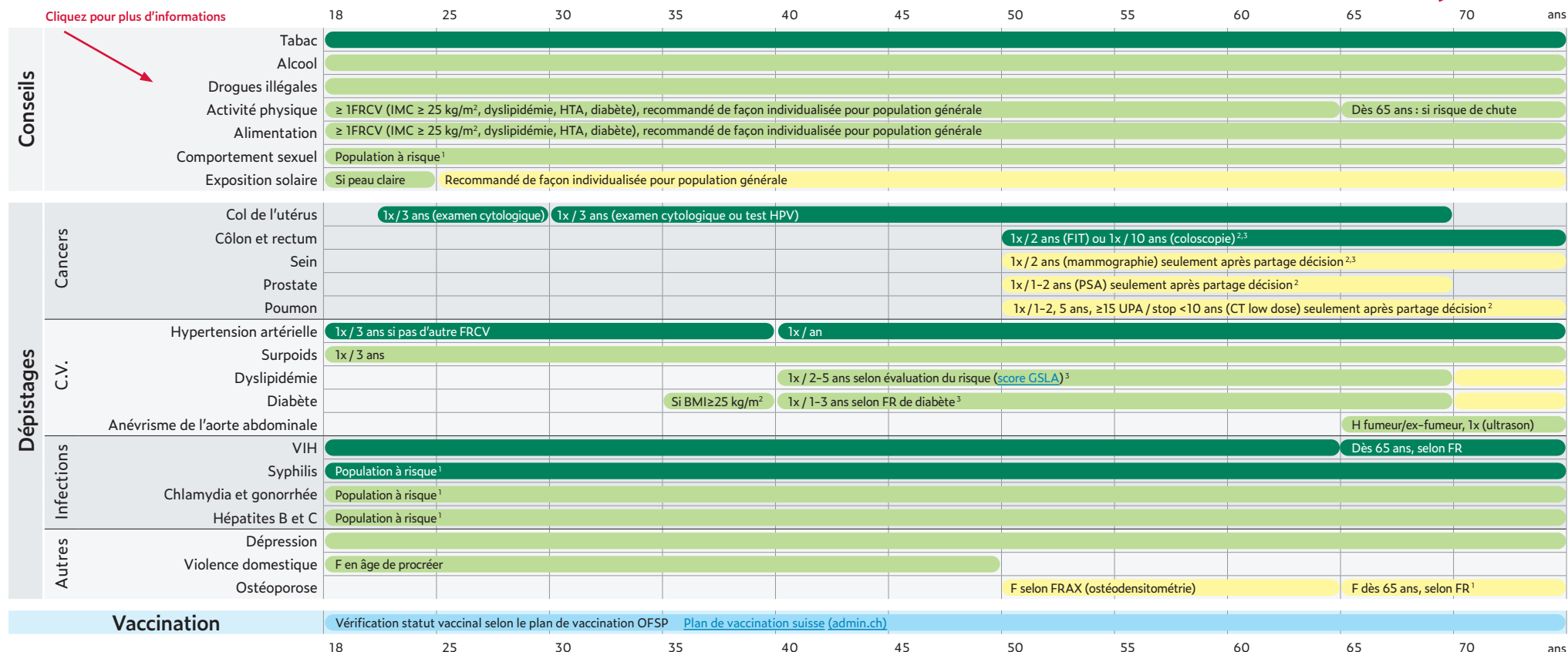
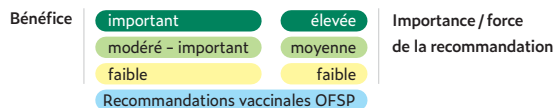


RECOMMANDATIONS EVIPREV 2023



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

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

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

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

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

Interventions non recommandées chez les personnes asymptomatiques

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

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

Les recommandations EviPrev sont soutenues par :

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

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

³ Dépistage plus précoce en cas de facteurs de risque

Le tableau EviPrev et les informations sur les différentes interventions ont été actualisés et complétés dans le cadre du Projet PEPrä. www.pepra.ch



Unterstützung
zur Prävention in der Praxis
Soutien pour la prévention
au cabinet médical

Annexe tableau « Recommandations EviPrev 2023 »

Introduction (1, 2)

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

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

Les interventions pour lesquelles les données sont insuffisantes pour les recommander sont mentionnées dans la case grisée sous le tableau.

