

# Médecine de famille et de l'enfance (MFE)

Professeure Dagmar M.Haller,  
Directrice, luMFE

Dre Martine Bideau, chargée  
d'enseignement, luMFE



FACULTÉ DE MÉDECINE  
INSTITUT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE DE FAMILLE ET DE L'ENFANCE

 UNIVERSITÉ  
DE GENÈVE

MFE 2 :

**Le raisonnement clinique, l'adhésion et  
l'éducation thérapeutiques du patient**

Dre Martine Bideau, chargée d'enseignement IuMFE

# Objectifs

- Déchiffrer les bases du raisonnement clinique
- Comprendre les concepts d'adhésion thérapeutique et d'éducation du patient
- Rendre compte des enjeux de santé planétaire dans le cadre de l'éducation thérapeutique

# Intendance

Salle **SpeakUp 77118**  
Cours **MFE 2025-2026**



MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

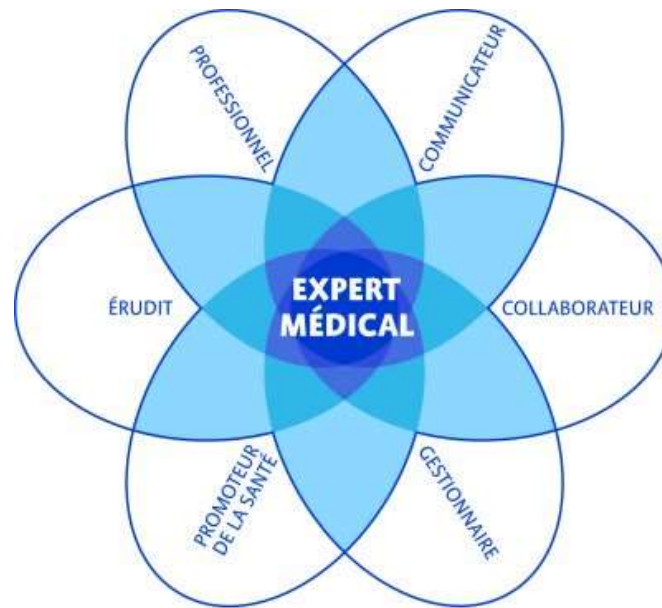


**7C<sup>+</sup>** Fonctions essentielles de la MF dans le système de santé



This work by Eva Pfarrwaller - Centre de médecine de premier recours, adapted from Bazemore & Grunert, is licensed under [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Version 2024.

# Compétences du médecin de famille



LE CADRE DE COMPÉTENCES  
**CANMEDS**

Collège royal des médecins et  
chirurgiens du Canada 2015

## Importance des éléments de la communication en médecine de famille



# Raisonnement clinique



Salle SpeakUp 77118  
Cours MFE 2025-2026



MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

[unsplash.com](https://unsplash.com)

# Situation concrète



MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

[unsplash.com](https://unsplash.com)



MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

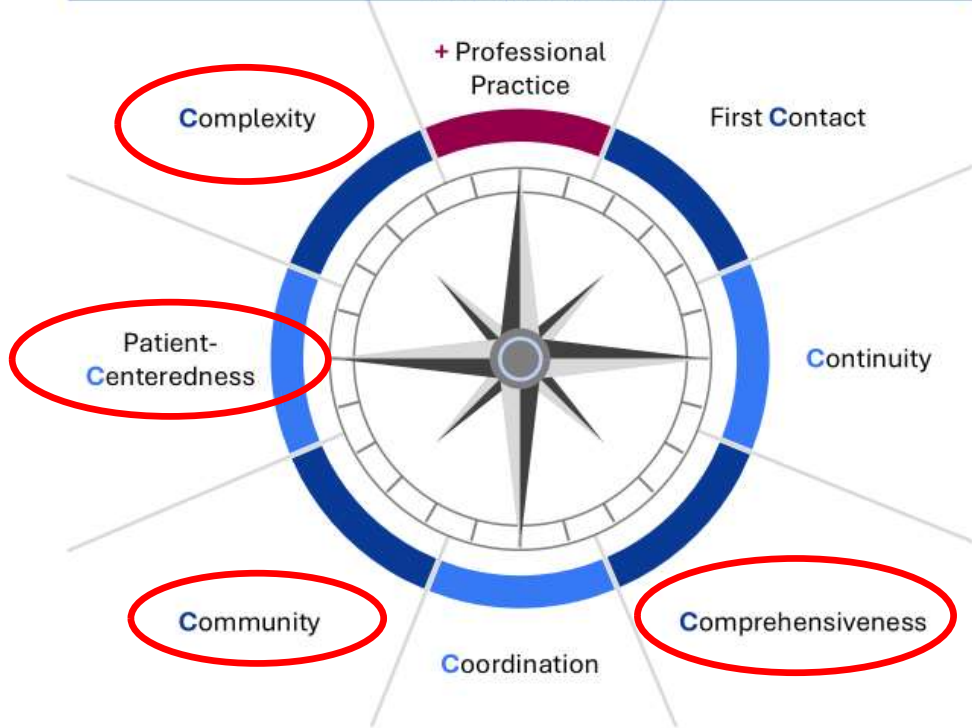
[unsplash.com](https://unsplash.com)

# Le raisonnement clinique

- **Définition :**
- Une démarche complexe de processus de pensée grâce à laquelle le/la médecin:
  - **établit un diagnostic**
  - formule un pronostic
- **prend une décision thérapeutique**



**7C<sup>+</sup>** Fonctions essentielles de la MF dans le système de santé



This work by Eva Pfarrwaller - Centre de médecine de premier recours, adapted from Bazemore & Grunert, is licensed under [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Version 2024.

