humaines.¹ Elle se retrouve à travers le globe et les âges. Comme exemple, parmi une multitude d'autres, citons les individus «bispirituels» (avec deux esprits) qui étaient présents chez les Premières Nations d'Amérique du Nord à l'époque précoloniale et avaient un rang social important en raison de leur connaissance des deux «esprits», masculin et féminin.⁶

Les personnes transgenres font fréquemment l'expérience de discriminations, de rejets, de harcèlements, de violences verbales et physiques. Au contraire d'autres minorités ethniques ou culturelles, ces adolescents ne partagent pas cette différence

de genre avec leur famille. Ils peuvent se retrouver isolés et sont donc particulièrement vulnérables. Ces stigmatisations répétées engendrent des taux très élevés d'anxiété, de dépression, de comportements auto-agressifs, de rupture scolaire, d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (**tableau 2**). En effet, entre 30 et 50% des adolescents transgenres et non binaires ont fait au moins une tentative de suicide avant l'âge de 20 ans.⁷

L'accès aux soins est un enjeu majeur pour les personnes transgenres ou non binaires qui font face à de nombreux obstacles: refus des soins médicaux de base en raison de leur identité, traitements inappropriés et méconnaissances de leurs besoins médicaux. Ainsi, près d'un tiers d'entre elles dit éviter les soins en raison des discriminations et de peur de mauvais traitements.⁸ L'accueil par les médecins de premier recours joue donc un rôle déterminant dans l'accès aux soins.

Le «coming out» est un moment particulièrement vulnérable pour le jeune qui s'expose aux risques de rejet (supposés ou réels) des membres de sa famille et de ses amis. L'autre période particulièrement à risque de suicide se situerait dans l'attente, avant le début de la transition.⁹ D'où l'importance de ne pas en retarder l'accès.

APPROCHE TRANS-AFFIRMATIVE

L'approche trans-affirmative est orientée vers la compréhension, la reconnaissance et le soutien de l'expérience du genre vécue par chaque personne (notamment l'utilisation du prénom choisi et des pronoms correspondants). Elle est recommandée par l'OMS et par la plupart des instances de psychologie,¹⁰ psychiatrie,^{11,12} médecine¹³ et pédiatrie.¹⁴

Cette approche qui soutient l'affirmation du genre a démontré l'amélioration de la santé mentale chez les personnes trans.^{15,16} Le soutien parental et des proches dans l'affirmation de leur genre a un effet protecteur majeur sur les adolescents transgenres, en particulier contre les tentatives de suicide, et devrait constituer un pilier des interventions médicales.¹⁷ Les traitements médicaux d'affirmation de genre (bloqueurs hormonaux, hormones, chirurgie) sont associés à une amélioration de la santé mentale et du fonctionnement chez les personnes trans.^{13,15-17} Ces études restent cependant peu nombreuses et incluent de petits nombres de sujets. En revanche, les thérapies «de conversion» sont associées à un risque plus élevé de tentative de suicide et de détresse psychique.¹⁹

	TABLEAU 2	Vulnérabilités	
--	------------------	-----------------------	--

Les personnes transgenres, non binaires ou en questionnement sont plus à risque de:

- Suicide et idéations suicidaires
- Dépression, anxiété, mauvaise estime de soi
- Rupture scolaire, précarité sociale
- Comportements à risque, alcool, tabac, abus de substances
- Infections sexuellement transmissibles
- Subir des violences
- Plus mauvaise santé somatique, maladies chroniques, troubles du comportement alimentaire
- Être négligées, agressées par des professionnels de la santé
- Ne pas recevoir un traitement approprié pour une situation médicale
- Ne pas consulter, même pour une situation urgente

POSTURE DU MÉDECIN: «EXPERT» OU «CO-EXPERT»?

La prise en charge des patients trans et non binaires est individuelle et unique pour chaque patient, il n'y a pas de chemin prédéterminé. Les traitements vont dépendre du besoin du patient et évoluer au cours du processus d'affirmation. Cette prise en charge peut être inconfortable pour le médecin, en remettant parfois en question son rôle d'expert, censé guider le patient. Or les besoins du patient et les résultats des traitements sont observés en grande partie dans la subjectivité de celui-ci.

Une posture souvent mieux vécue est celle de «co-expert» lors de décisions médicales partagées: les échanges avec les patients peuvent alors prendre appui sur les données scientifiques disponibles quant aux risques et bénéfices des traitements, de même que les incertitudes, et permettent d'aligner les décisions sur les valeurs et préférences de chaque patient et leur contexte individuel.²⁰ Ce processus intègre le consentement éclairé dans une prise en charge plus vaste.

ACCUEIL ET PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISÉE DES PATIENTS TRANSGENRES ET NON BINAIRES

L'accueil de chaque personne et de ses besoins est au centre de l'approche trans-affirmative. La position du médecin de premier recours est centrale et touche de nombreuses dimensions (**tableau 3**).

Les aspects de communication font partie de la prise en charge médicale, car ils ont un impact sur tous les patients et particulièrement les patients trans (**tableau 4**). Commencer par inviter chaque patient à communiquer ses prénom et genre préférés constitue une étape signifiante. Leurs utilisations systématiques par le médecin, le personnel du cabinet, et leurs enregistrements dans le dossier médical se fondent sur le droit à l'autodétermination, présent dans l'éthique médicale comme dans la Constitution fédérale suisse.

Nous proposons dans le **tableau 5** des éléments de communication médicale qui facilitent l'exploration de la demande du patient et de ses besoins. L'évaluation des vulnérabilités et leur prise en charge, en particulier la santé mentale, est souvent une première étape.

	TABLEAU 3	Les rôles du médecin de premier recours	
--	------------------	--	--

- Créer un espace de bienveillance et de sécurité au cabinet
- Offrir une écoute non jugeante et respectueuse de l'identité de genre du patient
- Aider l'adolescent à explorer et à affirmer socialement son genre; cela passe par l'expérimentation de l'utilisation du prénom et des pronoms désirés ou encore en favorisant l'expression du genre désiré (habillement, coiffure, etc.) dans un environnement de sécurité
- Inclure et soutenir la famille et les proches dans le processus dès le début de la prise en charge. Avoir conscience que la famille est elle-même souvent sujette aux discriminations
- Accompagner et soutenir le patient transgenre capable de discernement dans sa demande de transition, y compris face à l'absence de soutien familial
- Donner accès rapidement aux ressources, aux différents acteurs communautaires, psychologiques et médicaux, ayant une approche trans-affirmative
- Répondre en parallèle aux différents besoins bio-psycho-sociaux
- Soutenir le patient dans ses démarches légales et administratives

TABLEAU 4 Témoignages

- Quand mon ancien médecin a dit: «Vous, les personnes transgenres, vous êtes tellement difficiles...», cette généralisation m'a fait perdre confiance dans le corps médical. Il a fallu plus d'une année avec mon nouveau médecin traitant pour reprendre confiance et sentir que j'étais une personne à ses yeux.
- Une médecin m'a dit lors de la première consultation: «Ici, on accueille et on prend soin de toutes les personnes, quelles que soient leurs origines, leurs cultures, leurs religions, leurs identités de genre et leurs orientations sexuelles ou affectives.» Je me suis sentie pour la première fois en confiance chez une médecin.
- Un médecin des urgences m'a appelé transsexuelle et a voulu examiner mes organes sexuels, alors que je venais consulter pour une entorse du poignet. Depuis, je crains d'aller aux urgences et je n'ai pas réussi à y aller la dernière fois, alors que l'assistante médicale me l'avait recommandé, car mon médecin ne pouvait pas me voir en urgence.
- La médecin et la secrétaire utilisent toujours mon prénom et mon genre d'usage. Ça me donne le sentiment que je peux vraiment leur parler de ce que je vis et de ce qui est important pour moi.

TABLEAU 5 Exemples de communication médicale trans-affirmative lors d'une consultation**Début d'entretien**

- Bonjour, est-ce que vous souhaitez que j'utilise le prénom qui est sur votre dossier ou y a-t-il un autre prénom qui vous convient mieux?
- Quel pronom souhaitez-vous que j'utilise à votre sujet (il ou elle ou iel)?
- Est-ce secret? Avec quelles personnes utilisez-vous ce prénom et ce pronom?
- Comment voulez-vous que le secrétariat et les autres professionnels s'adressent à vous?
- Si je fais des erreurs quand je m'adresse à vous, elles sont involontaires et je vous prie de m'en excuser.
- Je suis désolée de m'être trompée de prénom (ou de genre). Toutes mes excuses!

Se positionner pour apporter sécurité et bienveillance

Ici, on accueille et on prend soin de toutes les personnes, quelles que soient leurs origines, leurs cultures, leurs religions, leurs identités de genre et leurs orientations sexuelles ou affectives. Et on peut parler de ces sujets quand ils sont importants pour vous. Ces éléments, comme tous les autres de la consultation, sont confidentiels et protégés par le secret médical.

Ouvrir la discussion sur le genre

- Avez-vous des questions concernant le genre?
- Est-ce que vous vivez un malaise ou de la souffrance en lien avec votre identité de genre?
- Comment vous identifiez-vous concernant le genre?

Affirmations et/ou transitions

- De quoi auriez-vous besoin en lien avec le genre pour vous sentir bien?
- Avez-vous commencé une forme de transition sociale ou médicale?
- Avez-vous des attentes particulières par rapport à ces changements?
- Qu'est-ce qui est important pour vous dans ces changements?
- Avez-vous pensé à un calendrier ou un ordre pour ces changements?

Discussion de décision médicale partagée

- Certains patients viennent avec un plan clair de la façon dont je peux les aider et les soutenir. Avec d'autres, nous avançons ensemble pour avoir une liste des éléments qui sont importants pour eux. Comment pouvons-nous faire équipe au mieux pour votre santé?
- Dans cette situation, il y a plusieurs options. On peut les explorer ensemble et voir ce qui est faisable et ce qui est important pour vous.

Examen physique

Y a-t-il des parties de votre corps qui vous mettent mal à l'aise? Je vous informerai des zones qu'il serait utile d'examiner et nous déciderons ensemble si l'examen doit avoir lieu ou non et comment nous pouvons faire pour diminuer votre malaise.

Relations amoureuses et sexuelles

- La personne qui vous accompagne a-t-elle un lien particulier avec vous?
- Êtes-vous en relation amoureuse actuellement? Pourriez-vous me parler un peu de cette personne?
- Comment se sont passés les rapports sexuels que vous avez eus récemment?
- Avez-vous des relations sexuelles avec des hommes, des femmes, ou les deux? Je pose la question de cette manière à tous les patients pour parler de sexualité, de plaisir et de risques.
- Comment vous identifiez-vous concernant l'orientation sexuelle et affective?