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

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

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

Le tableau des recommandations EviPrev 2023 résulte d'un consensus du comité scientifique EviPrev. Lorsqu'il existe différents grades de recommandation selon la population cible pour un item donné, c'est la recommandation la plus forte qui apparaît dans le tableau.

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

- *Grade A* : bénéfice important avec preuves de bon niveau
- *Grade B* : bénéfice modéré avec preuves de bon niveau ou bénéfice important avec preuves de niveau modéré
- *Grade C* : bénéfice faible avec preuves satisfaisantes permettant une approche individualisée

Conseils

Tabac (3, 4)

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

Les interventions suivantes sont recommandées :

- identifier et documenter l'évolution du statut tabagique
- recommander l'arrêt à tous les fumeurs
- soutenir tout fumeur prêt à cesser de fumer
- prescrire un traitement pharmacologique d'aide à l'arrêt du tabac aux fumeurs prêts à cesser de fumer : substituts nicotiques, varénicline (non disponible en 2023) ou bupropion
- utiliser l'approche motivationnelle auprès des fumeurs qui ne sont pas prêts à cesser de fumer, leur proposer une phase de réduction de la consommation soutenue par des substituts nicotiques en visant un arrêt complet dans un deuxième temps
- selon le contexte, la demande du patient, évoquer la probable efficacité de la vaporette pour l'arrêt du tabac, tout en précisant l'absence de données quant aux risques à moyen et à long terme
- assurer un suivi

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

Alcool (5-7)

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

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

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

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

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

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

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

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

L'intervention brève consiste à :

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

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

Drogues illégales (8)

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

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

Activité physique (9-12)

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

Les mêmes conseils peuvent bien sûr s'appliquer aux personnes sans surpoids et obésité mais l'efficacité n'est pas démontrée (*grade C*).

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

Le Réseau suisse Santé et activité physique (www.hepa.ch) recommande de pratiquer au moins 150 (2 heures et demie) à 300 minutes (5 heures) d'activité physique d'intensité modérée axée sur l'endurance par semaine (p. ex. marche rapide, vélo, natation ou jardinage), ou au moins 75 (1 heure et quart) à 150 minutes (2 heures et demie) d'activité physique ou sportive d'intensité soutenue axée sur l'endurance par semaine. Une activité complémentaire de renforcement musculaire d'intensité modérée ou soutenue faisant intervenir tous les groupes de muscles principaux au moins deux jours par semaine est conseillée. Il n'est pas nécessaire d'effectuer 30 minutes d'affilée. Chaque minute d'activité compte tant que l'activité, par exemple montée d'escalier, entraîne un essoufflement léger. En parallèle, les périodes sédentaires et notamment les positions assises prolongées doivent être limitées au minimum possible, il est recommandé de se lever, même brièvement, au moins toutes les 45 minutes.

Le programme PAPRICA (*Physical Activity in Primary Care*) fournit des outils sur la manière de promouvoir l'activité physique au cabinet médical (cf. www.paprlica.ch).

Ressources utiles aux cliniciens : www.pepra.ch/fr/activite-physique

Alimentation (9, 10, 13)

Il est recommandé de conseiller une alimentation équilibrée aux adultes en surpoids, obèses et/ou ayant un/des facteur(s) de risque cardiovasculaire (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète, insuffisance rénale, ...) (*grade B*). Pour la population générale sans facteurs de risque, bien qu'une alimentation équilibrée soit recommandée, l'efficacité des conseils médicaux n'est pas démontrée (*grade C*).

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

Ressources utiles : www.sge-ssn.ch

Comportement sexuel (14, 15)

Il est recommandé de donner des conseils de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) chez toutes les personnes dont le comportement peut être considéré à risque (*grade B*), soit :

- personnes connues pour une IST actuellement ou par le passé ;
- personnes avec des partenaires sexuels multiples ;

Ressources utiles : www.lovelife.ch

Exposition solaire (16, 17)

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

Les conseils de base sont les suivants :

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

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

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

Dépistage des cancers (18, 19)

Le dépistage a pour but de diagnostiquer un cancer ou des lésions précancéreuses avant l'apparition de symptômes. La découverte de certains cancers à un stade précoce augmente les chances de survie et permet un traitement moins lourd. Le dépistage comporte toutefois des inconvénients et risques, tels que celui du surdiagnostic et du surtraitement.