Salle SpeakUp 77118  
Cours MFE 2025-2026



# Le raisonnement clinique = travail de détective

---

Identifier les premiers indices

---

Générer des hypothèses

---

Confirmer ou infirmer les hypothèses

---

Utiliser des stratégies de recours

---

Mettre en œuvre les actions appropriées



# Le raisonnement clinique = travail de détective

---

Identifier les premiers indices

---

Générer des hypothèses

---

Confirmer ou infirmer les hypothèses

---

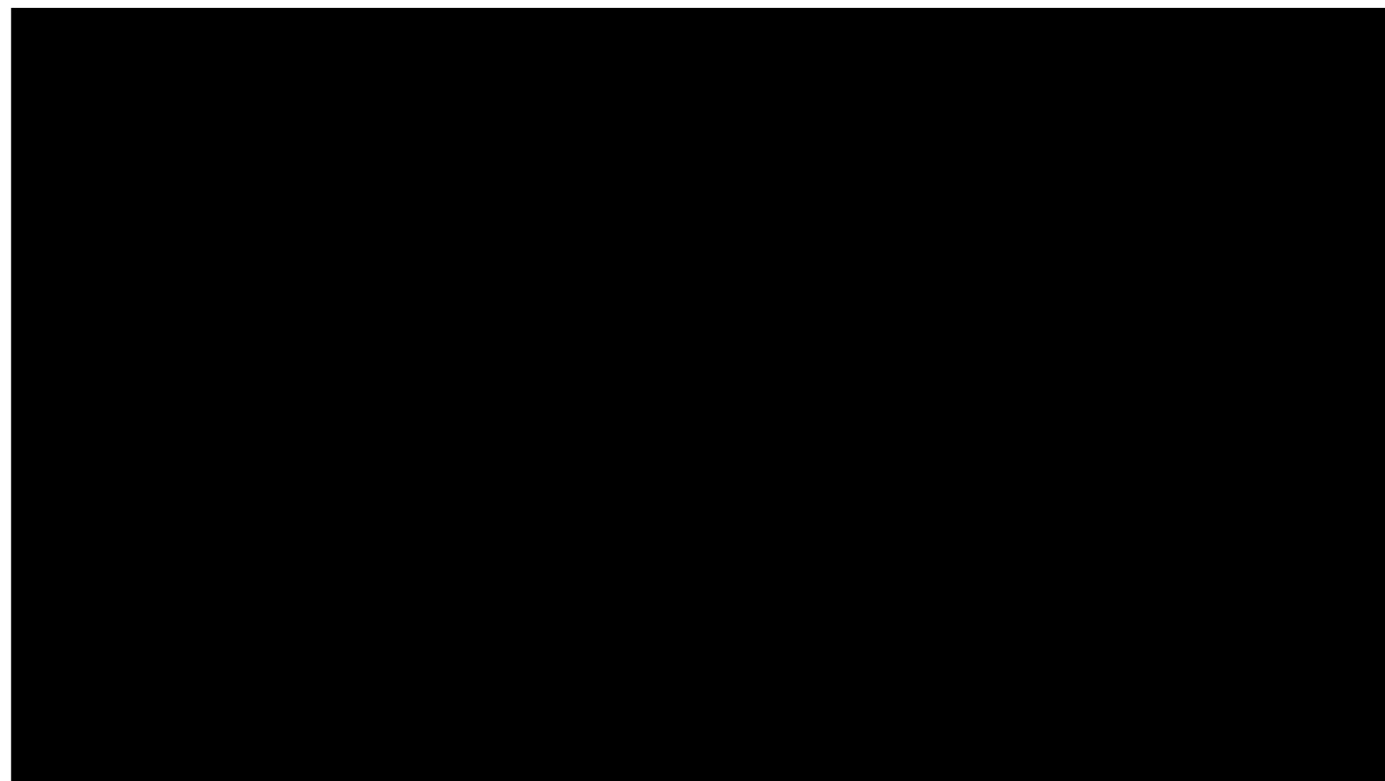
Utiliser des stratégies de recours

---

Mettre en œuvre les actions appropriées



Première étape:  
identifier les  
premiers indices



# 1<sup>ère</sup> étape: Identifier les premiers indices



OBSERVER DÈS LA SALLE  
D'ATTENTE



COMMENCER À RAISONNER DÈS LE  
DÉBUT GRÂCE AUX PREMIERS  
INDICES



11:45 - 12:00	<p>Demande si tu peux lui prolonger son AT pour cette semaine, son employeur lui a dit de prolonger</p>	<b>Trauma de cheville</b>
12:00 - 12:15	<p>lettre pour gynéco</p>	<b>Récidive d'infection urinaire</b>
12:15 - 13:15	<p>CQ</p>	<b>Cercle qualité</b>
13:15 - 13:30	<p>Admin</p>	<b>Cercle qualité</b>
13:30 - 14:00	<p>!! ☐</p>	<b>Torticolis</b>
14:00 - 14:30	<p>☐</p>	<b>Fatigue (Anémie post-partum)</b>
14:30 - 15:00	<p>!! ☐</p>	<b>Fatigue (Maladie auto-immune)</b>
14:30 - 15:00	<p>!! ☐</p>	<b>Fatigue (Maladie auto-immune)</b>
15:00 - 15:15	<p>!! ☐ contact téléphonique</p>	<b>Fatigue (Hypothyroïdie)</b>
15:00 - 15:30	<p>!! ☐ ne se sent pas de venir, Rdv dans la semaine n'a pas été hospitalisée</p>	<b>Fatigue (Diabète instable)</b>
15:30 - 16:00	<p>☐ suivi</p>	<b>Dos bloqué et céphalées</b>
16:00 - 16:30	<p>!! ☐ gastro urgences</p>	<b>Crise d'asthme au décours</b>
16:30 - 17:00	<p>☐ contrôle et conseils voyageur</p>	<b>Gastro-entérite</b>
17:00 - 17:45	<p>☐ Np Ancien MT</p>	<b>Conseil voyageur</b>
17:45 - 18:00	<p>☐</p>	<b>Fatigue &amp; Syndrome</b>

# Le raisonnement clinique = travail de détective

---

Identifier les premiers indices

---

Générer des hypothèses

---

Confirmer ou infirmer les hypothèses

---

Utiliser des stratégies de recours

---

Mettre en œuvre les actions appropriées



2<sup>ème</sup> étape:  
Déterminer les  
objectifs de la  
rencontre et  
générer des  
hypothèses



## 2<sup>ème</sup> étape: Déterminer les objectifs de la rencontre et générer des hypothèses



Déterminer les objectifs de la rencontre

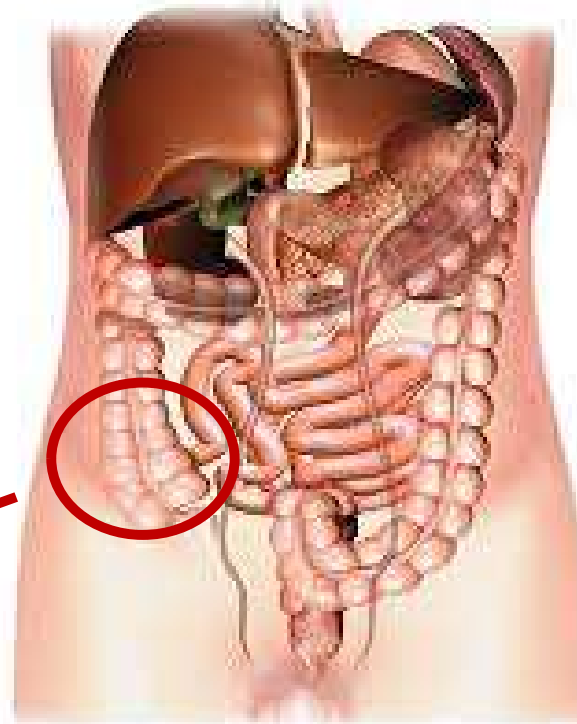


Communiquer pour générer des hypothèses



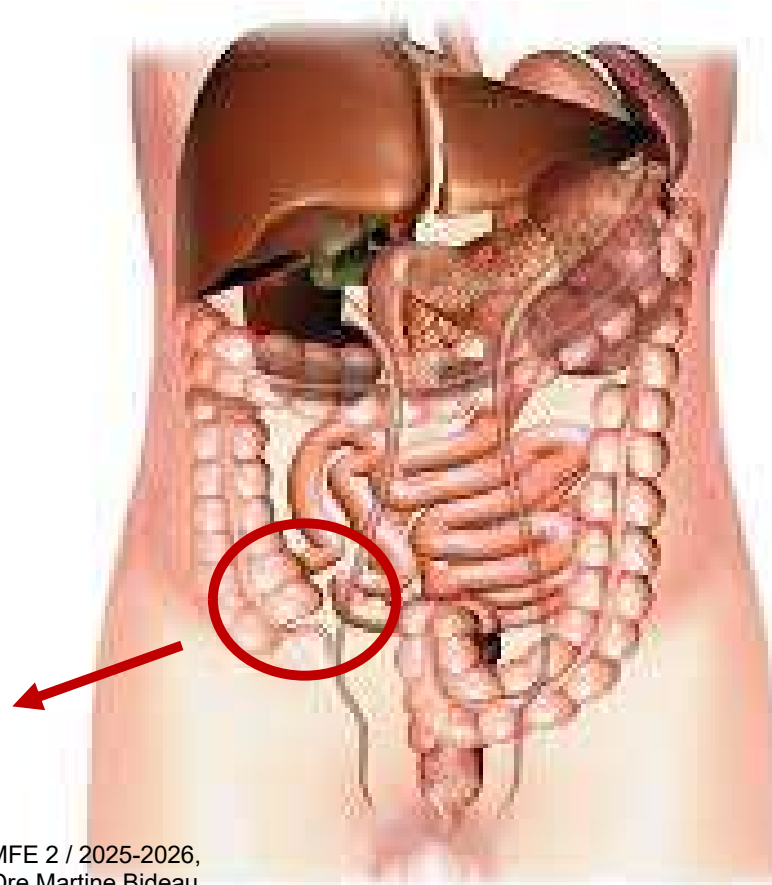
# Douleurs quadrant inférieur droit

Systeme digestif:  
Inflammation de la fin de  
l'intestin grêle =  
Maladie de Crohn