Les modalités d'affirmation du genre peuvent être sociales, légales, médicales et chirurgicales (**tableau 6**). Les besoins peuvent aller de la simple reconnaissance et validation de l'identité à une affirmation sociale, et pour certains une affirmation médicale ou chirurgicale. Le médecin de premier recours peut aider à l'élaboration d'un plan de soin, établi par et avec le patient, et de stratégies de santé au long cours, en collaboration étroite avec les autres spécialistes. La communication et la collaboration avec ces derniers permettent de répondre aux besoins individuels de chaque patient. Cette approche est fondée sur les droits humains et sexuels qui valorisent l'autonomie de la personne, le respect de son intégrité et la décision médicale partagée. De nombreuses ressources sont disponibles et permettent l'accès à des informations et des outils adaptés (**tableau 7**).

Les aspects de transition sociale et légale ont souvent un impact avec des changements importants qui peuvent bénéficier d'un suivi ou d'un soutien par les pairs, les associations ou les professionnels. Sur les aspects médicaux, les premières mesures sont fréquemment la préservation de la fertilité, un blocage pubertaire ou la suppression des règles, car ces dernières aggravent la souffrance. D'autres éléments comme les techniques de dissimulation de la poitrine (*binding*) ou des testicules et du pénis (*tucking*), de féminisation ou de masculinisation de la voix, d'épilation ou de musculation peuvent également être discutés en consultation médicale afin de les intégrer dans les stratégies de santé. L'accompagnement des transitions chirurgicales devrait intégrer également le plan de santé (soutien psychologique, choix du timing et des chirurgiens, éléments logistiques en post-opératoire et suivi médical).

REGRETS

La peur que le patient exprime un jour des regrets par rapport aux traitements suivis est souvent présente chez les médecins et les parents. La littérature actuelle est rassurante avec des taux de regrets ou de détransition entre 0 et 3% selon les études.^{18,21} Les regrets étant généralement en lien avec le manque de soutien social après la transition ou avec de mauvais résultats chirurgicaux. Les facteurs protecteurs, prédictifs de satisfaction, sont une préparation et un soutien psychologique adéquats avant les traitements, un suivi régulier

TABLEAU 6 Différentes modalités de transition et d'affirmation de genre

Affirmation sociale	Coiffure, habillement, prénom, pronom, W-C	Réversible
Affirmation légale	Changement de prénom, de genre, à l'école, à l'état civil	Réversible
Blocage pubertaire	Analogue de la GnRH	Réversible
Traitement hormonal	Testostérone (AFAN) Œstrogène (AMAN)	Partiellement réversible
Chirurgie	Chirurgie du torse Chirurgie des organes génitaux	Non réversible

AFAN: assigné féminin à la naissance; AMAN: assigné masculin à la naissance; GnRH: Gonadotropin Releasing Hormone – hormone de libération des gonadotrophines hypophysaires.

TABLEAU 7 Ressources

Des ressources actualisées par thèmes sont disponibles sur le site de l'Université de Genève (UNIGE), Bioscope.

WPATH: World Professional Association for Transgender Health – Association professionnelle mondiale pour la santé des personnes transgenres; LGBT: Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transgenre.

Sélection des documents les plus utiles pour les professionnels:

- www.unige.ch/ssi/ressources/pro/
 - Des articles centrés sur les besoins des médecins de premier recours, des internistes généralistes, des pédiatres et des gynécologues
 - Les recommandations *les plus récentes* pour les enfants et les ados transgenres, et pour les adultes
 - Les recommandations du WPATH de 2012 qui restent des références mondiales
 - Un guide pour professionnels de santé afin d'aider les familles à soutenir les enfants LGBT et des documents pour les familles
 - Un guide pour accompagner les élèves trans à l'école qui fait la référence en Suisse romande
 - Des documents pour déconstruire les stéréotypes et explorer ces questions avec les enfants et ados, faciles à utiliser en consultation
 - Un document pour explorer les dimensions de l'identité sexuée (la licorne) avec les jeunes
 - Un manuel des droits des personnes LGBT par la Law Clinic de l'UNIGE
- À noter que ces documents n'ont pas encore intégré les changements de la CIM-11 par l'OMS en 2019



Des ressources pour les patients et les proches sont disponibles sur les sites suivants:

Bioscope: www.unige.ch/ssi/ressources/

Associations de soutien aux personnes transgenres et à leurs proches

- Agnodice: www.agnodice.ch
- Le Refuge Genève: www.refuge-geneve.ch
- Epicène: www.epicene.ch

Consultations médicales pour enfants et adolescents

- CHUV – Division interdisciplinaire de santé des adolescents (DISA), 021 314 37 60
- HUG – Unité santé jeunes, 022 372 33 87

lier par des professionnels formés, un soutien familial et social constant et, si la chirurgie est effectuée, des résultats chirurgicaux optimaux.^{18,21}

CONCLUSION

Les médecins de premier recours jouent un rôle central pour la santé des adolescents transgenres. La collaboration entre les différents professionnels de santé permet une prise en charge qui répond aux besoins individuels de chaque patient. Dans une approche trans-affirmative, les connaissances, des compétences de communication spécifiques et de décision médicale partagée, et l'accès aux soins et aux ressources participent à soutenir et développer la santé.

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

Remerciements: Les auteurs remercient tout particulièrement les personnes concernées et leurs proches pour leur contribution à cet article. Arnaud Merglen et Cindy Soroken remercient la Fondation privée des HUG qui soutient leur projet de développement du partenariat avec les adolescents transgenres et leurs proches.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Demander et utiliser le prénom et le genre préférés
- Accueillir, soutenir et accompagner l'adolescent à travers l'exploration de son genre ressenti, de son expression de genre, de ses émotions et des épreuves rencontrées
- Informer l'adolescent et les proches sur les transidentité et les possibilités de prise en charge
- Soutenir le système familial dans son ensemble quant aux impacts relationnels et émotionnels
- Aider le jeune et ses proches à accéder aux différents spécialistes et ressources
- Offrir un lieu de soins en sécurité et bienveillance pour les besoins de santé généraux et spécifiques

1 Saraswat A, Weinand JD, Safer JD. Evidence supporting the biologic nature of gender identity. *Endocr Pract* 2015;21:199-204.
 2 American Psychiatric Association. DSM-5, Gender dysphoria [En ligne]. 2013. Disponible sur : www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM-5-Gender-Dysphoria.pdf
 3 World Health Organization. WHO/Europe brief – transgender health in the context of ICD-11 [En ligne]. 2019. Disponible sur : www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/gender-definitions/who-europe-brief-transgender-health-in-the-context-of-icd-11
 4 Goodman M, Adams N, Cornell T, et al. Size and distribution of transgender and gender nonconforming populations: a narrative review. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2019;48:303-21.
 5 Cheung AS, Ooi O, Leemaqz S, et al. 14 Sociodemographic and clinical characteristics of transgender adults in Australia. *Transgender Health* 2018;3:229-38.
 6 Thorne N, Kam-Tuck Yip A, Bouman WP, Marshall E, Arcelus J. The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary – a

systematic review. *Int J Transgend* 2019;20:38-154.
 7 Toomey RB, Syvertsen AK, Shramko M. Transgender Adolescent Suicide Behavior. *Pediatrics* 2018;142. PII: e20174218.
 8 Safer JD, Coleman E, Feldman J, et al. Barriers to healthcare for transgender individuals. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes* 2016;23:168-71.
 9 Bailey LJ, Ellis S, McNeil J. Suicide risk in the UK trans population and the role of gender transition in decreasing suicidal ideation and suicide attempt. *Ment Health Rev* 2014;19:209-20.
 10 American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol* 2015;70:832-64.
 11 American Psychiatric Association. Gender-Affirming Therapy [En ligne]. 2017. Disponible sur : www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-affirming-therapy
 12 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Statement Responding to Efforts to ban Evidence-Based Care for Transgender and Gender Diverse Youth [En ligne]. 2019. Disponible

sur : www.aacap.org/AACAP/Latest_News/AACAP_Statement_Responding_to_Efforts-to_ban_Evidence-Based_Care_for_Transgender_and_Gender_Diverse.aspx
 13 *Cheung AS, Wynne K, Erasmus J, Murray S, Zajac JD. Position statement on the hormonal management of adult transgender and gender diverse individuals. *Med J Aust* 2019;211:127-33.
 14 **Rafferty J, AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, AAP Committee on Adolescence, AAP Section on Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Health and Wellness. Ensuring comprehensive care and support for transgender and gender-diverse children and adolescents. *Pediatrics* 2018;142:e20182162.
 15 de Vries AL, McGuire JK, Steensma TD, et al. Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment. *Pediatrics* 2014;134:696-704.
 16 Olson KR, Durwood L, DeMeules M, et al. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016;137:1-8.
 17 Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgen-

der persons. *BMC Public Health* 2015;15:525.
 18 Cornell University – What we know. What does the scholarly research say about the effect of gender transition on transgender well-being? [En ligne]. 2018. Disponible sur : whatwewknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people/
 19 Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, Keuroghlian AS. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. *JAMA Psychiatry* 2020;77:68-76.
 20 Stiggelbout AM, Van der Weijden T, De Wit MP, et al. Shared decision making: really putting patients at the centre of healthcare. *BMJ* 2012;344:e256.
 21 Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med* 2018;15:582-90.
 * à lire
 ** à lire absolument

QCM D'AUTO-ÉVALUATION

Testez vos connaissances...