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

Cancer du col de l'utérus (20-22)

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

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

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

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

Cancer du côlon et rectum (23-25)

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

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

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

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

- antécédent personnel d'adénome ou de CCR
- 1 membre de la famille directe diagnostiqué d'un cancer colorectal avant l'âge de 60 ans ;
- 2 membres de la famille directe diagnostiqués d'un cancer colorectal quel que soit l'âge.

- anamnèse familiale de polypose adénomateuse familiale
- rectocolite ulcéro-hémorragique ou de maladie de Crohn

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

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

Cancer du sein (26-33)

La balance bénéfice-risque du dépistage du cancer du sein par mammographie est sujet à controverse.

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

Les programmes de dépistage systématique mis en place dans de nombreux cantons peuvent renforcer l'idée qu'une mammographie est hautement recommandée avec un bon niveau de preuve chez toutes les femmes alors que les données actuelles sont moins catégoriques. Une mammographie de dépistage chaque 1 à 3 ans entraîne une réduction de la mortalité consécutive au cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans mais surtout entre 60 et 69 ans. On estime que sur 1000 femmes participant à un programme de dépistage avec mammographie tous les 2 ans pendant 20 ans, 1 à 4 décès liés au cancer du sein seront évités. Sur ces 1000 femmes, 250 nécessiteront des examens complémentaires et 5 à 10 auront un diagnostic et un traitement pour un cancer du sein qui ne se serait jamais déclaré cliniquement.

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

Pour ces raisons, EviPrev recommande d'effectuer une mammographie de dépistage chez les femmes de 50 à 75 ans après discussion avec la patiente des bénéfices et des risques. Une aide à la décision est disponible : <https://www.pepra.ch/fr/eviprev#outils-daide-a-la-decision-pour-le-patient>

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

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

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

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

Cancer de la prostate (34-43)

Les données sur l'efficacité du dépistage du cancer prostatique par le dosage du PSA montrent un faible impact sur la mortalité avec des risques importants de surdiagnostic.

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

Les recommandations suisses ne sont pas toutes concordantes : alors que le Swiss Medical Board s'est positionné en 2011 contre le dépistage du cancer de la prostate par un dosage du PSA, plusieurs sociétés médicales recommandent d'informer les patients entre 50 et 70 ans des bénéfices potentiels du dépistage, mais aussi de ses limites, des effets secondaires des investigations et des traitements, en incorporant les préférences du patient dans le choix d'effectuer le dépistage ou non. Les effets secondaires des investigations et traitements pourraient être diminués grâce au recours à l'IRM prostatique à la suite d'un PSA positif et à la surveillance active à la suite d'un diagnostic de cancer de la prostate de bas grade.

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

La fréquence des contrôles dépend du taux de PSA et varie entre 1 et 3 ans. Ce dépistage n'est pas recommandé chez les hommes ≥ 70 ans.

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

Cancer du poumon (44-49)

Le dépistage par CT-scan faible dose chez les fumeurs (actuels ou anciens fumeurs > 15 UPA, âgés de 50 à 74 ans) permet de réduire la mortalité. Plusieurs questions persistent, comme le nombre élevé de faux positifs, la fréquence des examens, les coûts et l'impact sur la motivation à arrêter de fumer.

L'étude NELSON confirme que le dépistage du cancer pulmonaire par CT-scan faible dose permet une diminution de la mortalité du cancer pulmonaire de 20 à 25%. Avec des critères basés sur le temps de doublement de la volumétrie des nodules suspects, le taux de faux positifs a pu être diminué.

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

En Suisse, le Comité d'experts du dépistage du cancer suisse a recommandé en 2022 que le dépistage du cancer du poumon soit offert à la population à risque, et ceci plutôt dans des programmes organisés qui peuvent garantir la qualité et l'équité. Par contre, il n'y a actuellement (2023) pas de programmes cantonaux, ni de remboursement de cet examen par l'assurance obligatoire des soins.

Si un dépistage individuel du cancer pulmonaire est envisagé, le patient doit être informé des bénéfices potentiels mais également des risques de faux-positifs nécessitant des imageries itératives ou des interventions invasives. Le sevrage tabagique doit être encouragé à cette occasion.