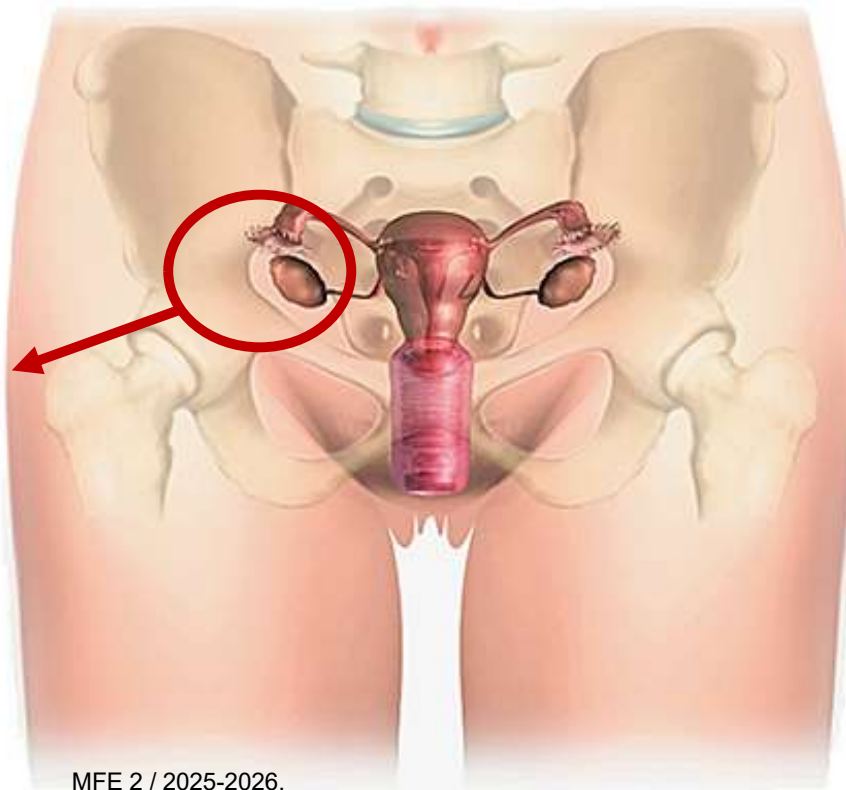
# Douleurs quadrant inférieur droit

Systeme digestif:  
Inflammation de  
l'appendice:  
Appendicite



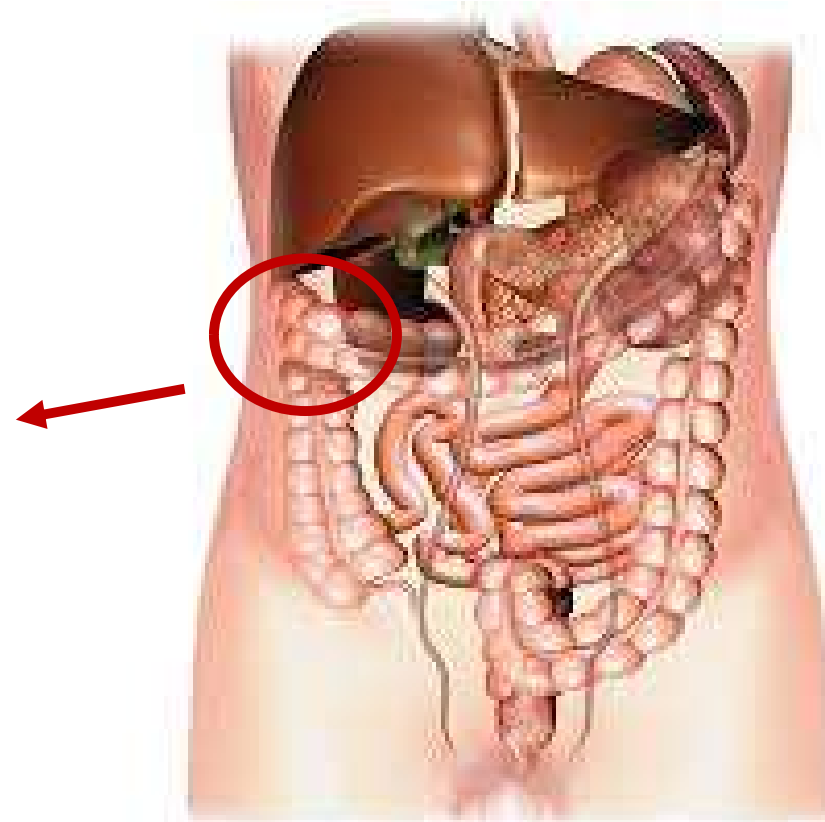
## Douleurs quadrant inférieur droit

Système gynécologique:  
-Grossesse ectopique  
-Kyste ovarien



## Douleurs quadrant inférieur droit

Systeme uro-  
néphrologique:  
Infection du rein droit :  
Pyélonéphrite aiguë



# Le raisonnement clinique = travail de détective

---

Identifier les premiers indices

---

Générer des hypothèses

---

Confirmer ou infirmer les hypothèses

---

Utiliser des stratégies de recours

---

Mettre en œuvre les actions appropriées

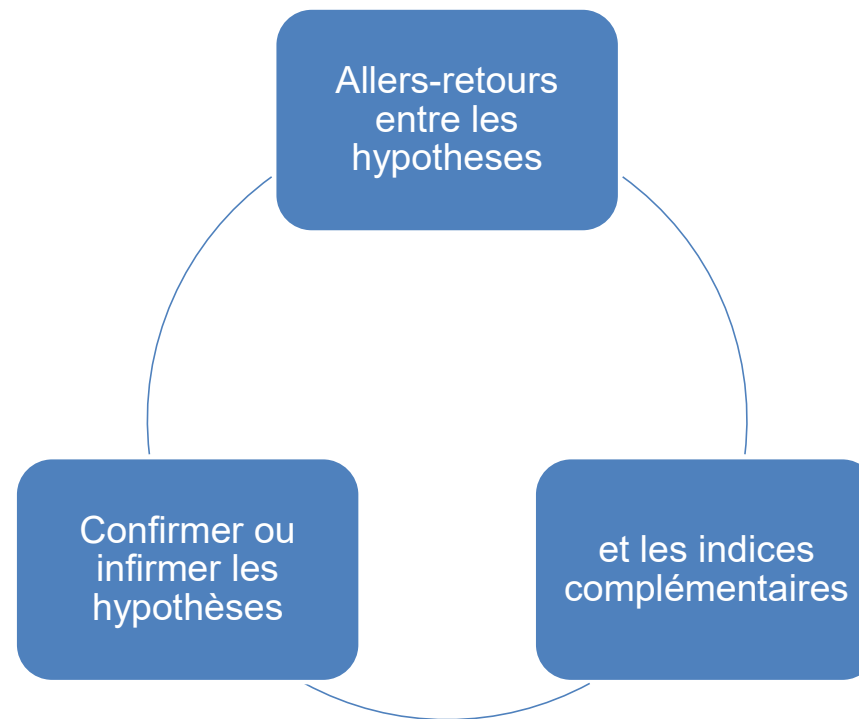
---



3<sup>ème</sup> étape:  
Confirmer ou  
infirmer les  
hypothèses



## 3<sup>ème</sup> étape: confirmer ou infirmer les hypothèses



MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau



# Le raisonnement clinique = travail de détective

---

Identifier les premiers indices

---

Générer des hypothèses

---

Confirmer ou infirmer les hypothèses

---

Utiliser des stratégies de recours

---

Mettre en œuvre les actions appropriées



## 4ème étape: Utiliser des stratégies de recours



## 4<sup>ème</sup> étape : Utiliser des stratégies de recours



Consulter la littérature



Demander conseil aux  
spécialistes  
compétents



# Le raisonnement clinique = travail de détective

---

Identifier les premiers indices

---

Générer des hypothèses

---

Confirmer ou infirmer les hypothèses

---

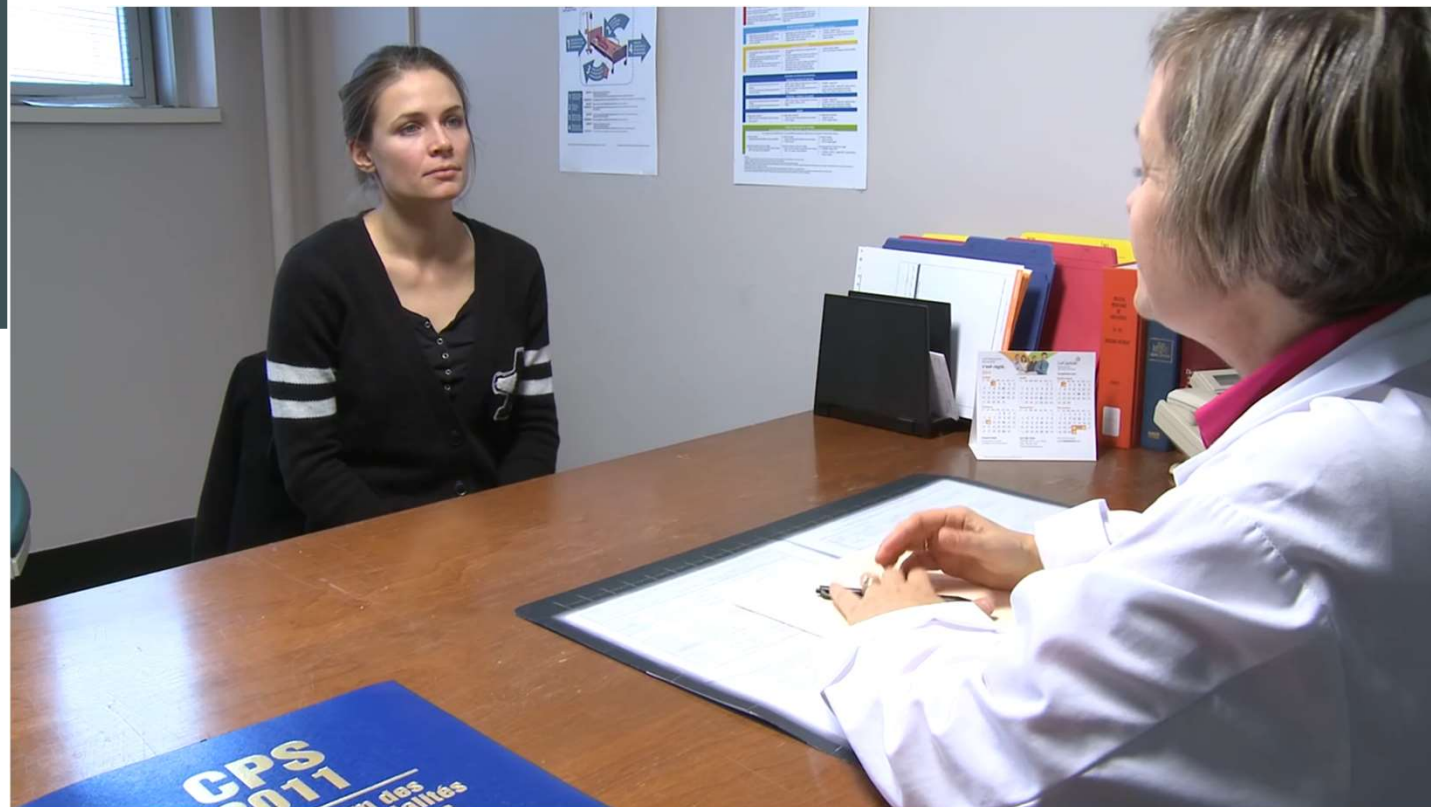
Utiliser des stratégies de recours

---

Mettre en œuvre les actions appropriées



5<sup>ème</sup> étape:  
Mettre en  
œuvre les  
actions  
appropriées



## 5<sup>ème</sup> étape : Mettre en oeuvre les actions appropriées



Examens  
complémentaires



Intervention

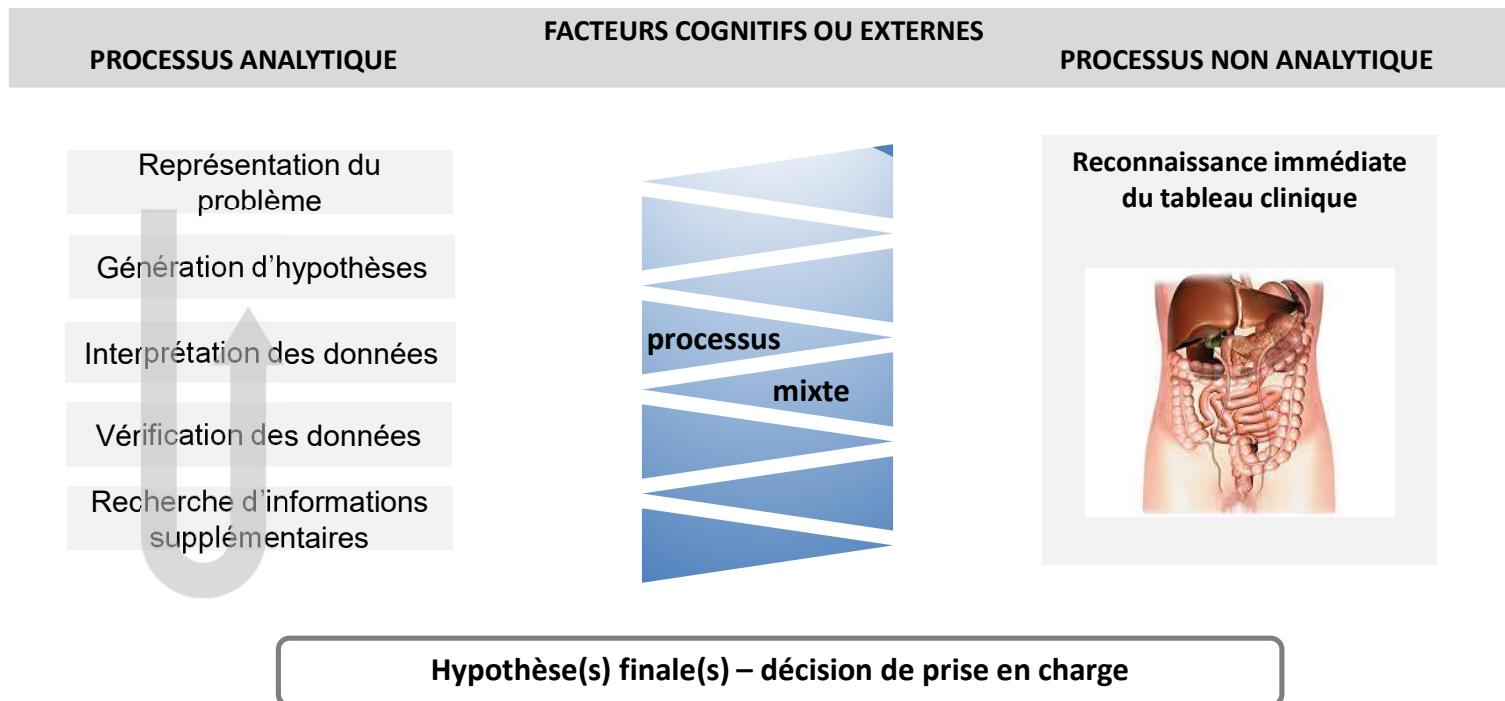


Médication



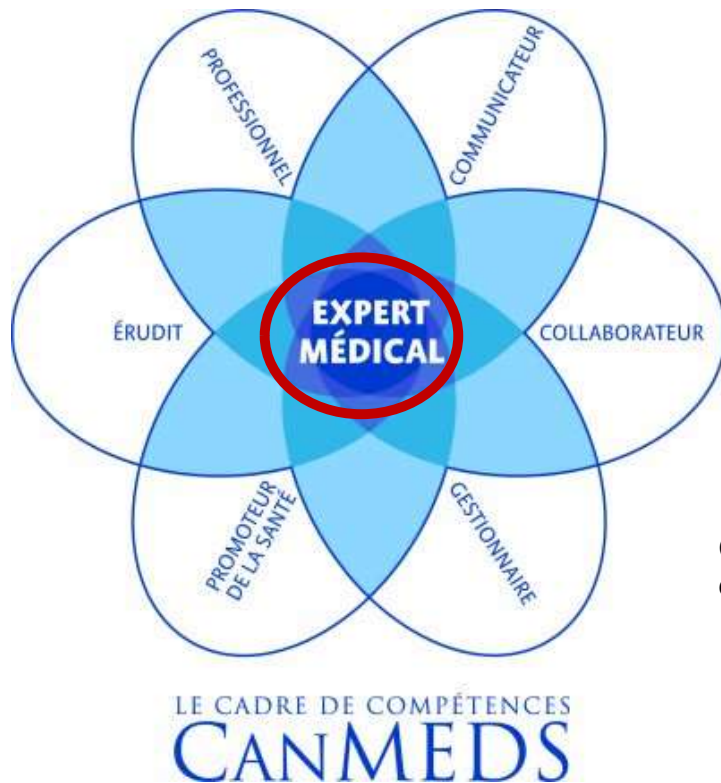