**«Parlons de sexe avec eux aussi»:
la santé sexuelle des adolescents
garçons en médecine de premier
recours**

(voir article p. 765)

1. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s) concernant la santé sexuelle des adolescents garçons?
- A. Les médecins passent plus de temps à informer les garçons sur l'utilisation du préservatif que les filles
 - B. La plupart des garçons considèrent l'activité sexuelle comme la priorité dans les relations amoureuses
 - C. Les garçons attendent que le médecin fasse le premier pas pour aborder les questions de sexualité
 - D. Les garçons consultent peu pour des dysfonctions sexuelles car ce sont des problèmes rares à cet âge

**Adolescents transgenres et
non binaires: approche et prise
en charge par les médecins de
premier recours**

(voir article p. 789)

4. Quels sont les rôles du médecin de premier recours dans la prise en charge des patients transgenres?
- A. Créer un espace de bienveillance et de sécurité avec une écoute non jugeante
 - B. Évaluer la suicidalité et agir en fonction
 - C. Explorer la sexualité sans préjugés et un éventuel comportement sexuel à risque pour pouvoir proposer une prévention adaptée
 - D. Accompagner et soutenir le jeune dans sa demande, en incluant la famille et les proches

**Vitamine D chez les adolescents:
résumé des recommandations
pour la pratique clinique**

(voir article p. 778)

2. Parmi les affirmations suivantes au sujet de la vitamine D chez les adolescents, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)?
- A. Une concentration sérique de 25-hydroxyvitamine (25(OH)D) inférieure à 25-30 nmol/l est associée à un risque de mauvaise santé osseuse
 - B. Il y a un consensus clair dans la littérature concernant le traitement de la carence
 - C. Les adolescents peuvent compenser le manque d'exposition au soleil par un apport nutritionnel adapté
 - D. La carence est définie comme un dosage de 25(OH)D inférieur à 75 nmol/l

**Approche pratique des écrans en
consultation avec les adolescents**

(voir article p. 784)

5. Un adolescent de 15 ans amené par ses parents consulte pour abus d'écrans. Il joue 6 à 8 heures par jour sur les écrans. Il ne sort souvent pas de sa chambre à l'heure des repas et mange après les autres membres de la famille. Que faites-vous?
- A. Vous dites aux parents de lui retirer son téléphone pour un mois
 - B. Vous impliquez la famille dans la prise en charge
 - C. Vous l'hospitalisez pour addiction aux écrans
 - D. Vous faites une anamnèse psychosociale et investigatez ce qu'il fait sur les écrans

**Troubles des conduites alimen-
taires et obésité à l'adolescence:
implications cliniques**

(voir article p. 769)

3. Parmi les affirmations suivantes, laquelle (lesquelles) est (sont) correcte(s)? Lors de la prise en charge d'un adolescent en excès de poids, le soignant doit veiller à:
- A. Dépister un trouble du comportement alimentaire
 - B. Faire comprendre au patient qu'il est trop gros et qu'il doit changer rapidement ses habitudes de vie
 - C. Réduire l'attention portée au poids en se concentrant plutôt sur le dépistage des maladies pour lesquelles l'obésité est un facteur de risque
 - D. Investiguer le rôle des émotions dans la prise alimentaire

**Enfant ou adulte? Réflexions
transdisciplinaires sur les
expertises d'âge**

(voir article p. 773)

6. Vous êtes médecin généraliste et une autorité judiciaire vous demande de déterminer l'âge d'un jeune. Que faites-vous?
- A. Vous réalisez une anamnèse et un examen clinique complet
 - B. Vous demandez une radiographie du poignet afin de déterminer l'âge osseux
 - C. Vous refusez de répondre à cette demande pour des raisons éthiques
 - D. Vous expliquez que cette évaluation doit être réalisée par un institut de médecine légale

Réponses correctes: 1C, 2A, 3ACD, 4ABCD, 5BD, 6D

« Il faut sortir de la crise intelligemment et rapidement »

INTERVIEW DE MICHEL MATTER PAR FRANCESCA SACCO

Rev Med Suisse 2020; 16: 795-6

Michel Matter est bien occupé depuis la pandémie du COVID-19. En tant que président de l'AMGe, vice-président de la FMH et conseiller national Vert'libéral, il œuvre simultanément sur plusieurs fronts.

Comment voyez-vous la fin de cette crise sanitaire ?

L'enjeu réside dans une relance maîtrisée pour éviter le risque de subir une deuxième vague épidémique. Il est essentiel de réussir cette étape et il faudrait qu'elle puisse se faire dès que possible, sans quoi nous pourrions craindre de devoir affronter ensuite une crise médicale en raison de la mise entre parenthèses du suivi des maladies chroniques et de l'ajournement de certains traitements médico-chirurgicaux et/ou médicamenteux. On peut s'attendre à un certain nombre de décompensations, de burnouts, voire de suicides, avec une quantité d'entreprises sur la corde raide. Il est impératif d'établir une cartographie de l'impact sanitaire, social et économique de la pandémie. La relance économique nécessitera la mise en place d'un soutien personnel et collectif des forces vives. Je songe en particulier au port de masques de protection dans les commerces. Personnellement, j'ai toujours été un adepte du masque de protection, car il rend visible l'invisible. Il sera également indispensable de mettre en place des normes claires pour les personnes à haut risque et les nouveaux cas, et de garantir leur traçabilité pour endiguer la transmission du virus. Le chemin vers le retour à la normale sera long et nécessitera la solidarité de toute la population. Notre société doit profiter de ces circonstances particulières pour repenser notre mode de vie et l'impact de nos comportements.

Que pensez-vous de la stratégie nationale contre le COVID-19 ?

Elle donne la priorité à l'éthique médicale et à l'équité. Elle illustre le principe que chaque vie compte et que chaque personne doit avoir les mêmes chances d'être prise en charge. Fondamentalement,

la stratégie actuelle de la Suisse est directement inspirée du modèle mathématique publié le 28 février dernier dans *The Lancet* (« Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts »), et qui montre qu'il faut aplanir le plus possible la courbe de progression des nouveaux cas. C'est le seul moyen de réduire l'impact sur la population générale tout en permettant à l'ensemble du réseau médical mobilisé contre la pandémie (personnel soignant, services de soins intensifs, etc.) de ne pas être totalement submergé. Il me semble important de dire et de rappeler que la protection des personnes les plus vulnérables est l'enjeu majeur de cette crise à la fois sanitaire, économique et sociale. Peut-être aurions-nous pu agir plus vite et plus efficacement. L'Histoire nous le dira. Personnellement, je garde un souvenir teinté d'amertume du week-end du 13-15 mars, où tant de gens se prélassaient sur les terrasses ou sortaient en groupe pour prendre le soleil, alors que le Conseil fédéral venait de promulguer son ordonnance interdisant les rassemblements de plus de cinq personnes dans l'espace public, afin de lutter contre la propagation du COVID-19. La pénurie de matériel de protection, surtout les masques qui ont vraiment fait défaut au début de la crise, justifiera sans doute aussi une remise en question.

Tout cela a influencé l'évolution de la pandémie...

Au final, le prix à payer est un prolongement de la durée de la crise sanitaire, avec des conséquences économiques forcément plus importantes. L'impact financier des mesures liées au semi-confinement est d'autant plus violent que toutes les entreprises et les personnes qui ne peuvent pas se reconvertir au télétravail ont dû totalement interrompre leur activité. Certaines en sentiront certainement les effets pendant plusieurs années, malgré les milliards débloqués en urgence par la Confédération pour limiter les dégâts. Les indépendants, en particulier, sont sévère-

ment touchés. Or, ils représentent 13% de la population active. Parmi eux, les médecins, les physiothérapeutes, les infirmiers et les ergothérapeutes, notamment, sont à risque d'être durablement fragilisés par les restrictions qui leur sont actuellement imposées. Ce qui, dans le contexte d'une crise sanitaire, est tout de même un comble. Au sortir de cette épreuve, il ne faudra pas oublier les soignants. Il va donc falloir réfléchir à une sortie de crise intelligente et rapidement envisageable, quand bien même certaines contraintes seront certainement maintenues pendant encore un certain temps – je fais allusion aux grands rassemblements comme les concerts, les festivals et les matchs de football, par exemple.

Vous n'échappez pas personnellement à ces contraintes...

En tant que directeur du Centre ophtalmologique de Rive à Genève, je me trouve en effet face au dilemme du chômage partiel pour mon personnel paramédical et mes collaborateurs administratifs. Et comme la très grande majorité des patrons, je suis placé dans la nécessité de rechercher un soutien financier pour pouvoir traverser cette crise en sauvegardant mon entreprise et les emplois de mes collaborateurs. Les démarches pour obtenir de l'aide, que ce soit un prêt, une remise de loyer, des indemnités liées à une réduction de l'horaire de travail (RHT) ou des allocations pour perte de gain (APG), sont devenues le lot quotidien des dirigeants d'entreprises de toute taille. On ne compte pas les médecins qui travaillent à titre indépendant dans une petite structure et qui vivent dans la crainte d'une importante baisse de revenus du fait qu'ils ne sont plus autorisés à traiter que les cas indispensables ou urgents.

Ce qui est susceptible d'entraîner des conséquences sur la santé générale de la population...

En effet, la population craint tellement de sortir de chez elle en cette période de

semi-confinement qu'elle hésite à consulter un médecin en cas de besoin. Dans le canton de Genève, nous avons constaté, comme partout ailleurs en Suisse, une chute considérable du nombre des consultations pour tous les problèmes de santé non liés au COVID-19. Cela concerne notamment les infarctus, les accidents vasculaires cérébraux (AVC), les pathologies relevant de la traumatologie et, finalement, toutes les autres situations courantes en médecine, qu'elles constituent ou non des urgences. Il y a donc lieu de penser que la population est en train de délaisser sa santé. Un appel fort et une présence remarquable dans les médias a été nécessaire pour lui rappeler qu'elle ne devait pas perdre le réflexe d'appeler le médecin.

Comment le canton de Genève a-t-il réagi à la crise?

Très rapidement, les Hôpitaux cantonaux universitaires (HUG) ont été dévolus au COVID-19, dans le cadre d'une stratégie de partenariat avec les cliniques privées et l'Association des médecins du canton de Genève (AMGe). Le but était de rassembler toutes les ressources disponibles en termes de personnel, de matériel et de soins. L'Hôpital de La Tour est intervenu tout particulièrement en première ligne, avec la mise à contribution de ses services de soins intensifs et de soins intermédiaires. Trois cliniques – les Grangettes, la Colline et Générale-Beaulieu – ont également joué un rôle primordial, en intégrant la prise en charge de patients non-COVID et les suites de traitements initiés aux HUG dans leurs services de soins intermédiaires. Enfin, les médecins

de ville ont œuvré avec l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) et les physiothérapeutes pour préserver et assurer la couverture de la population sur l'ensemble du canton.

Qu'avez-vous entrepris en tant que président de l'AMGe?

Tout d'abord, il a fallu abattre un travail de coordination considérable. Le scénario catastrophe qui avait été annoncé au début de la crise a fait craindre que les ressources humaines mobilisables dans les services de soins intensifs et de soins intermédiaires ne soient débordées. D'où la stratégie de partenariat adoptée par le canton. Pour ce qui est de l'approvisionnement en matériel de protection (masques, gel, lunettes et surblouses), le travail se fait toujours à flux tendu. Pour fournir l'ensemble des médecins de ville, y compris ceux qui se rendent directement au domicile des patients dans le cadre d'unités mobiles afin d'effectuer des prélèvements, on a souvent dû se débrouiller, par exemple en passant par des réseaux informels. Il a également fallu installer une application de télémédecine, docteur@home.ch, à partir de la base existante, hug@home.ch. Enfin, une collaboration avec les médias a été indispensable pour faire passer des messages utiles à la population.