Un outil d'aide à la décision est disponible www.pepra.ch/fr/eviprev et www.unisante.ch/fr/centre-medical/professionnels-sante/aides-decision

Dépistage cardio-vasculaire (50)

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

Le Groupe Suisse de travail Lipides et Athérosclérose (GSLA) recommande un **calcul du risque cardio-vasculaire chez tous les hommes à partir de 40 ans et toutes les femmes à partir de 50 ans** ou en post-ménopause. Ce calcul prend en compte différents paramètres (âge, sexe, pression artérielle systolique, LDL, HDL et triglycérides, diabète, tabagisme actif, infarctus du myocarde chez les parents, grands-parents ou frères et sœurs avant l'âge de 60 ans).

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

- antécédents familiaux d'une maladie cardiovasculaire précoce ou d'hyperlipidémie
- facteurs de risque cardiovasculaire élevés (tabagisme, hypertension artérielle, diabète sucré, hyperlipidémie, obésité, autres comorbidités responsables de l'augmentation du risque cardio-vasculaire)

Une répétition de l'évaluation du risque est recommandée :

- tous les 5 ans si le risque est faible = risque absolu à 10 ans de subir un évènement coronarien < 10 %
- tous les 2-5 ans si le risque est modéré = risque absolu à 10 ans de subir un évènement coronarien entre 10 et 20 %
- selon situation clinique si le risque est élevé = risque absolu à 10 ans de subir un évènement coronarien > 20 %

Hypertension artérielle (51-53)

Le dépistage de l'hypertension artérielle (HTA) est recommandé chez tous les adultes dès 18 ans (*grade A*). Une mesure tous les 3 ans est préconisée si la tension artérielle est normale (<130/85) chez les personnes de 18 à 39 ans. Dès 40 ans ou en cas de facteurs de risque cardiovasculaire le contrôle devrait être annuel.

Il est recommandé de faire une confirmation du diagnostic d'HTA par des mesures ambulatoires, par exemple par l'analyse de la pression artérielle sur 24 heures (MAPA) ou par des relevés réalisés par le patient avec un appareil d'automesure (3 mesures le matin et le soir pendant 3 jours).

En cas d'hypertension artérielle légère ou modérée, la société européenne de cardiologie (ESC) recommande le calcul du risque cardiovasculaire pour déterminer la nécessité d'introduire un traitement.

Ressources utiles aux cliniciens : www.agla.ch/fr/calculateurs-outils

Obésité et surpoids (54)

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

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

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

Dyslipidémie (55-57)

Le Groupe de travail Lipides et Athérosclérose GSLA recommande une première évaluation du risque cardiovasculaire comprenant un bilan lipidique à partir de 40 ans chez les hommes et à partir de 50 ans chez les femmes ou dès la post-ménopause. Cette évaluation du risque doit être plus précoce et individuelle pour les personnes à risques soit :

- symptômes d'une maladie athérosclérotique/cardiovasculaire ;
- antécédents familiaux d'une maladie cardiovasculaire précoce ou d'hyperlipidémie ;
- facteurs de risque cardiovasculaire élevé ou comorbidités avec risque cardiovasculaire élevé (p. ex.: insuffisance rénale chronique, polyarthrite rhumatoïde).

Selon l'USPSTF l'introduction d'une statine est recommandée chez les personnes âgées de 40 à 75 ans ayant au moins 1 facteur de risque cardio-vasculaire (dyslipidémie, diabète sucré, hypertension artérielle, tabagisme) et un risque d'évènement cardio-vasculaire à 10 ans calculé à $\geq 10\%$ (*grade B*).

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

Chez les personnes âgées de plus de 75 ans sans maladie cardio-vasculaire pré-existante, les données ne sont pas suffisantes pour juger du bénéfice d'un traitement par statine.

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

Ressources utiles aux cliniciens :

- https://statindecisionaid.mayoclinic.org/?lang=fr_fr
- <https://www.agla.ch/fr/recommandations>

Diabète (58, 59)

L'USPSTF recommande, dans le cadre de l'évaluation du risque cardio-vasculaire, le dépistage du diabète chez les adultes âgés de 35 à 70 ans présentant un surpoids ou une obésité (IMC \geq 25 kg/m²) (*grade B*).