# RAISONNEMENT CLINIQUE

**Information initiale du patient dans son contexte  
(ex. douleurs abdominales)**



*Marie-Claude Audétat, Suzanne Laurin, Valérie Dory, Bernard Charlin & Mathieu R. Nendaz*  
AMEE guides parts I and II. Diagnosis and management of clinical reasoning difficulties. Med Teach 2017;39(8) With supplementary online materials

# Quelles compétences sont mobilisées pour le raisonnement clinique?



Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada 2015

Salle SpeakUp 77118  
Cours MFE 2025-2026





## Question QCM type K'

Lesquels de ces énoncés sont vrais?

1. Le raisonnement médical est un processus de pensée complexe qui permet au médecin de poser un diagnostic
2. Le raisonnement médical se base sur des hypothèses que le/la médecin doit valider ou infirmer par des indices complémentaires
3. Le raisonnement médical inclut le choix des examens complémentaires et l'avis de spécialistes
4. Le raisonnement médical se fait en fin d'entretien après la récolte de toutes les informations

# L'apprentissage des maladies



Se fait par description de maladies «cataloguées» selon leurs symptômes, l'examen clinique et les examens complémentaires associés



Assimilées par l'expérience et la fréquence de la maladie

PROCESSUS NON ANALYTIQUE

Reconnaissance immédiate  
du tableau clinique



# Un exemple concret: symptôme = toux

Partant d'un symptôme le/la médecin doit parcourir les différents tableaux cliniques des maladies qui font tousser :

- L'infection des voies respiratoires supérieures
  - L'asthme
  - La pneumonie
  - La bronchiolite
  - Le faux croup

# Infection des voies respiratoires supérieures (IVRS)

- nez qui coule (rhinorrhée): sécrétions claires puis purulentes
- obstruction nasale, éternuements
- **toux**
- mal de gorge
- gêne/douleur des sinus ou des oreilles
- symptômes généraux: fièvre, fatigue et douleurs musculaires