Vous avez une autre casquette, celle de conseiller national...

Les 23 et 24 avril, je siégerai effectivement à Berne, au sein de la Commission des finances du Conseil national. De nombreuses décisions impératives pour notre pays seront prises sur le plan financier. L'axe de travail et le cap qui devra être

suivi ont été déterminés par le Conseil fédéral au cours de ces dernières semaines. J'en mesure la portée. Puis, début mai, je participerai à la séance extraordinaire du Conseil national. Les débats s'annoncent animés. À noter que la réunion se tiendra dans le hall de Bernexpo, afin de respecter strictement les mesures imposées par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Le contrôle du Conseil fédéral par le Parlement est à mon avis essentiel. Les montants en jeu sont colossaux, à l'image des chiffres que nous voyons passer depuis le début de la pandémie du COVID-19.

Un mot en tant que vice-président de la Fédération des médecins suisses (FMH)?

En ce moment, le comité de la FMH se réunit en visioconférence deux à trois fois par semaine, le soir. Le but est de développer une vision nationale de la situation et de partager des informations, qu'elles viennent de notre propre expérience ou d'ailleurs: associations cantonales, autorités, etc. Nous faisons office de relais direct avec l'OFSP pour certaines questions impérieuses, comme celle des limitations de temps actuellement imposées pour la facturation des prestations de télémédecine par le système Tarmed. C'est un exemple édifiant.

DR MICHEL MATTER

Vice-président de la FMH
Président de l'Association des médecins de Genève
Rue Micheli-du-Crest 12, 1205 Genève
michel.matter@amge.ch

Covid-19 - Mourir riche ou puiser dans le bas de laine

Les Dr Knock de la finance, auxquels nous devons à la fois le crack lié aux «subprimes» et la purge qui s'en est suivie (et dont nous avons collectivement mis tant d'années à en éponger les méfaits), nous expliquent désormais doctement que nous pourrions bénéficier d'une nouvelle aumône qu'il faudra toutefois rembourser selon les mêmes modalités. Comme c'est à priori plus grave, on est cette fois parti pour 20 ans!

«Think outside the box!».

Retrouvons le courage de nos arrières-grand parents pour qui, en l'absence de couverture sociale, l'épargne devait permettre à la famille de survivre en cas de «coup dur». C'est exactement ce qui nous arrive! Osons puiser dans le bas de laine!

La Suisse est riche de son faible endettement collectif, qui a été réduit de 125 milliards de francs en 2005 à 97 milliards à fin 2019, pour atteindre aujourd'hui moins de 15% du PIB. Comparativement, la dette publique dépasse 60% du PIB en Allemagne, frôle les 100% en France, atteint 105% aux USA et près de 140% en Italie. Par ailleurs, depuis 2015, les taux d'intérêts négatifs des obligations de la Confédération accélèrent le remboursement de la dette.

Il est malheureusement peu probable que l'on assiste à un rebond économique

compensateur de la récession abrupte liée au confinement actuel, et les prêts proposés par le Conseil fédéral risquent de prolonger durablement cette récession. Comme le préconisent désormais quelques économistes, il faut maintenant avoir le courage d'agir plus radicalement.¹

Doubler la dette publique suisse – elle n'atteindrait alors proportionnellement toujours pas la moitié de celle de l'Allemagne – permettrait de dégager environ

100 milliards de francs pour un fonds de solidarité COVID destiné à compenser à fonds perdus les salaires et chiffres d'affaires qui font défaut. En élaguant les réserves de la BNS, des banques cantonales et de la SUVA, ce fonds pourrait même dépasser les 200 milliards de francs, ce qui correspondrait à 5 fois plus que ce que le président

Trump a promis de mobiliser pour l'économie américaine!

En tablant sur des taux d'intérêt de l'ordre de 2% au cours des deux prochaines décennies, la dette resterait stable autour de 30% du PIB. Avec un surplus budgétaire de 0,5% du PIB pendant la même période, alors qu'il a été en moyenne de 3% par an ces 10 dernières années, la dette passerait à nouveau en dessous de 15% du PIB à l'horizon 2040.

C'est à un véritable choix de société

que notre pays est désormais confronté! Mourir riche ou puiser dans le bas de laine national qui s'apparente plus aux coffres de l'oncle Picsou qu'aux maigres réserves de nos arrières grands-parents! Espérons que le Conseil Fédéral et nos parlementaires fassent preuve d'audace et montrent le même courage que les soignants qui s'exposent sans état d'âme depuis le début de la crise pour le bien commun qu'est notre santé, et qui n'a pas de prix!

**DOUBLER LA
DETTE PUBLIQUE
SUISSE PERMET-
TRAIT DE DÉGAGER
ENVIRON 100
MILLIARDS DE
FRANCS POUR UN
FONDS DE SOLI-
DARITÉ COVID**

¹ Cédric Tille, Professor of Economics at the Graduate Institute Geneva and director of the program for bilateral assistance and capacity building for central banks <https://www.heidi.news/geneva-solutions/covid-19-quelle-politique-economique-face-a-l-epidemie>.

DR PHILIPPE EGGIMANN

Président de la Société vaudoise de médecine (SVM)
Président de la Société médicale
de la Suisse romande (SMSR)
Chemin de Mornex 38, 1002 Lausanne
philippe.eggimann@svmed.ch

ESPOIRS ET DIFFICULTÉS EXPÉRIMENTALES CONTRE LE COVID-19

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Moins de quatre mois après son émergence, on peinerait à recenser de manière exhaustive la somme des essais cliniques thérapeutiques mis en œuvre contre le Covid-19. Quelques-uns suscitent de réels espoirs, peuvent surprendre, ou doivent être suspendus. Trois exemples.

Les transfusions de plasma. Baptisé «Coviplasm», il s'agit d'un essai français fondé sur la transfusion de plasma de patients guéris du Covid-19 à des patients souffrant du même virus. Postulat: le plasma des personnes qui ont guéri du Covid-19 contient des anticorps spécifiques que leur organisme a développés; ces anticorps, transfusés, pourraient aider les patients en phase aiguë de la maladie à lutter contre le virus. En pratique, 60 malades seront inclus dans cet essai clinique mené dans différents hôpitaux de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP). La moitié d'entre eux recevra un apport en «plasma-convalescent». Deux unités de plasma de patient convalescent, de 200 à 220 ml chacune, seront transfusées au jour 6 (+/- 1 jour) après le début des symptômes cliniques. En l'absence d'événements indésirables aigus et imprévus chez les trois premiers patients, deux unités seront transfusées 24 heures après les deux premières, soit un total de quatre unités par patient.

Les donneurs, quant à eux, devront être guéris depuis au moins quatorze jours. Le prélèvement se fera comme habituellement pour les dons de plasma par plasmaphère. Les prélèvements menés sous l'égide de l'Etablissement français du sang (EFS) seront effectués dans trois régions (Ile-de-France, Grand Est, Bourgogne-Franche-Comté) chez les premiers malades français

guéris du Covid-19. L'EFS, unique collecteur de sang en France, prélèvera 600 ml de plasma chez près de 200 patients guéris, permettant ainsi la mise à disposition de 600 unités de 200 ml de plasma pour l'essai clinique chez les malades.

Cet essai est mené sous la direction de la Pr Karine Lacombe, cheffe du Service des maladies infectieuses et tropicales de l'Hôpital Saint-Antoine (AP-HP), et du Pr Pierre Tiberghien (EFS, Université de Franche Comté). «Une première évaluation pourra être rendue deux à trois semaines après le début de l'essai clinique, précise-t-on auprès de l'EFS. En fonction de l'efficacité du traitement et de l'absence d'apparition d'effets secondaires délétères, l'essai clinique pourra être élargi à un nouveau groupe de patients.»

Plus largement, l'EFS va prochainement mener, avec l'Institut Pasteur de Paris, des études de séroprévalence qui permettront de suivre l'immunité collective contre le coronavirus. Il s'agira plus précisément de déterminer la proportion de formes asymptomatiques de l'infection Covid-19 chez l'adulte, d'étudier le taux de pénétration de l'infection dans différentes zones géographiques et de modéliser la progression épidémique. Il s'agira aussi de fournir des informations utiles aux autorités sanitaires pour apprécier la proportion de la population française qui a été infectée par le virus SARS-CoV-2. Il s'agira, enfin, d'étudier la répartition des titres d'anticorps IgG anti-SARS-CoV-2 observés en population générale et d'étudier des facteurs de risque associés aux groupes sanguins. Ces tests seront réalisés de manière aléatoire et il n'est pas prévu que les résultats individuels soient communiqués aux donneurs.

La possible résurgence du BCG. Dans différents pays, des essais cliniques de grande ampleur ont été (ou seront) prochainement lancés afin de déterminer si la vaccination par le vaccin bilié de Calmette et Guérin (BCG) serait de nature à procurer une protection – au moins partielle – contre l'infection virale responsable du Covid-19. «Des études épidémiologiques ont montré de façon intéressante une corrélation entre taux de

vaccination au BCG et taux de morbidité et de mortalité face au Covid-19, précise-t-on auprès de l'Institut national français de la santé et de la recherche médicale (Inserm). Si la majorité de ces études vont dans le même sens, elles ne permettent pas de conclure à une relation de causalité, car elles restent soumises à d'importants biais, en particulier sur la différence de niveau de vie et de politique de santé entre les pays à fort et à faible taux de vaccination.»

Le BCG a démontré dans le passé, chez les enfants, un effet protecteur non spécifique contre les infections, en particulier respiratoires. Les vaccins vivants comme le BCG, le vaccin contre la rougeole ou encore le vaccin oral contre la polio, pourraient en effet avoir des effets bénéfiques non spécifiques sur certaines infections. Le BCG pourrait ainsi permettre de diminuer l'importance de l'infection au virus SARS-CoV-2 en stimulant la mémoire de l'immunité innée, première immunité à entrer en jeu face à une infection, et en induisant ainsi une «immunité innée entraînée».