Le Groupe de travail Lipides et Athérosclérose GSLA recommande le dépistage du diabète pour les hommes à partir de 40 ans et les femmes à partir de 50 ans ou en post-ménopause. Un dépistage plus précoce peut être proposé en présence d'un IMC > 25 kg/m² ou autres facteurs de risque de diabète.

Selon les dernières recommandations de l'American Diabetes Association, les tests admis pour le dépistage du diabète sont, à choix, la glycémie veineuse plasmatique à jeun, l'hémoglobine glyquée ou le test oral de tolérance au glucose.

Ressources utiles aux cliniciens :

www.agla.ch/fr/recommandations

www.diabetesschweiz.ch

Anévrisme de l'aorte abdominale (60)

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

Dépistage des maladies infectieuses

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

Texte en révision

Syphilis (64, 65)

Texte en révision

Chlamydia (66-68)

Texte en révision

Gonorrhée (66, 69)

Texte en révision

Hépatite B (HBV) (70-73)

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

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

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

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

L'OFSP recommande ce dépistage aux populations suivantes:

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

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

Hépatite C (HCV) (72-75)

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

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

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

Le réseau Stratégie hépatite suisse recommande cependant de soumettre une fois dans leur vie les personnes nées entre 1950 et 1985 à un dépistage de l'hépatite C. A noter que l'hépatite C est une maladie infectieuse à déclaration obligatoire : <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/infektionskrankheiten-bekaempfen/meldesysteme-infektionskrankheiten/meldepflichtige-ik.html>

Autres dépistages

Dépression (76, 77)

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

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

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

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

Violences domestiques (78-80)

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

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

Plusieurs signaux d'alerte peuvent être présents :

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

Ostéoporose (81-84)

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

Le bénéfice du dépistage pour les hommes n'est pour l'instant pas démontré (*grade I*)

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

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

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

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

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

Ressources utiles aux cliniciens : <https://www.svggo.ch/> (site de l'association Suisse contre l'ostéoporose). FRAX Outil d'Evaluation des Risques de Fractures.

<https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/?lang=fr>.

Vaccinations (85)

Les recommandations pour la vaccination se réfèrent au plan de vaccination de l'OFSP 2023.

[Plan de vaccination suisse \(admin.ch\)](#)

Références

1. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Recommendations for Primary Care Practice. [Internet]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/recommendations>.
2. U.S. Preventive Services Task Force USPSTF. Grade definitions. [Internet]. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Name/grade-definitions>.
3. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Persons: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2021;325(3):265-79.
4. Cornuz J, Jacot Sadowski I, Humair JP. Conseil médical aux fumeurs et fumeuses. Document de référence pour les médecins. VIVRE SANS TABAC, Programme national d'arrêt du tabagisme, Berne 2015.
5. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening and Behavioral Counseling Interventions to Reduce Unhealthy Alcohol Use in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;320(18):1899-909.
6. Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool CFAL. Repères relatifs à la consommation d'alcool - 2018. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/alkohol/problemkonsum.html>.
7. Loeb P, Stoll B, Weil B. L'intervention brève pour des patients avec une consommation d'alcool à problème. Un guide pour les médecins et autres professionnels de premier recours deuxième édition révisée et élargie. EMH Media Berne 2014.
8. Patnode CD, Perdue LA, Rushkin M, O'Connor EA. U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews. Screening for Unhealthy Drug Use in Primary Care in Adolescents and Adults, Including Pregnant Persons: Updated Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2020.
9. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Coker TR, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults Without Cardiovascular Disease Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2022;328(4):367-74.
10. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Promote a Healthy Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention in Adults With Cardiovascular Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2020;324(20):2069-75.
11. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. Jama. 2018;319(16):1696-704.
12. Office fédéral du sport OFSPO, Office fédéral de la santé publique OFSP, Promotion Santé Suisse, Bureau de prévention des accidents bpa, Réseau suisse Santé et activité physique hepa. Recommandations suisses en matière d'activité physique. Bases. Macolin: OFSPO 2022.
13. Société Suisse de Nutrition. La pyramide alimentaire suisse. <http://www.sge-ssn.ch/fr/toi-et-moi/boire-et-manger/equilibre-alimentaire/pyramide-alimentaire-suisse/>.
14. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Behavioral Counseling Interventions to Prevent Sexually Transmitted Infections: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA : the journal of the American Medical Association. 2020;324(7):674-81.
15. Office fédéral de la santé publique. Infections sexuellement transmissibles. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/sexuell-uebertragbare-infektionen.html>.

16. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral Counseling to Prevent Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(11):1134-42.
17. Office fédéral de la santé publique OFSP. Protection solaire. [Internet]. https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/umwelt-und-gesundheit/strahlung-radioaktivitaet-schall/elektromagnetische-felder-emf-uv-laser-licht/sonne_uv-strahlung/sonnenschutz.html.
18. Cornuz J, Junod N, Pasche O, Guessous I. Dépistage des cancers en pratique clinique: une place privilégiée pour le partage de la décision. *Revue médicale suisse*. 2010;6(256):1410-4.
19. Stacey D, Legare F, Lewis K, Barry MJ, Bennett CL, Eden KB, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2017;4:Cd001431.
20. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Cervical Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;320(7):674-86.
21. Comité d'experts du dépistage du cancer. Recommandations relatives au dépistage du cancer du col de l'utérus. <https://cancerscreeningcommittee.ch/fr/themes/depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/>. 08.2021.
22. Société Suisse de Gynécologie et d'Obstétrique. Avis d'experts N°50. Recommandations pour la prévention du cancer du col de l'utérus. 2018.
23. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Colorectal Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;325(19):1965-77.
24. Auer R, Selby K, Bulliard JL, Nichita C, Dorta G, Ducros C, et al. [Shared decision making in the colorectal cancer screening program in the canton of Vaud]. *Revue médicale suisse*. 2015;11(496):2209-15.
25. Truningera K, Luglic A, Köberle D. Comité de la Société Suisse de Gastroentérologie (SSG). Suivi après polypectomie coloscopique et traitement du cancer colorectal. *Swiss Medical Forum*. 2022:349–355.
26. Siu AL. Screening for Breast Cancer: U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Annals of internal medicine*. 2016;164(4):279-96.
27. Marmot MG, Altman DG, Cameron DA, Dewar JA, Thompson SG, Wilcox M. The benefits and harms of breast cancer screening: an independent review. *British journal of cancer*. 2013;108(11):2205-40.
28. Keating NL, Pace LE. Breast Cancer Screening in 2018: Time for Shared Decision Making. *Jama*. 2018;319(17):1814-5.
29. Nelson HD, Fu R, Cantor A, Pappas M, Daeges M, Humphrey L. Effectiveness of Breast Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis to Update the 2009 U.S. Preventive Services Task Force Recommendation. *Annals of internal medicine*. 2016;164(4):244-55.
30. Welch HG, Passow HJ. Quantifying the benefits and harms of screening mammography. *JAMA internal medicine*. 2014;174(3):448-54.
31. Biller-Andorno N, Juni P. Abolishing mammography screening programs? A view from the Swiss Medical Board. *The New England journal of medicine*. 2014;370(21):1965-7.
32. Swiss Medical Board. Dépistage systématique par mammographie. Rapport du 15.12.2013.
33. Swiss cancer screening. Le dépistage systématique du cancer du sein en chiffres. <https://www.swisscancerscreening.ch/fr/depistage-du-cancer/sein/depistage-en-chiffres>.
34. Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Bibbins-Domingo K, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(18):1901-13.
35. Schroder FH, Hugosson J, Roobol MJ, Tammela TL, Zappa M, Nelen V, et al. Screening and prostate cancer mortality: results of the European Randomised Study of Screening for Prostate Cancer (ERSPC) at 13 years of follow-up. *Lancet*. 2014;384(9959):2027-35.