# Asthme

- difficulté à respirer (dyspnée) intermittente
- **toux**
- respiration sifflante, oppression thoracique
- symptômes déclenchés en crise par le froid, l'exercice, un allergène, une infection virale
- souvent variabilité saisonnière



# Pneumonie

- **Toux**
- Fièvre
- Douleurs thoraciques associées à la respiration
- Difficulté à respirer
- Crachats (expectorations) purulents
- Parfois douleurs abdominales, nausées, vomissements

MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau



unsplash.com

# Bronchiolite

- Difficulté à respirer subite ou progressive chez un enfant < 2 ans
- Respiration rapide et bruyante
- Sibilances
- Signes de détresse respiratoire
- **Toux**
- Diminution de l'alimentation

MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau








# Faux Croup

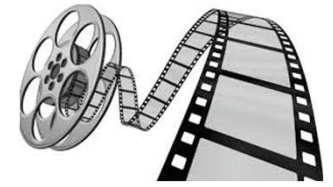
- - Rhinorrhée claire
- - Signes de détresse respiratoire
- - Stridor
- - Nocturne
- - **Toux aboyante**
- - Voix cassée (dysphonie)

MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau



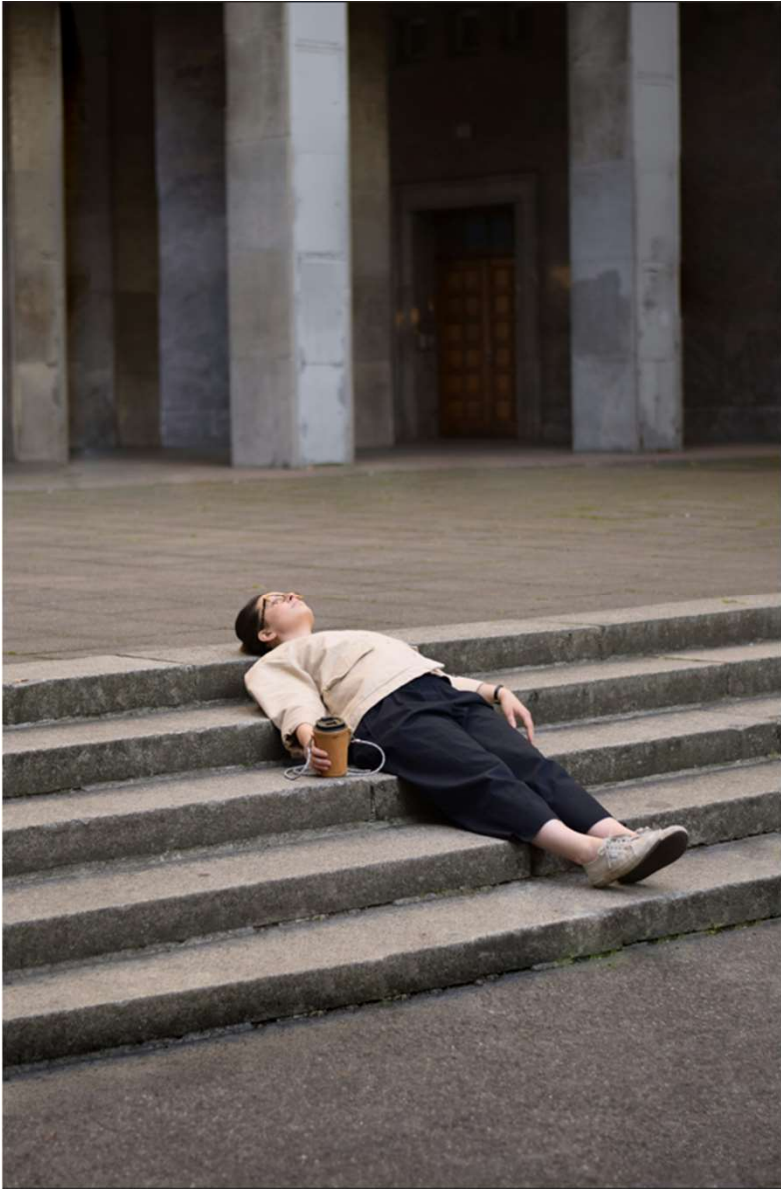
unsplash.com

IVRS	Asthme	Pneumonie	Bronchiolite	Faux croup
 <p>Mal de gorge</p>	 <p>Difficulté à respirer</p>	 <p><b>Toux productive</b></p>	 <p>Difficulté à respirer</p>	 <p>Difficultés inspiratoires</p>
<p>Nez qui coule et obstruction</p>	<p><b>Toux sèche</b></p>	<p>Difficulté à respirer et fièvre</p>	<p>Respiration bruyante et rapide, sibilances</p>	<p>Stridor inspiratoire</p>
<p><b>Toux grasse</b></p>	<p>Respiration sifflante</p>	<p>Douleur thoracique respiratoire</p>	<p><b>Toux bruyante</b></p>	<p><b>Toux aboyante</b></p>
<p>Douleur sinus et symptômes généraux</p>	<p>Crises et variabilité saisonnière</p>	<p>Crachats purulents</p>	<p>Difficultés alimentaires</p>	<p>Nocturne</p>



MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

PAUSE 15 minutes





# Adhésion thérapeutique

## Qu'est-ce que c'est?

MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

Salle SpeakUp 77118  
Cours MFE 2025-2026



# L'évolution et la définition de l'adhésion thérapeutique

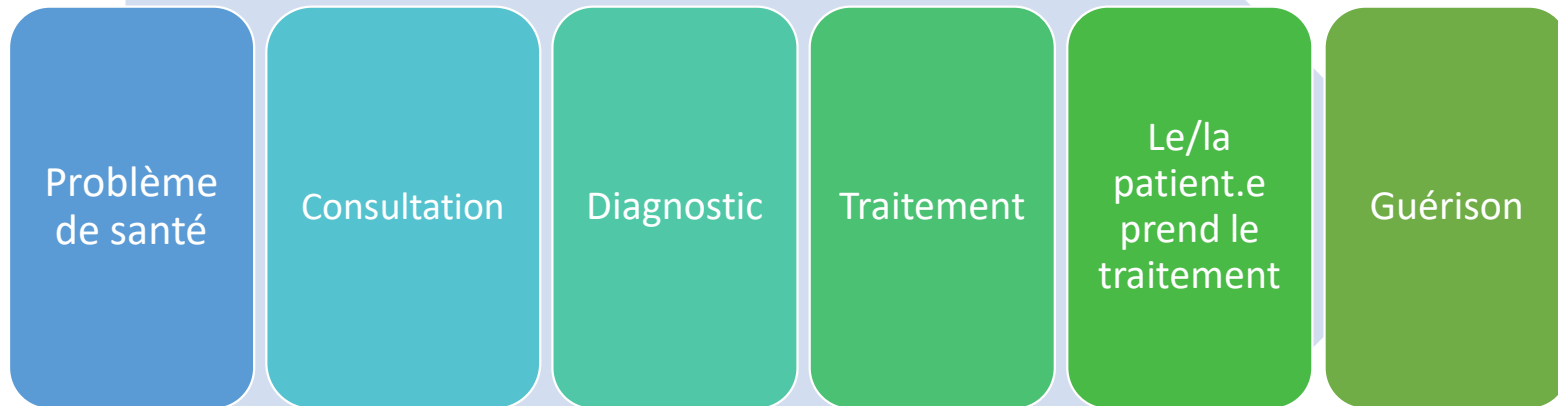


Observance/compliance:  
acte de suivre la  
prescription médicale

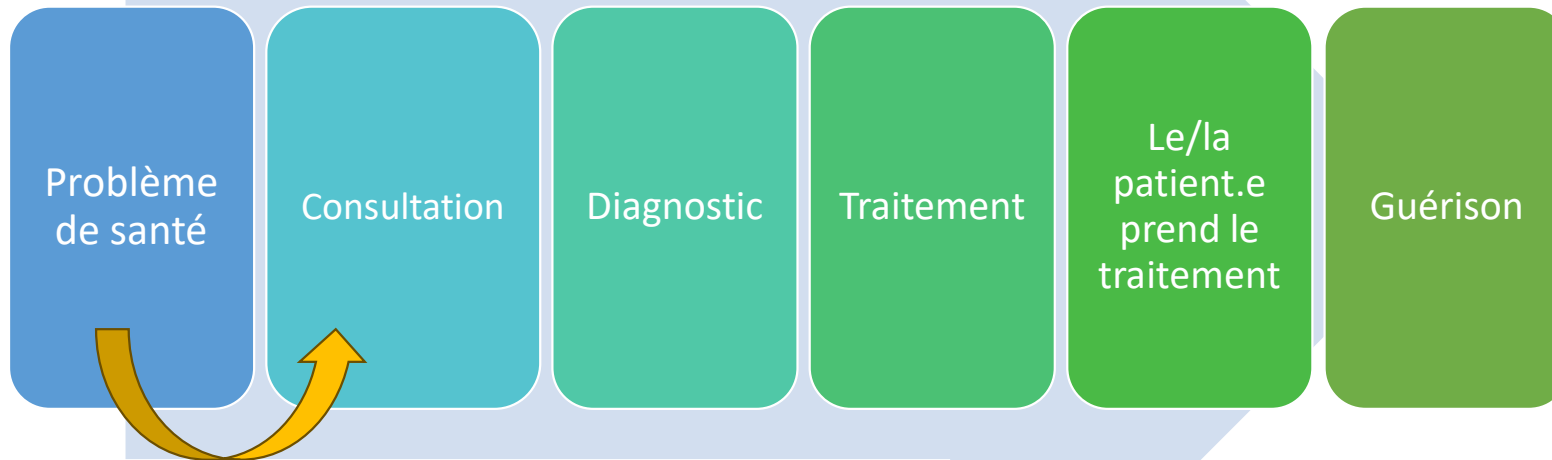


Adhésion thérapeutique:  
adhésion du patient au plan  
thérapeutique, impliquant  
sa motivation, sa  
participation aux soins