Sur la base de ces observations, des chercheurs de plusieurs pays ont lancé des essais cliniques de grande ampleur (1000 personnes aux Pays-Bas, 4000 en Australie) chez les personnes à haut risque d'exposition, les personnels soignants notamment. En France, Camille Lochet, directeur de recherche Inserm à l'Institut Pasteur de Lille, prépare la mise en place d'un essai clinique en double aveugle. «Une collaboration avec l'Espagne, qui mène également des recherches sur un projet de ce type, pourrait permettre de comparer à grande échelle les bénéfices de la vaccination au BCG à un placebo commun aux deux pays, précise-t-on auprès de l'Inserm. Si l'essai clinique voit le jour, il faudra cependant encore suivre les participants pendant 2 à 3 mois pour avoir des données fiables.»

Les chercheurs français se veulent particulièrement prudents: la piste du vaccin BCG est très intéressante, mais elle nécessite d'être explorée au sein d'essais cliniques rigoureux. En toute hypothèse, aucune donnée validée ne permet à ce jour de recommander une vaccination au BCG pour se protéger du Covid-19. Si les résultats de ces essais cliniques étaient concluants, la vaccination par le BCG (qui

ON ESPÉRAIT
AMÉLIORER
L'OXYGÉNATION
DES TISSUS PAR
L'INJECTION
INTRAVEINEUSE
D'UN TRANSPORTEUR
D'OXYGÈNE



© istockphoto/seraficus

n'est plus obligatoire en France depuis 2007) pourrait rapidement être redéployée.

L'échec d'un sang de ver marin. On apprenait il y a quelques semaines le prochain lancement, en France, de l'étude MONACO (acronyme de M101 Oxygénéation COvid), une étude originale visant à évaluer la tolérance d'une solution issue du sang de ver marin chez des patients ayant un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) lié au Covid-19. Plus précisément, cette étude, coordonnée par le Pr Bernard Cholley, chef du Service d'anesthésie réanimation de l'Hôpital européen Georges-Pompidou (Paris), était ciblée sur l'utilisation d'un transporteur d'oxygène M101 issu de l'hémoglobine de ver marin. Elle devait concerner des patients Covid+ en insuffisance respira-

toire aiguë réfractaire, sous ventilation mécanique et non éligibles à l'oxygénation extracorporelle par Extra-Corporal Membrane Oxygenation (ECMO).

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), promoteur de cette étude, avait obtenu au préalable, le 27 mars, un avis favorable de l'Agence nationale française de sécurité des médicaments (Ansm) et l'accord d'un comité de protection des personnes (CPP) le 3 avril 2020. Objectif: prouver que l'on peut améliorer l'oxygénation des tissus par l'injection intraveineuse d'un transporteur d'oxygène (M101) à des patients ayant un SDRA lié au virus SARS-CoV-2. Il s'agissait plus précisément de démontrer la sécurité du traitement en vérifiant l'absence d'événements indésirables immédiatement après l'administra-

tion: manifestations anaphylactiques, baisse brutale de la pression artérielle, décès dans les six premières heures ou dégradation aiguë de la fonction rénale ou hépatique dans les 48 heures qui suivent l'administration.

Cet essai devait être réalisé dans trois services de réanimation de l'AP-HP. Il vient toutefois d'être suspendu par l'ANSM à la suite de résultats négatifs (datant de 2011, observés chez l'animal) qui n'avaient pas été portés à sa connaissance. Cette suspension a conduit l'AP-HP à ne plus être promoteur de cet essai clinique de phase 1. Aucun patient n'avait encore été inclus dans l'essai.

CARTE BLANCHE



Marco Vannotti

Ruelle Vaucher 7
2000 Neuchâtel
mvannotti@gmail.com

MOURIR SEUL, MOURIR AUX AUTRES

La plus grande peur de tout être humain, même de celui qui a choisi de vivre en ermite, n'est pas de mourir. C'est de mourir seul.

D. Carrisi

Lorsque j'étais jeune assistant, j'ai vécu l'expérience de mourants laissés seuls par l'équipe soignante dans une chambre isolée. Une telle relégation était justifiée – me disait-on – par la volonté d'épargner les voisins de grandes chambrées du spectacle de l'agonie. À l'époque, j'avais tout de même le sentiment d'une carence d'humanité liée à l'état d'abandon que la personne en fin de vie devait nécessairement éprouver. Un demi-siècle a passé depuis mes débuts en médecine et je dois dire que la situation a beaucoup changé. Les soins palliatifs, l'attention à la qualité de la fin de la vie ont permis

aux personnes âgées et aux malades, le plus souvent, de mourir entourés par leurs proches ou, à défaut, par des soignants attentifs. Mais la question pourrait se poser différemment aux soins intensifs. Le Covid-19 a changé la donne.

Dans les conditions d'urgence, de surmenage menaçant en cette période de pandémie, les malades risquent de mourir sans un moment d'adieu de la part de leurs proches, et ces derniers, de rester seuls dans leur douleur. Heureusement, il y a des exceptions ! Le 20 mars, au téléjournal de la RTS, un reportage montrait des réanimateurs discuter par portable avec la fille d'une patiente dans des conditions graves; les soignants ont ensuite filmé la patiente, intubée et en sédation. Cela m'est apparu comme un acte d'humanité qui a permis un ultime geste de piété filiale.

J'en étais profondément touché. À la toute fin de la vie, l'état de conscience est fortement altéré; en réanimation, la désafférentation est médicalement induite. Mais l'humain – conscient ou pas – n'affronte-t-il pas mieux l'épreuve si quelqu'un lui tient la main? Ou bien, au moment du trépas, est-on forcément seul? Les proches ne peuvent entrer dans les salles de réanimation, ni de toute façon accompagner leur malade au-delà du passage redouté. J'ai vu des reportages en Italie, et notamment un où un malade, partiellement conscient, criait pendant la nuit pour demander

que quelqu'un vienne le soulager ou simplement mettre une main sur son épaule en lui disant: *mon frère, je suis là.*

Si l'expérience de la mort, si difficile à traverser, concerne en premier lieu l'individu en fin de vie, elle n'épargne pas l'entourage, qu'il soit présent ou pas. Nous mourons aux autres. L'homme, par nature, ne vit pas seul. Par notre propre mort, nous interrompons ce lien essentiel aux autres qui fait de notre vie une expérience unique et riche. Le lien, par définition limité par la fin de la vie biologique, mérite un soin humain, une prise de congé, un rituel. Pour Philippe Ariès, la bonne mort est celle qui consiste à être entouré des siens dans un sentiment de pacification et dans un adieu quelque peu ritualisé. Mais cette ritualité a été bannie par l'épidémie.

Enterrement express, cortège funèbre restreint et bref, pas de consolation sociale.

Pour la première fois, dans cette conjoncture, je me sens appartenir de plein fouet à la classe grandissante des personnes âgées, donc à une catégorie à risque... d'être délaissée. Comme le dit – avec finesse mais non sans une certaine ambiguïté – la récente recommandation de l'ASSM, par rapport aux limites potentielles de nos dispositifs de santé: *L'âge est indirectement pris en compte dans le cadre du critère «pronostic à court terme»*, car, dans le contexte du Covid-19, (...) il constitue un facteur de risque de mortalité. Laisser les vieux mourir, parce qu'ils vont de toute façon mourir, soit, quoique. Mais seuls? *Un mort qu'on abandonne est mort deux fois.*



D.R.

DÉPENDANCES EN BREF Service d'alcoologie, CHUV, Lausanne

Consommation d'alcool et risque de cancer colorectal

Cette méta-analyse portant sur 16 études a examiné la relation existant entre la consommation d'alcool et le cancer colorectal invasif (CCR). Ces études incluaient 4276 cas de CCR et 15802 cas

contrôle de 5 études cas-contrôle et de 11 études cas-contrôle imbriquées. Les auteurs ont utilisé le niveau de consommation moyen sans avoir de données sur le type de consommation ou de boissons alcoolisées. L'échantillon consistait en: 41% sans consommation d'alcool (incluant ceux qui consommaient précédemment

et ceux qui n'avaient jamais consommé); 47% ayant déclaré une consommation moyenne de 1,1 à 28 g/j d'alcool; 6% ayant déclaré une consommation de 28,1 à 42 g/j; 6% ayant déclaré une consommation supérieure à 42 g/j.

Les résultats montrent une courbe en J significative avec 8% de réduction du risque de CCR pour les personnes qui consommaient jusqu'à 28 g/j (environ 2 verres par jour) et une augmentation de 25% du risque pour les personnes qui avaient une consommation moyenne > 42 g/j (environ 3 verres ou plus par jour). Ces résultats ne différaient pas en fonction de l'âge, de la présence d'une obésité, d'un tabagisme et d'une anamnèse familiale de CCR.

Commentaires: malgré l'impossibilité de juger des effets du type de consommation (consommation

ponctuelle importante versus «modérée») et du type de boisson, et l'inclusion de patients qui consommaient précédemment dans le groupe abstinent, ces résultats suggèrent une courbe en J en ce qui concerne la consommation d'alcool et le risque de CCR. Ces résultats auraient peut-être été différents si des facteurs additionnels avaient été pris en compte, par exemple les déterminants sociaux (difficile à évaluer).

Dr Didier Berdoz
(traduction française)

R. Curtis Ellison, MD
(version originale anglaise)

Référence: McNabb S, Harrison TA, Albanes D, et al. Meta-analysis of 16 studies of the association of alcohol with colorectal cancer. *Int J Cancer* 2020;146:861-73.



© istockphoto/GMVoza

POINT DE VUE

COVID-19, DANS LES BROUILLARDS DE L'HYDROXYCHLOROQUINE (3)

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Poursuivons notre chronique de «l'affaire de la chloroquine»,^{1,2} une polémique désormais multiforme et internationale après avoir été, en France, déclenchée et alimentée par le Pr Didier Raoult (Institut hospitalo-universitaire Méditerranée, Marseille).

L'affaire a soudain, ces derniers jours, pris une nouvelle dimension, médicale et médiatique, en France. Une tournure que bien des observateurs indépendants tiennent pour inquiétante. Il y eut ainsi, lancé par l'ancien ministre de la Santé Philippe Douste-Blazy (qui fut candidat au poste de directeur général de l'OMS), un appel³ de personnalités médicales demandant aux autorités sanitaires nationales d'assouplir d'urgence les possibilités de prescription d'hydroxychloroquine contre le Covid-19. Un appel réunissant des personnalités de divers horizons que rien, jusqu'ici, ne réunissait. Cette initiative fut aussitôt relayée par une pétition baptisée

#NePerdonsPlusDeTemps et qui, à l'heure où nous écrivons ces lignes, a recueilli plus de cinq cent mille signatures.