36. Hugosson J, Roobol MJ, Månsson M, Tammela TLJ, Zappa M, Nelen V, et al. A 16-yr Follow-up of the European Randomized study of Screening for Prostate Cancer. *European urology*. 2019;76(1):43-51.
37. Swiss Medical Board : Importance du taux de PSA dans le dépistage précoce du cancer de la prostate. Zurich 2011.
38. Gasser T, Iselin C, Jichlinksi P et al. Dosage du PSA. Recommandations de la Société suisse d'Urologie (SSU). *Forum Med Suisse*. 2012;12(06):126-128.
39. Selby K, Auer R, Valerio M, Jichlinski P, Cornuz J. Dépistage du cancer de la prostate: partager avec le patient les incertitudes. *Revue medicale suisse*. 2015;11(496):2216, 8-20.
40. Andriole GL, Crawford ED, Grubb RL, 3rd, Buys SS, Chia D, Church TR, et al. Prostate cancer screening in the randomized Prostate, Lung, Colorectal, and Ovarian Cancer Screening Trial: mortality results after 13 years of follow-up. *Journal of the National Cancer Institute*. 2012;104(2):125-32.
41. Pinsky PF, Prorok PC, Yu K, Kramer BS, Black A, Gohagan JK, et al. Extended mortality results for prostate cancer screening in the PLCO trial with median follow-up of 15 years. *Cancer*. 2017;123(4):592-9.
42. Martin RM, Donovan JL, Turner EL, Metcalfe C, Young GJ, Walsh EI, et al. Effect of a Low-Intensity PSA-Based Screening Intervention on Prostate Cancer Mortality: The CAP Randomized Clinical Trial. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2018;319(9):883-95.
43. Hugosson J, Månsson M, Wallström J, Axcrona U, Carlsson SV, Egevad L, et al. Prostate Cancer Screening with PSA and MRI Followed by Targeted Biopsy Only. *The New England journal of medicine*. 2022;387(23):2126-37.
44. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Lung Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;325(10):962-70.
45. de Koning HJ, van der Aalst CM, de Jong PA, Scholten ET, Nackaerts K, Heuvelmans MA, et al. Reduced Lung-Cancer Mortality with Volume CT Screening in a Randomized Trial. *The New England journal of medicine*. 2020;382(6):503-13.
46. Comité d'experts du dépistage du cancer. Recommandation relative au dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique à faible dose. 2022.
47. Société suisse de pneumologie. Dépistage précoce du cancer du poumon – bilan et perspectives 2017. Ce qui serait souhaitable et ce qui est faisable. Société suisse de pneumologie 2017.
48. Nicod LP, Soccac PM. Une étape décisive pour le dépistage du cancer pulmonaire. Editorial. *Rev Med Suisse* 2018; volume 14. 2043-2044.
49. Selby K, Gubelmann R, Lovis A, Bulliard JL, Beigelman-Aubry C, Casutt A, et al. [Lung cancer screening: what can we tell our patients while we await a screening program ?]. *Revue medicale suisse*. 2020;16(713):2086-91.
50. Groupe Suisse de travail Lipides et Athérosclérose AGLA/GSLA. <https://www.gsla.ch/>.
51. Krist AH, Davidson KW, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Hypertension in Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2021;325(16):1650-6.
52. Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 Practice Guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension and the European Society of Cardiology: ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension. *Journal of hypertension*. 2018;36(12):2284-309.
53. Unger T, Borghi C, Charchar F, Khan NA, Poulter NR, Prabhakaran D, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. *Journal of hypertension*. 2020;38(6):982-1004.
54. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Behavioral Weight Loss Interventions to Prevent Obesity-Related Morbidity and Mortality in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;320(11):1163-71.

55. Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, Davidson KW, Epling JW, Jr., Garcia FA, et al. Statin Use for the Primary Prevention of Cardiovascular Disease in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2016;316(19):1997-2007.
56. Rodondi N, Waeber G. Dyslipidémies: comment utiliser les nouvelles recommandations au cabinet médical. Editorial. *Swiss Med Forum*, 2018;18:973-974.
57. Nanchen D, Vonnez JL, Selby K, Auer R, Cornuz J. Statines en prévention primaire: comment décider avec le patient? *Revue medicale suisse*. 2015;11(496):2222-6.
58. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Prediabetes and Type 2 Diabetes: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;326(8):736-43.
59. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2022. *Diabetes Care*. 2022;45(Suppl 1):S17-s38.
60. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Abdominal Aortic Aneurysm: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2019;322(22):2211-8.
61. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for HIV Infection: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2019;321(23):2326-36.
62. Office fédéral de la santé publique OFSP. Dépistage du VIH effectué sur l'initiative des médecins. *Bull 21. OFSP 2015*: 237-41.
63. D'Incau S, Viala B, Ciuffi A, Cavassini M, Calmy A. [Diagnosis, prevention and treatment of HIV : what's new in 2018 ?]. *Revue medicale suisse*. 2019;15(N° 632-633):107-12.
64. Mangione CM, Barry MJ, Nicholson WK, Cabana M, Chelmos D, Coker TR, et al. Screening for Syphilis Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Reaffirmation Recommendation Statement. *Jama*. 2022;328(12):1243-9.
65. Office fédéral de la santé publique. Diagnostic et traitement de la syphilis : recommandations actualisées. OFSP 2015 ; *Bulletin 21* : 244-49.
66. Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2021;326(10):949-56.
67. OFSP. La chlamydie en Suisse, situation en 2021. *Bulletin 45 du 7 novembre 2022*.
68. Notter J, Frey Tirri B, Bally F et al. Commission fédérale pour la santé sexuelle, Société suisse d'infectiologie. Infections sexuellement transmissibles à Chlamydia trachomatis. *Forum Med Suisse* 2017;11(34):705-711.
69. OFSP. La gonorrhée en Suisse, situation en 2021. *Bulletin 45 du 7 novembre 2022*.
70. Chou R, Blazina I, Bougatsos C, Holmes R, Selph S, Grusing S, et al. Screening for Hepatitis B Virus Infection in Nonpregnant Adolescents and Adults: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2020;324(23):2423-36.
71. Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Commission fédérale pour les vaccinations (CFV). *Recommandations pour la prévention de l'hépatite B. Directives et recommandations*. Berne : OFSP, 2019.
72. Fretz R, Negro F, Bruggmann, Lavanchy D et al. Hepatitis B and C in Switzerland – healthcare provider initiated testing for chronic hepatitis B and C infection *Swiss Med Wkly*. 2013;143:w13793.
73. Hépatite Suisse. Quand faut-il dépister? [Internet]. <https://www.hepatitis-schweiz.ch/fr/quand-faut-il-depister>.
74. Owens DK, Davidson KW, Krist AH, Barry MJ, Cabana M, Caughey AB, et al. Screening for Hepatitis C Virus Infection in Adolescents and Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA : the journal of the American Medical Association*. 2020.
75. Office fédéral de la santé publique, division maladies transmissibles. Hépatites C en Suisse, situation épidémiologique en 2015–2018. *Bull OFSP 2019 ; No 45* : 12-24.
76. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*. 1997;12(7):439-45.

77. Barry MJ, Nicholson WK, Silverstein M, Chelmow D, Coker TR, Davidson KW, et al. Screening for Depression and Suicide Risk in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2023;329(23):2057-67.
78. Feltner C, Wallace I, Berkman N, Kistler CE, Middleton JC, Barclay C, et al. Screening for Intimate Partner Violence, Elder Abuse, and Abuse of Vulnerable Adults: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*. 2018;320(16):1688-701.
79. Office fédéral de la santé publique OFSP. Feuilles d'information violence domestique. <https://www.ebg.admin.ch/ebg/fr/home/documentation/publications-en-general/publications-violence.html>.
80. Bureau de l'égalité entre les femmes et les hommes du canton de Vaud (BEFH). Violence dans le couple Détection-Soutien-Orientation des personnes victimes. Protocole d'intervention à l'usage des professionnel-le-s. BEFH 2017.
81. Curry SJ, Krist AH, Owens DK, Barry MJ, Caughey AB, Davidson KW, et al. Screening for Osteoporosis to Prevent Fractures: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *Jama*. 2018;319(24):2521-31.
82. Association Suisse contre l'Ostéoporose ASCO. Recommandations 2015. <https://www.svg.ch/content/documents/2015/ASCO%20Recommandations%202015.pdf>.
83. Lippuner K, Johansson H, Kanis JA, Rizzoli R. FRAX assessment of osteoporotic fracture probability in Switzerland. *Osteoporosis international : a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2010;21(3):381-9.
84. FRAX Outil d'Evaluation des Risques de Fractures. <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/?lang=fr>.
85. Office fédéral de la santé publique, Commission fédérale pour les vaccinations. Plan de vaccination suisse 2023. Directives et recommandations. Berne : Office fédéral de la santé publique 2023.