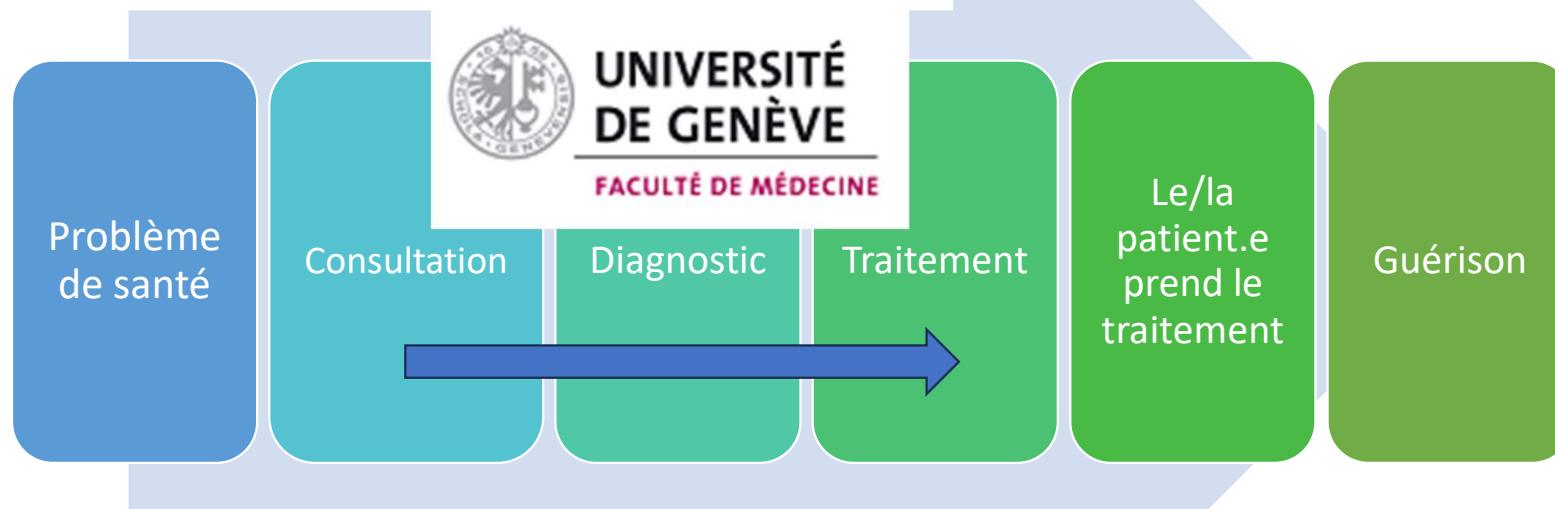
# La médecine dans l'idéal



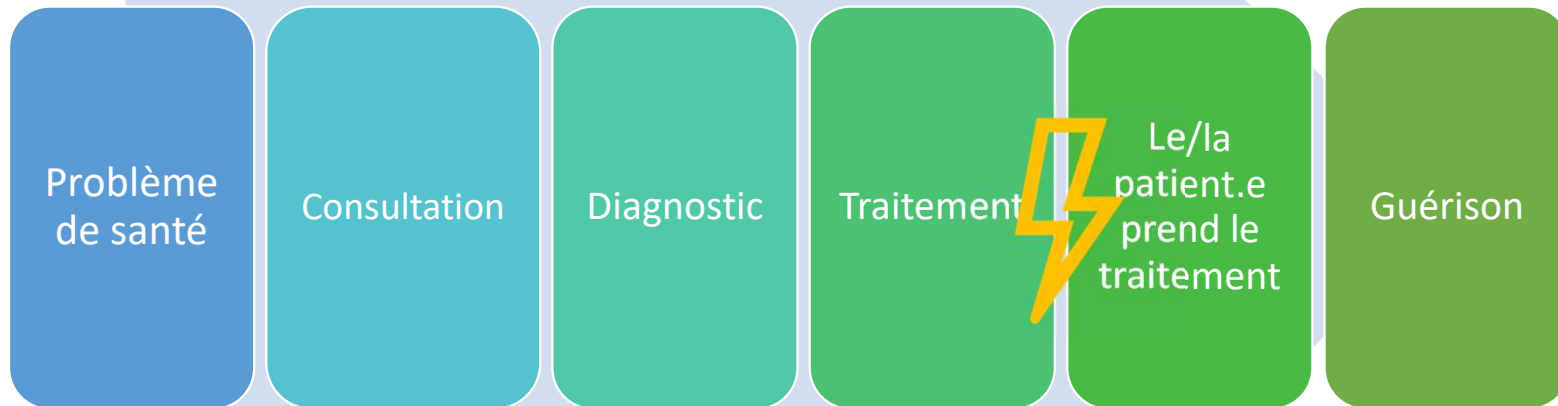
# La médecine dans l'idéal



# La médecine dans l'idéal



# La médecine dans l'idéal





# Compliance

- Antibiotique pour infection aiguë -> pris correctement à env 70-80%
- Hypertension artérielle : à 1 an, env. 50%
- Asthme: env 30-70%
- Diabète: environ 50 %
- HIV: env 60-80%

➤ **Dans l'ensemble, la compliance est évaluée à environ 50 % (OMS)**

Sabaté E, ed. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003

# Raisons d'une mauvaise compliance

Incompréhension de la maladie, manque de motivation

Croyances, valeurs, santé mentale

Chronique

Méconnaissance des risques d'évolution

Incompréhension de la technique de la prise du traitement

Suivi médical insuffisant

Complexité de la prise en charge

Aigu

Absence d'éducation thérapeutique

Effets secondaires du traitement

Oublis, manque de temps, contraintes (barrières)

Question QCM type A:  
L'adhésion thérapeutique globale pour  
une maladie chronique

- A) 80-100%?
- B) 60-80%?
- C) 30-60%?
- D) 20-40%?
- E) 0-20%?