«Nous vivons une crise sanitaire mondiale d'une grande ampleur et notre pays est fortement frappé par la vague épidémique de Covid-19, écrivent les signataires de l'appel. Chaque jour, nous déplorons de nombreux décès. Contre cette maladie, nous ne disposons ni de vaccins, ni de traitement antiviral, même si les données scientifiques actuelles sont parcellaires et discordantes.» Ils ajoutent que «des données chinoises récentes ont suggéré l'efficacité de la chloroquine ou de l'hydroxychloroquine au laboratoire et chez les malades», et que «des cartes publiées par Santé Publique France montrent un taux de mortalité chez les personnes hospitalisées beaucoup plus faible à Marseille que dans le reste du territoire».

Citant des «décisions thérapeutiques hardies» prises sur ce thème par les autorités italiennes et américaines, et dans l'attente «de nouvelles données scientifiquement contrôlées», ils soulignent que, «dans la situation agüe que nous connais-

sons, de plus en plus de médecins pensent que cette stratégie s'impose, conforme à leur serment d'Hippocrate, de traiter leurs malades en leur âme et conscience». Les signataires ajoutent encore que le gouvernement français avait, le 26 mars, pris un décret qui ne permet l'utilisation de l'hydroxychloroquine (Plaquenil de Sanofi) qu'«après décision collégiale, dans le respect des recommandations du Haut-Conseil de la Santé Publique et, en particulier, de l'indication pour les patients atteints de pneumonie oxygène-requérante ou d'une défaillance d'organe». Selon eux, à ce stade trop tardif de la maladie, ce traitement risque d'être inefficace.

«Nous demandons donc au Premier ministre et à son ministre de la Santé de modifier d'urgence ce décret et de mettre à disposition immédiate, dans toutes les pharmacies hospitalières, de l'hydroxychloroquine ou, à défaut, de la chloroquine, pour que chaque médecin hospitalier puisse en prescrire à tous les malades atteints de formes symptomatiques de l'affection à Covid-19, particulièrement à ceux atteints de troubles pulmonaires si

leur état le requiert, concluaient-ils. Nous appelons l'Etat à effectuer des réserves ou des commandes d'hydroxychloroquine afin que, si l'efficacité se confirmait dans les prochains jours, nous ne soyons pas en manque de traitement.»

Puis la pression sur le gouvernement s'intensifia encore. Dans une tribune publiée par *Le Figaro*,⁴ trois anciens importants responsables sanitaires prirent fait et cause pour le Pr Didier Raoult et ses préconisations thérapeutiques: Fabien Calvo, ancien directeur scientifique de l'Institut national français du cancer et professeur émérite de pharmacologie à l'université de Paris-Diderot; Jean-Luc Harousseau, ancien président de la Haute autorité française de santé et ancien professeur d'hématologie à l'université de Nantes; et Dominique Maraninchi, ancien directeur général de l'Agence nationale française de sécurité du médicament et des produits de santé et professeur émérite de cancérologie à Aix-Marseille Université. «La communauté scientifique française et internationale s'est émue que la conception des essais du Pr Raoult ne corresponde pas aux critères classiques de la médecine moderne basée sur les preuves, puisque cette étude n'était pas strictement comparative, écrivaient-ils. Cependant, devant ces premiers résultats "encourageants", et en l'absence de toute autre possibilité dans une crise sanitaire sans précédent depuis un siècle, les autorités françaises ont autorisé l'utilisation de ce traitement chez les malades hospitalisés, donc essentiellement dans les formes graves. La Food and Drug Administration américaine vient de suivre cet exemple pour les patients hospitalisés qui ne participent pas à un essai clinique.»

Les trois auteurs ajoutaient que, sur la base des «dernières observations marseillaises», la stratégie serait plutôt «de proposer un traitement précoce avant la survenue de complications respiratoires sévères». Et ce d'autant que «les cohortes marseillaises rapportées ne montrent pas, à l'évidence, de survenue d'effets secondaires majeurs liés au traitement, lorsque les règles de prescription et contre-indications sont respectées, après un électrocardiogramme (ECG) et dosage du potassium, ce qui faisait partie des réserves de beaucoup de cliniciens». Et les auteurs de réclamer «la mise en place de structures de soins associant les personnels hospitaliers et la médecine de ville pour effectuer le diagnostic, la prescription et la surveil-

lance d'hydroxychloroquine et d'azithromycine chez tous les malades positifs non inclus dans un essai clinique.»

«Cette prescription pourrait être réalisée, en l'absence de contre-indication et avec l'accord du patient, dès le diagnostic confirmé, pendant une durée limitée, et accompagnée de la collecte de données simplifiées, précisaient-ils encore. De simples modifications des conditions de prescription et de délivrance peuvent rapidement le permettre. Lors de l'arrivée annoncée de tests en plus grand nombre, la surveillance virologique des patients pourra être mieux documentée pendant et à l'arrêt du traitement.»

Et les auteurs d'estimer que les patients français, «légitimement, ne tolèrent pas que le diagnostic sur leur état de santé soit simplement présumé et qu'il leur soit alors seulement recommandé de rester chez eux avec la crainte de complications, alors même qu'une option thérapeutique simple, sous surveillance médicale, peu onéreuse et possiblement efficace pourrait leur être proposée». «L'accès à l'hydroxychloroquine limité aux seuls malades hospitalisés marque aussi une inégalité dans l'accès aux soins, concluaient-ils. Le choix de la précaution est aussi un pari politique.»

Quelques jours auparavant, le Pr Didier Raoult avait accordé un long entretien au

Figaro Magazine.⁵ «Je ne suis pas d'accord quand on interdit aux médecins d'utiliser des médicaments qui sont en circulation depuis des décennies, expliquait-il. Je ne suis pas d'accord avec l'interférence de l'État dans la relation entre le médecin et le malade. C'est la responsabilité individuelle des médecins. C'est le serment d'Hippocrate. Ce n'est pas du charlatanisme. Il faut donc que l'exécutif se garde de faire de la médecine à notre place.»

Et d'ajouter, à l'adresse de ses détracteurs: «Quand il y a faute médicale, quand le médecin n'a pas agi conformément à l'état du savoir, il est puni. Moi, si quelqu'un m'attaque parce que j'ai donné de l'hydroxychloroquine, mon dossier devant l'Ordre des médecins sera en béton armé. Ce n'est pas de la sorcellerie. Je sais qu'on a beaucoup jérémié sur le pouvoir médical. Mais à la fin, la médecine, c'est un rapport entre un médecin et un malade.»

(A suivre)

**LA STRATÉGIE
SERAIT PLUTÔT
«DE PROPOSER
UN TRAITEMENT
PRÉCOCE
AVANT LA
SURVENUE DE
COMPLICATIONS
RESPIRATOIRES
SÉVÈRES»**

1 Nau JY. Covid-19, dans les brouillards français de l'hydroxychloroquine. *Rev Med Suisse* 2020;16:704-5.

2 Nau JY. Covid-19: articuler au mieux le savoir scientifique et le pouvoir politique. *Rev Med Suisse* 2020;16: 660-1.

3 Traitement Covid-19: ne perdons plus de temps !

4 Chloroquine: l'appel de trois grands noms de la santé en faveur des préconisations du Pr Raoult, *Le Figaro* du 6 avril 2020.

5 Jaigu C, Faut-il croire le professeur Raoult? *Le Figaro Magazine* du 3 avril 2020.



MISCELLANÉES CORONAVIRALES, OLFACTIVES, NUMÉRIQUES ET DÉMOCRATIQUES

JEAN-YVES NAU
jeanyves.nau@gmail.com

Covid-19: que savoir sur les troubles de l'odorat et du goût?

C'est une observation inattendue: depuis plusieurs semaines, nombre de spécialistes ORL et d'infectiologues européens ont observé, chez des patients souffrant de Covid-19, l'existence de troubles de l'odorat et du goût. Ces anosmies et dysgueusies (partielles ou totales) ont été retrouvées chez un grand nombre de patients infectés en Allemagne, France, Italie, Espagne, Angleterre et aux USA. Un groupe de spécialistes ORL de la fédération internationale des sociétés d'ORL (IFOS) a développé un questionnaire permettant d'investiguer ces troubles de l'odorat et du goût chez des patients souffrant du Covid-19 (infection confirmée par un test PCR). Le Dr Jérôme Lechien (Hôpital Foch, Suresnes, France) et le Pr Sven Saussez

(Université de Mons, Belgique) ont coordonné cette étude réalisée par 33 médecins spécialistes d'ORL et chercheurs dans douze hôpitaux européens.¹ Cette étude a été réalisée sur 417 patients présentant une forme non-sévère de Covid: 263 femmes (63%) et 154 hommes (37%). Les symptômes généraux les plus fréquents de la maladie ont été retrouvés: toux, douleurs musculaires, perte d'appétit et fièvre. Les symptômes ORL les plus fréquents étaient des douleurs faciales et une obstruction nasale. 86% des patients infectés ont présenté des troubles partiels ou complets de l'odorat et 88% des troubles partiels ou complets du goût. Ces troubles de l'odorat surviennent soit avant l'apparition des symptômes (généraux et ORL) (dans 12% des cas), soit pendant (65% des cas), soit après (23% des cas). «De manière surprenante, les femmes sont nettement plus atteintes par cette anosmie, et cette différence liée au sexe est significative sur le plan statistique, notent les auteurs. 44%

des patients ont déjà récupéré leur odorat dans un délai court de 15 jours. Les autres patients doivent garder un bon espoir de récupération qui pourrait se faire dans les 12 mois suivant l'apparition des symptômes (la récupération nerveuse est un processus lent).» A ce stade, trois recommandations sont formulées par les auteurs. Tout d'abord, qu'une anosmie et/ou une dysgueusie

survenue après le 1^{er} mars 2020 chez des patients ne présentant aucun antécédent ORL (sinusite chronique, polypes nasaux, chirurgie nasale ou sinusale) doit être considérée comme un symptôme spécifique de l'infection à COVID-19 et devrait être officiellement ajoutée à la liste des autres symptômes reprise par l'OMS. Ensuite, que les patients atteints d'une anosmie/dysgueusie isolée (sans autres symptômes de la maladie) devraient être considérés comme potentiellement infectés et donc isolés pour une période minimale de 7