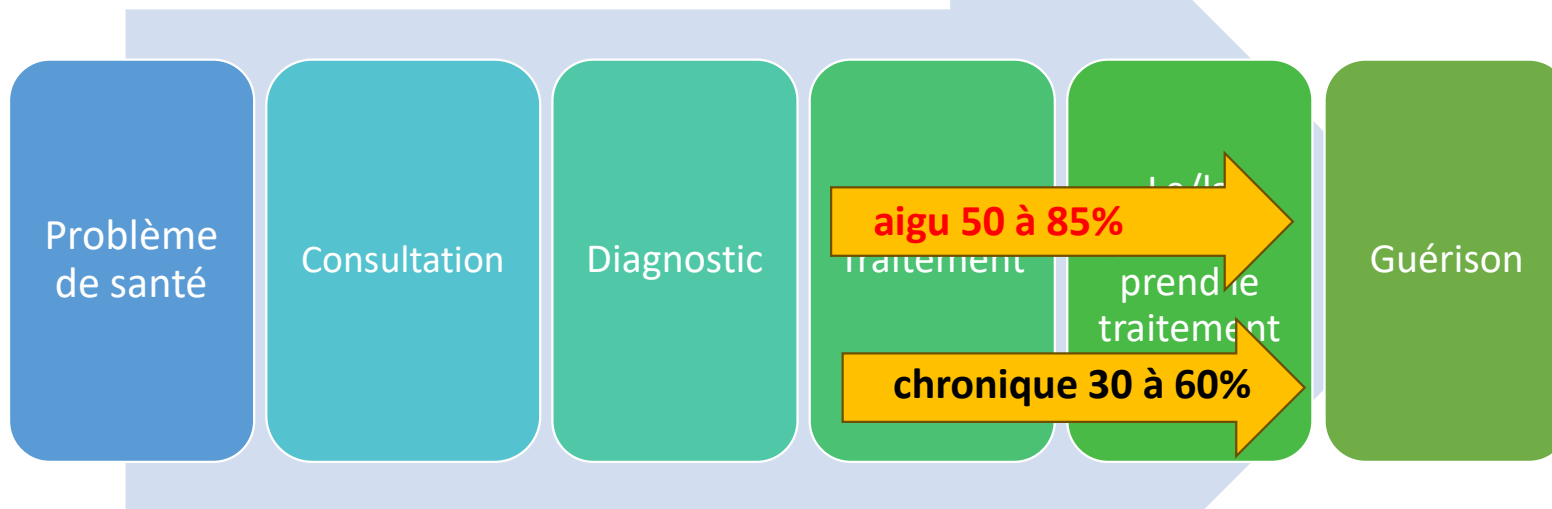


Question QCM type A:  
L'adhésion thérapeutique globale pour  
une maladie aiguë

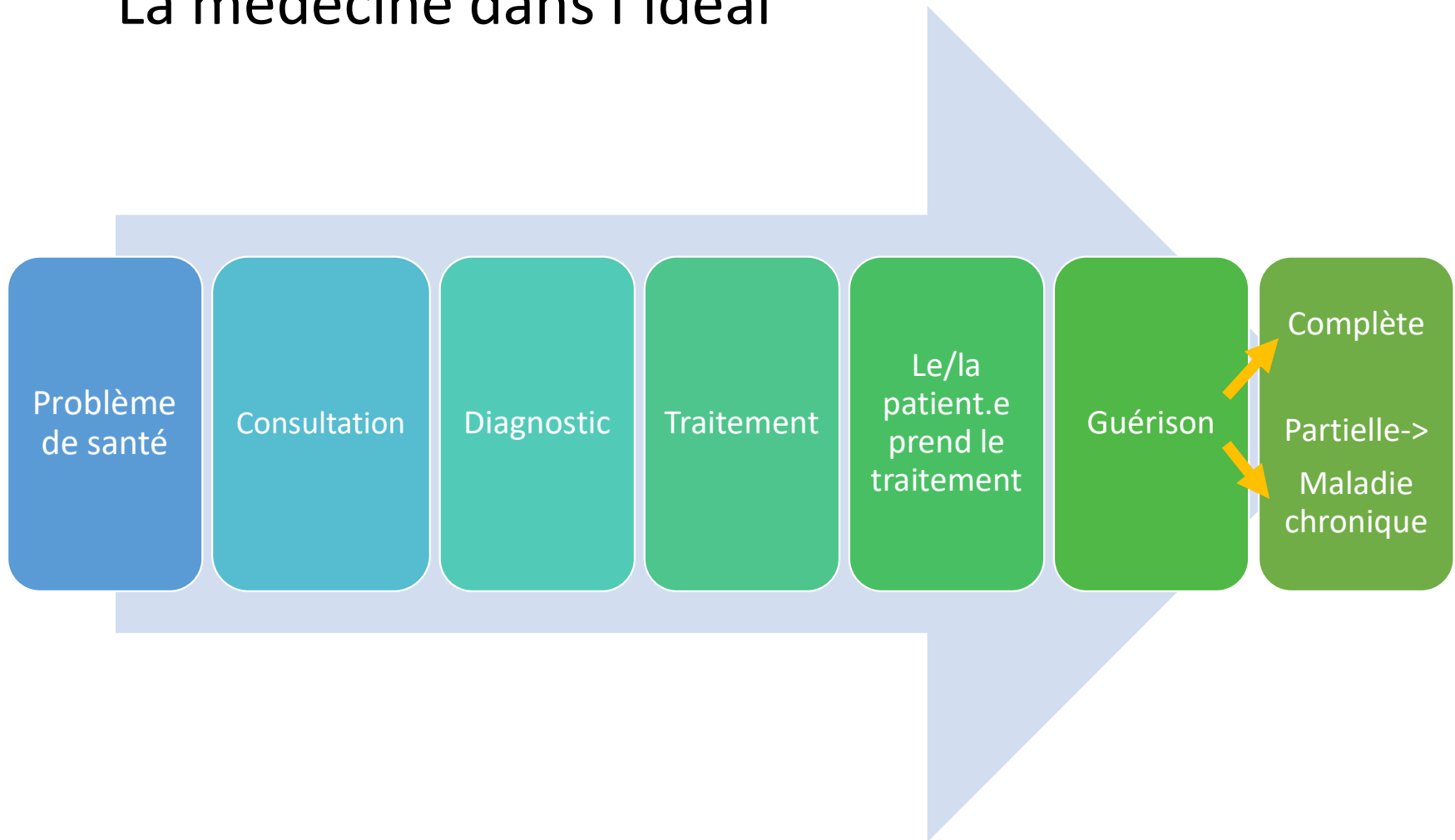
- A) 80-100%?
- B) 50-85%?
- C) 40-60%?
- D) 20-45%?
- E) 0-20%?



# La médecine dans l'idéal



# La médecine dans l'idéal







# Comment améliorer l'adhésion thérapeutique

?









# Méthodes pour améliorer l'adhésion thérapeutique

-  Simplification des doses
-  Rappels électroniques
-  Intervention par les médecins-> entretien motivationnel
-  Education des patients



# Méthodes pour améliorer l'adhésion thérapeutique

-  Simplification des doses
-  Rappels électroniques
-  Intervention par les médecins-> entretien motivationnel
-  Education des patients



# Première approche: faciliter l'accès aux soins

- 1972 Leona Miller facilite l'accès aux soins de patients défavorisés de Los Angeles : réduction de 2/3 des comas diabétiques

1388

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

June 29, 1972

## SPECIAL ARTICLE

### MORE EFFICIENT CARE OF DIABETIC PATIENTS IN A COUNTY-HOSPITAL SETTING

LEONA V. MILLER, M.D., AND JACK GOLDSTEIN, B.A., B.M.E.

**Abstract** Before 1969 the diabetes section at the Los Angeles County University of Southern California Medical Center, serving some 6000 medically indigent patients, averaged one hospital admission annually for two out of every three patients coming to its clinics. Two new programs, a telephone-answering service and the implementation of a policy to screen all candidates for admission by either a nurse clinical practitioner or a resident of the diabetes service, have served to reduce the annual

admission rate of clinic patients to approximately one in five. In the process, emergency-room visits by the clinic population have been markedly reduced, and such preventable admissions as diabetic coma have been reduced by  $\frac{2}{3}$ . Potential cost savings of between \$1.7 million and \$3.4 million have been projected for the diabetes service. Programs of this type have implications for reducing the cost of health-care delivery to the chronically ill.

**P**ERHAPS one of the most striking defects in present health-care systems is the lack of co-ordinated care for patients with a chronic disease. The morbidity statistics of diabetic patients are a good example of the discouraging effects that the lack of special programs for the chronically ill foster. These patients are admitted to hospitals more

been more readily available to these patients. The system in use at that time only allowed patients to obtain medical advice during a hospital stay, a scheduled clinic visit, a visit to the emergency room or a visit to a local physician for sporadic care. The cost of this option made use of this alternative self-limiting.

# Etape suivante: renforcer le rôle actif des patients

---

A Genève, 1975:  
Jean-Philippe ASSAL est  
précurseur en créant  
l'unité d'éducation  
thérapeutique du patient

## UNITÉ D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

Partager Imprimer

CONTACT

CONSULTATION

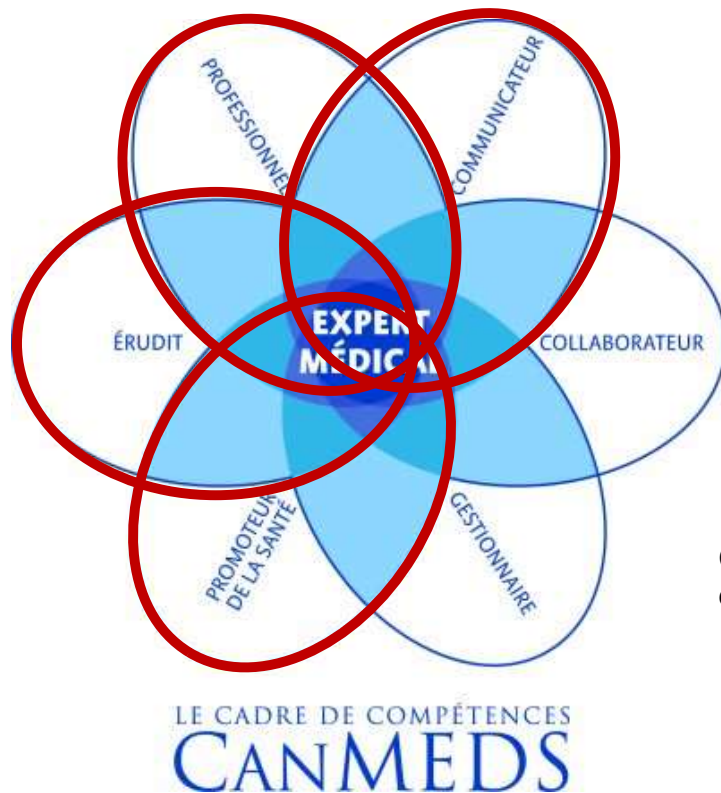
RESPONSABLE

### Mission de l'Unité d'éducation thérapeutique du patient

- Prodiguer une éducation thérapeutique aux patients souffrant de maladie chronique en particulier dans le domaine du diabète, de l'obésité et des affections associées afin d'en prévenir les complications.
- La prise en charge des patients tient compte des prestations offertes par les autres services des HUG, en particulier celles du Service d'endocrinologie, diabétologie et nutrition, en cas de diabète ou du [programme de soins « Contrepoids »](#).
- Offrir une expertise psychopédagogique en éducation thérapeutique du patient aux services des HUG pour la prise en charge des maladies chroniques.