© istockphoto/gregobagel

REVUE DE PRESSE

Cabinets médicaux désertés à cause du coronavirus

Voilà plusieurs semaines, déjà, que les professionnels de la santé ont lancé l'alerte, enjoignant aux malades de ne pas attendre que les symptômes s'aggravent pour se faire soigner. Dans tous les cantons romands, la fréquentation des cabinets médicaux a chuté de 50 à 70%. Conséquence: les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) ont enregistré 30% d'infarctus en moins, et le Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) une baisse d'environ 30%

des Accidents vasculaires cérébraux (AVC). Ce qui ne veut pas dire que ces pathologies ont miraculeusement disparu: elles sont apparues, mais les victimes n'ont pas jugé utile de consulter. Philippe Eggimann, président de la Société vaudoise de médecine, a été parmi les premiers à tirer la sonnette d'alarme. Depuis son intervention, le nombre de patients qui contactent leur médecin réaugmente, mais à peine. «Désormais, le mot d'ordre est clair dans toute la Suisse romande: les cabinets ne doivent pas prendre en charge les cas suspects ou positifs au Covid-19, précise-t-il. C'est absolument nécessaire afin

que les patients soient rassurés et puissent venir consulter sereinement.» Pourtant, il arrive que certains tests Covid-19 soient encore pratiqués en cabinet privé... «Les généralistes ne sont pas encouragés à le faire, il faudrait que cela cesse», répond-il. A Genève, le cabinet de Didier Châtelain, président de l'Association genevoise des médecins de famille internistes généralistes, est lui aussi désert. «Le Covid représente moins de 1% des gens malades en Suisse. Les 99% qui restent ont besoin de soins!» Il a bien tenté de joindre ses patients les plus fragiles pour se renseigner sur leur état de santé, et leur proposer

de venir consulter lorsque c'est indispensable – en vain. «Des problèmes bénins, comme des otites ou des sinusites, peuvent dégénérer s'ils ne sont pas pris en charge, précise-t-il. Cela risque d'augmenter le nombre d'hospitalisations, que l'on aurait pu éviter en soignant ces patients plus tôt. Au final, les services hospitaliers pourraient être en surcharge, sans compter l'impact sur les coûts de la santé.»

Marie Maurisse
La Tribune de Genève
du 17 avril 2020

jours (à discuter avec le médecin traitant). Enfin, que les traitements habituellement prescrits pour traiter l'anosmie (les corticoïdes oraux ou nasaux en spray) sont, ici, contraindiqués.

Une base française de données de scanners thoraciques

Plusieurs études ont démontré l'importance du scanner thoracique chez les patients suspects et atteints de Covid-19 – et ce à la fois pour le diagnostic des lésions pulmonaires et pour l'évaluation du pronostic. Sur cette base, la Société française de radiologie vient d'annoncer la création d'une base de données nationale de scanners thoraciques pour améliorer la prise en charge des patients positifs au Covid-19. Il s'agit ici d'un partenariat avec la société NEHS Digital, spécialisée dans l'imagerie médicale, la télé-médecine et l'organisation du service médical d'interprétation. Objectif: favoriser, avec des établissements volontaires, une collecte d'images de scanners thoraciques de cas suspects ou confirmés de Covid-19 – et ce afin de constituer une base de données anonymisées. «Collecter les images d'un grand nombre de scanners nous permettra d'avoir une connaissance précise de la sémiologie diagnostique et de déterminer des biomarqueurs pronostiques», explique le Pr Jean-François Meder, président de la Société française de radiologie. Toutes les images sont intéressantes, même quand le scanner est normal ou dépiste d'autres pathologies que celle suspectée au départ. Le but est de construire une base de données pour améliorer les connaissances, favoriser la recherche et optimiser la prise en charge des patients.»

Tracking contre l'épidémie: êtes-vous favorable à l'utilisation obligatoire de votre portable?

Déjà la silhouette d'un Big Brother sanitaire... Un sondage réalisé fin mars auprès d'un

échantillon représentatif de plus d'un millier de Français possédant un téléphone mobile, conclut qu'une nette majorité de Français seraient favorables à l'utilisation d'une application enregistrant leurs interactions sociales, les avertissant s'ils ont été en contact avec une personne malade du Covid-19 ou prévenant ceux qu'ils ont côtoyés s'ils sont eux-mêmes infectés. Il faut toutefois savoir ici, comme le souligne *Le Monde*,² que ce sondage a été commandé par une équipe de recherche de l'Université britannique d'Oxford qui, précisément, travaille sur ce type d'application pour lutter contre la pandémie – et dont les derniers travaux viennent d'être publiés dans *Science*.³ Ces chercheurs ont modélisé mathématiquement l'effet d'une application de pistage permettant d'identifier immédiatement les personnes risquant d'être infectées – et ce avant même qu'elles présentent des symptômes du Covid-19 (ce qui n'est pas sans faire songer à Minority Report). Ils ont estimé qu'une telle application était de nature à «contrôler l'épidémie sans avoir besoin de recourir à des mesures prolongées et très coûteuses de confinement général».

Il s'agit, en pratique, d'une application installée sur un smartphone et utilisant la technologie sans fil Bluetooth, capable de détecter si un autre téléphone mobile équipé de cette même application se trouve à proximité immédiate. L'application, telle qu'elle est envisagée, n'accède à rien d'autre qu'au Bluetooth (pas d'accès au répertoire, aux messages...) et ne permet pas de géolocalisation: elle se borne à enregistrer les appareils munis de la même application ayant été dans son environnement immédiat pendant au moins quinze minutes – situation tenue pour présenter un risque infectieux vis-à-vis du SRAS-CoV2. Lorsque le possesseur d'une telle application est diagnostiqué positif au Covid-19, ceux que le malade a côtoyés sont avertis immédiatement et il leur est demandé,

La Revue Médicale Suisse et le Covid-19

Pour répondre aux besoins croissants d'information au sujet du Covid-19, la rédaction de la *Revue Médicale Suisse* a transformé et accéléré ses processus. Dans le but de rassembler tous les textes sur le sujet – leur nombre est en rapide croissance – nous avons créé un onglet dédié sur notre site:

revmed.ch/covid-19

Vous y retrouverez:

- Plus de 40 textes consacrés au Covid-19 (état à ce jour)
- Des articles cliniques, y compris en pré-publication (online first)
- En particulier, les articles d'un numéro spécial, discutant les enjeux de la pandémie pour chaque spécialité, sous la direction des Dres Sabine Blum et Mathilde Gavillet, numéro qui paraîtra sous forme éditée le 29 avril prochain
- Un suivi des articles de la littérature mondiale concernant le Covid-19 – y compris les sujets disputés – commentés par les Prs Pascal Meylan, Michel Glauser, Patrick Francioli et Jean-François Balavoine
- L'ensemble des textes publiés par la RMS au sujet du Covid: des articles, de courtes mises au point, des tribunes politiques et juridiques, des réflexions plus générales
- Cette rubrique intitulée «Covid-19» fait l'objet d'une newsletter dédiée (inscription sur la page revmed.ch/covid-19)

N'hésitez pas à nous soumettre tout texte sur le sujet à: redaction@revmed.ch

par les autorités sanitaires, de se mettre en quarantaine stricte. Pour autant, les personnes ainsi alertées ne savent pas qui leur a fait courir le risque d'être contaminé, ni où.

Les chercheurs notent qu'en Allemagne, au Royaume-Uni et en Italie (où des sondages ont également été effectués), les résultats sont «très similaires» à ceux observés en France. Ailleurs dans le monde, des projets d'applications censées identifier les individus risquant d'être infectés pour avoir côtoyé un malade se multiplient et la Chine comme Singapour ont déjà mis en œuvre cette approche.

En France, le gouvernement laisse entendre qu'un dispositif de suivi pourrait être envisageable s'il reposait sur la base du volontariat. La question de l'opportunité de sa mise en place a été soumise à un conseil scientifique ad hoc⁴ présidé par

Françoise Barré-Sinoussi, colauréate du prix Nobel de médecine 2008 pour ses travaux sur la découverte, en 1983, du VIH.

1 Lechien JR et al. Olfactory and Gustatory Dysfunctions as a Clinical Presentation of Mild to Moderate forms of the Coronavirus Disease (COVID-19): A Multi-center European Study. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 2020, accepté. Afin de confirmer les données de cette étude les auteurs invitent à participer à une enquête publique: <https://www.surveymonkey.com/r/VMQYKGV>

2 Untersinger M. Coronavirus: les Français favorables à une application mobile pour combattre la pandémie, selon un sondage. *Le Monde* du 2 avril 2020.

3 Ferreti L, Wymant C, Kendall M et al. Quantifying SARS-CoV-2 transmission suggests epidemic control with digital contact tracing. *Science*, 31 Mar 2020: eabb6936 DOI: 10.1126/science.abb6936

4 Comité analyse, recherche et expertise (CARE).

Arrogance et incertitude

A près quatre mois, 160 000 morts, tous les pays à genoux, nous n'avons toujours pas de traitement à l'efficacité prouvée contre le Covid-19, pas de vaccin, ni de date, ni même de certitude de succès à son propos, nous manquons de tests, de masques, de blouses, nous ignorons la prévalence de personnes infectées dans la population, nous ne connaissons pas le détail des mécanismes de transmission, nous en sommes réduits à confiner la population comme au Moyen Âge et à ventiler les cas graves. Le juste moment et les modalités d'un déconfinement, le risque et la gravité de vagues suivantes restent donc hors de notre évaluation, comme le sont la durée avec laquelle il va falloir vivre avec ce virus ou encore sa capacité à rebondir, à muter, donc à échapper à l'immunité acquise et aux possibles vaccins.

Il y a peu encore, on vantait une médecine personnalisée, de plus en plus prédictive. Là, la prédiction relève de la cartomanie. Entre les individus, la gravité de la maladie va du petit épisode infectieux (voire même rien du tout) jusqu'à la mort. Des lois gouvernant cette variation, certaines commencent à apparaître, mais de nombreuses nous échappent. Nous en sommes réduits à observer la loterie du destin.

Ce que nous savons, en revanche, c'est que le rythme de surgissement des pandémies s'accélère. Et il n'y a aucune raison qu'il faiblisse. Le hasard des émergences futures pourrait leur donner un pouvoir de nuisance encore plus élevé.

Certains pensent que nous gagnerons la guerre contre ce virus. Mais nous ne sommes pas en guerre. Nous devons apprendre à vivre avec lui. L'espoir de la guerre gagnée contre un virus – voire tous – s'est effondré en plaques successives, en morceaux de faux plafond qui se sont décollés ces dernières décennies et sont tombés sur les humains qui se pensaient à l'abri.

Au début des années 1980, la médecine pavanait. Elle s'imaginait en passe de vaincre les maladies infectieuses: les antibiotiques, pensait-on, allaient tuer toutes les bactéries, les vaccins viendraient rapidement à bout des virus. Quant aux parasites, champignons et autres bestioles dérangeant notre biologie, on leur trouverait bien quelque arme fatale, estimait-on. L'idéal, c'était la stérilité. La médecine se faisait l'héroïne d'une folle arrogance: les humains soumettraient le monde et domineraient sans partage le vivant. La preuve en serait l'élimination de l'ensemble des agents infectieux.

C'était l'aboutissement d'une certaine vision du progrès. A tous les problèmes humains, même les plus complexes, la technologie et le pouvoir biologique allaient trouver des «solutions». Autrement dit: les résoudre, les anéantir. Le futur ne pouvait qu'aller vers le mieux, un mieux compris en termes de production et de pouvoir, non de durabilité et d'épanouissement. Et ce qui a succédé à ce simplisme triomphant, ce n'est pas le pouvoir promis, encore moins un épanouissement. Mais des calamités en escadrilles.

Elles arrivent en 1981. Coup de tonnerre dans un ciel bleu: surgit le sida. Avec une violence inédite, un virus émergent replonge le monde dans la terreur de la vulnérabilité infectieuse. Il faudra plus de dix ans et des millions de morts pour trouver un traitement efficace, le vaccin restant quant à lui encore maintenant hors de portée. Presque en même temps, la recherche antimicrobienne montre des signes de faiblesse. On peine à trouver de nouveaux antibiotiques, alors qu'en même temps les bactéries mutent, s'adaptent, multiplient les résistances. Utilisés à tort et à travers, y compris dans l'élevage, ces symboles de la toute-puissance médicale perdent une part croissante de leur efficacité. Personne ne semble s'en inquiéter. Épidémies et pandémies se succèdent, à une vitesse qui suit les atteintes aux écosystèmes animaux: SRAS, SARS (SRAS-CoV), grippe H5N1, Chikungunya, Dengue, Zika, Ebola... finalement SARS-CoV-2. Chez les spécialistes, l'inquiétude domine. Mais, entraînés par l'emballement du toujours mieux, du solutionnisme et du «même pas peur» contemporains, les États occidentaux s'empressent de délaissier les plans et promesses de stocks en prévision de la pandémie. A peine une flambée est-elle éteinte qu'on l'oublie, pour penser à plus sérieux, plus technologique et euphorisant.

Quelle place reste-t-il à la science? Elle est immense. Mais la vieille logique réductionniste n'est plus adaptée à la folle complexité du monde microbien. D'autant que cette même science montre que les humains, davantage que cohabiter avec les micro-organismes, leur sont intimement mélangés par symbioses et hybridations. D'une manière intrigante, par ailleurs, quantité de maladies que l'on croyait internes à l'organisme s'avèrent en fait infectieuses. Les virus servent à transmettre des gènes entre individus, parfois intègrent durablement leurs génomes aux nôtres. Enfin, de nouvelles découvertes renversent le paradigme infectieux: on parle désormais non seulement d'environnement microbien, mais de microbiote. L'idéal n'est plus la stérilité, mais l'équilibre.

Revenons à la situation actuelle: une pandémie tétanise le monde, sans traitement ni vaccin disponibles, à l'évolution incertaine. Que faire? Des voix plaident pour la réintroduction dare-dare de la société dans son ancien modèle. Empressement qui signifie: tout allait bien, pas besoin de prendre les règles du vivant au sérieux. Tant pis pour les quelques dégâts humains. Retournons à l'état d'avant, dans la folle fête consumériste. Comme s'il n'y avait pas nécessité de viser, selon des moyens radicalement nouveaux, davantage de résilience, de durabilité et de justice sociale pour la société. Comme si le monde d'avant n'avait pas préparé, causé même, la catastrophe. Comme si cette pandémie n'était qu'un épiphénomène, une imprévisible déviation vite surmontée. Comme si d'autres n'allaient pas venir juste derrière. Et surtout, comme s'il ne s'agissait pas d'un dernier avertissement, une ultime occasion de changer, avant d'entrer dans des désordres encore plus grands et sans remède provoqués par le changement climatique et les atteintes écologiques.

Cette épidémie, et l'ensemble des problèmes environnementaux, c'est du grave. Relancer l'économie et la démesure financière d'avant serait totalement irraisonnable. Bien sûr, la priorité est d'assurer une existence digne aux populations. Des mesures économiques à la fois urgentes et à long terme, mais surtout radicales et innovantes, doivent être prises. Mais ne confondons pas les niveaux de changements nécessaires. D'un côté, les virus et les problèmes climatiques sont une réalité qui nous oblige. De l'autre, l'économie n'est qu'un système de convention entre humains. Elle peut et doit changer.

A l'ère de l'intelligence artificielle et de la promesse de survie sans fin faite à des individus tout-puissants, voilà que, en un surprenant contraste, l'humain apparaît flou, complexe, bricolé, mal délimité et fragile. Quel que soit le plan considéré, sociologique, culturel ou biologique, l'homme n'est jamais un individu isolé des autres. Il vit dans des communautés de vivants – humains et non-humains – emmêlées et enchâssées. Or, le monde que nous avons construit fait fi de l'intelligence de ce système, de ses multiples propriétés émergentes et du fait que son harmonie est la condition de notre survie.

Notre horizon n'est pas une vie sans bonheur, au contraire. Mais sans victoire. Une vie à continuellement reconstruire et repenser, comme des Sisyphes heureux, au sein d'un équilibre instable et incertain.

Bertrand Kiefer

SANTÉ EN PRISON

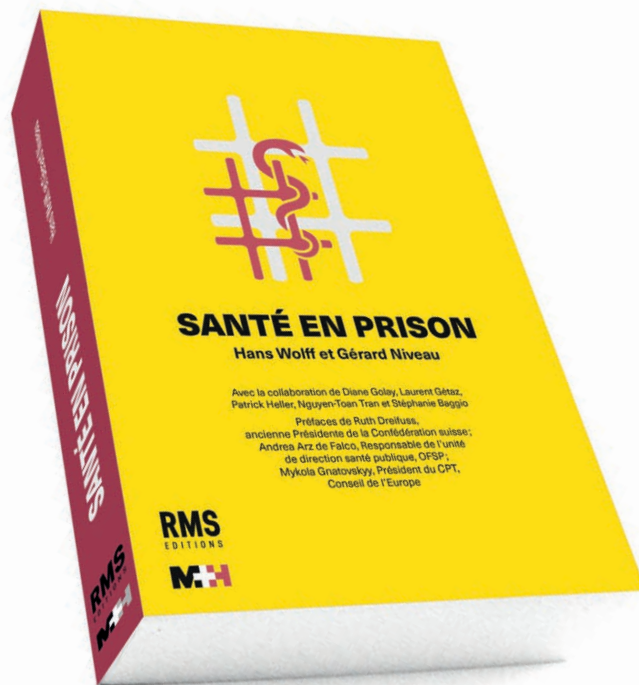
sous la direction de
HANS WOLFF et GÉRARD NIVEAU

816 pages

16.5 x 23,5 cm

ISBN : 9782880494100

2019



SANTÉ EN PRISON

sous la direction de
HANS WOLFF et GÉRARD NIVEAU

Unique en son domaine, cet ouvrage s'adresse à toutes celles et ceux, professionnels de santé et personnel pénitentiaire, qui ont pour responsabilité la sauvegarde de l'intégrité physique et psychique des personnes détenues. Il présente les aspects juridiques, éthiques et organisationnels de la médecine en milieu carcéral, puis décrit les pratiques de médecine de premier recours et de psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Ce livre résulte des contributions de 90 auteurs reconnus dans les domaines de la médecine, de la psychiatrie, de la psychologie, du droit et du monde pénitentiaire, tant au niveau national qu'international.

Préfaces d'Andrea Arz de Falco, responsable de l'unité Santé publique, OFSP ; Mykola Gnatovskyy, Président du CPT, Conseil de l'Europe ; Ruth Dreifuss, Ancienne Présidente de la Confédération suisse.

COMMANDE

Je commande :

___ ex. de **SANTÉ EN PRISON**

CHF 85.- / 77 €

Frais de port offerts pour la Suisse.

Autres pays : 5 €

En ligne : boutique.revmed.ch

e-mail : livres@medhyg.ch

tél : +41 22 702 93 11, **fax :** +41 22 702 93 55

ou retourner ce coupon à :

Editions Médecine & Hygiène | CP 475 | 1225 Chêne-Bourg

Vous trouverez également cet ouvrage chez votre libraire.

Timbre/Nom et adresse

.....
.....

Date et signature

.....

Je désire une facture

Je règle par carte bancaire: Visa Eurocard/Mastercard

Carte N°

Date d'expiration:

planète santé

Information santé
grand public

Je bouge, une collection ISSUL dirigée
par le Professeur Grégoire Millet

Unil
UNIL | Université de Lausanne
Institut des sciences du sport
de l'Université de Lausanne

Nouvelle collection **Je bouge...**



Auteurs

François Fourchet
Guillaume Servant

Prix

CHF 16.- / 14 €

164 pages, 12 x 17 cm

ISBN 9782889410781

© 2020

Je bouge en courant Sans me blesser

Qu'est-ce qui différencie un coureur blessé d'un coureur non blessé ?
C'est simple: environ six mois!

La course à pied est devenue depuis quelques années un sport de masse. Mais cela ne signifie pas que nous sommes tous préparés, musclés ou programmés pour courir. Et souvent, la blessure survient. Vous découvrirez ici comment débiter, progresser ou être performant à l'entraînement, en évitant les pépins physiques. Vous pourrez également améliorer votre culture de la course à pied en lisant les chapitres sur la chaussure, la prévention, la récupération, le renforcement ou les étirements.

François Fourchet et Guillaume Servant sont physiothérapeutes du sport, au Département de physiothérapie de l'Hôpital de La Tour à Meyrin (Genève). François Fourchet y dirige le Laboratoire d'analyse de mouvement et les aspects de recherche liés à la physiothérapie du sport.

En retournant ce coupon à Planète Santé
Médecine et Hygiène - CP 475 - 1225 Chêne-Bourg :

Je commande :

..... ex. Je bouge en courant

Frais de port 3.- pour la Suisse, offerts dès 30.-

Autres : 5 euros

Adresse de livraison

Timbre / Nom Prénom _____

Adresse _____

E-mail _____

Date _____

Signature _____

Vous pouvez aussi passer votre commande par : E-mail : livres@planetesante.ch
Internet : boutique.revmed.ch / Tél. : +41 22 702 93 11

Planète Santé est la marque grand public de Médecine & Hygiène