- <https://www.hug.ch/education-therapeutique>

# Quelles Compétences sont mobilisées pour l'éducation thérapeutique?



Collège royal des médecins et  
chirurgiens du Canada 2015

MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

65

Salle SpeakUp 77118  
Cours MFE 2025-2026



# Public cible pour l'éducation thérapeutique



## **Patients avec maladies chroniques**

par exemple diabète, asthme, HTA, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, insuffisance pulmonaire



## **Patients avec maladies aiguës**

par exemple antibiotique pour infection, lors d'exacerbation d'asthme, post opératoire

# Objectifs visés par l'éducation thérapeutique

- Amélioration de l'adhésion thérapeutique
  - Améliorer l'implication
  - Renforcer la compréhension
- Augmentation de la confiance en soi (empowerment)

# Objectifs visés par l'éducation thérapeutique

- Diminution des complications
- Retour à domicile plus rapide après une hospitalisation
- Diminution des ré hospitalisations



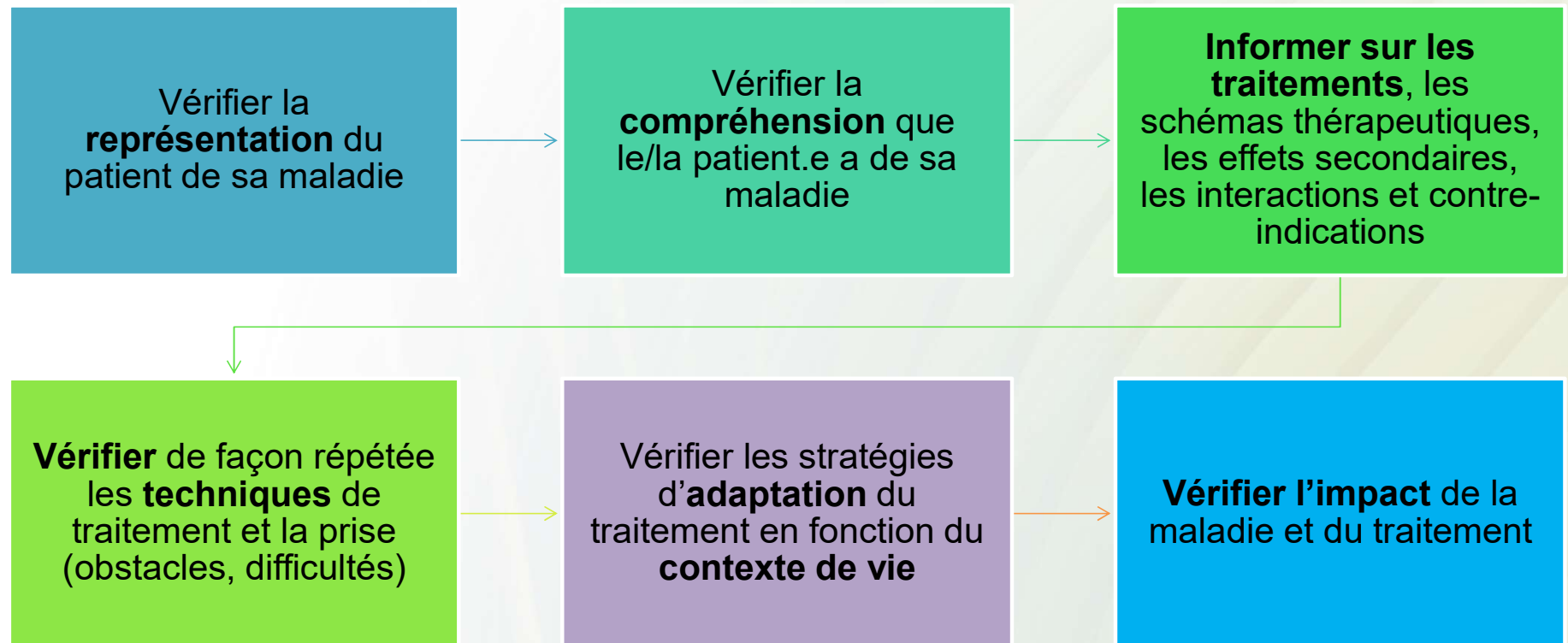
Diminution des coûts de la santé

# Comment « éduquer » les patients?

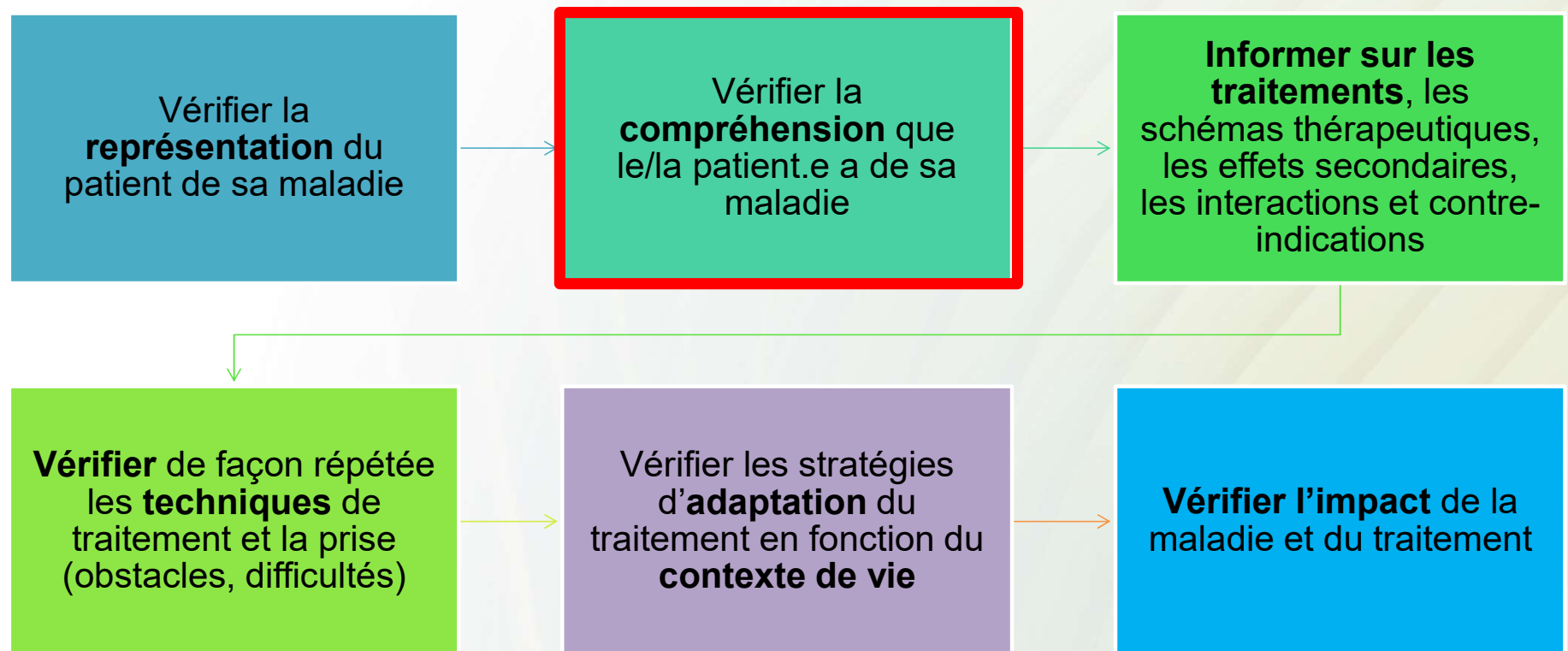


**Améliorer la littéracie : informer**  
sur les traitements, les schémas  
thérapeutiques, les effets  
secondaires, les interactions et  
contre-indications

# Education thérapeutique



# Education thérapeutique



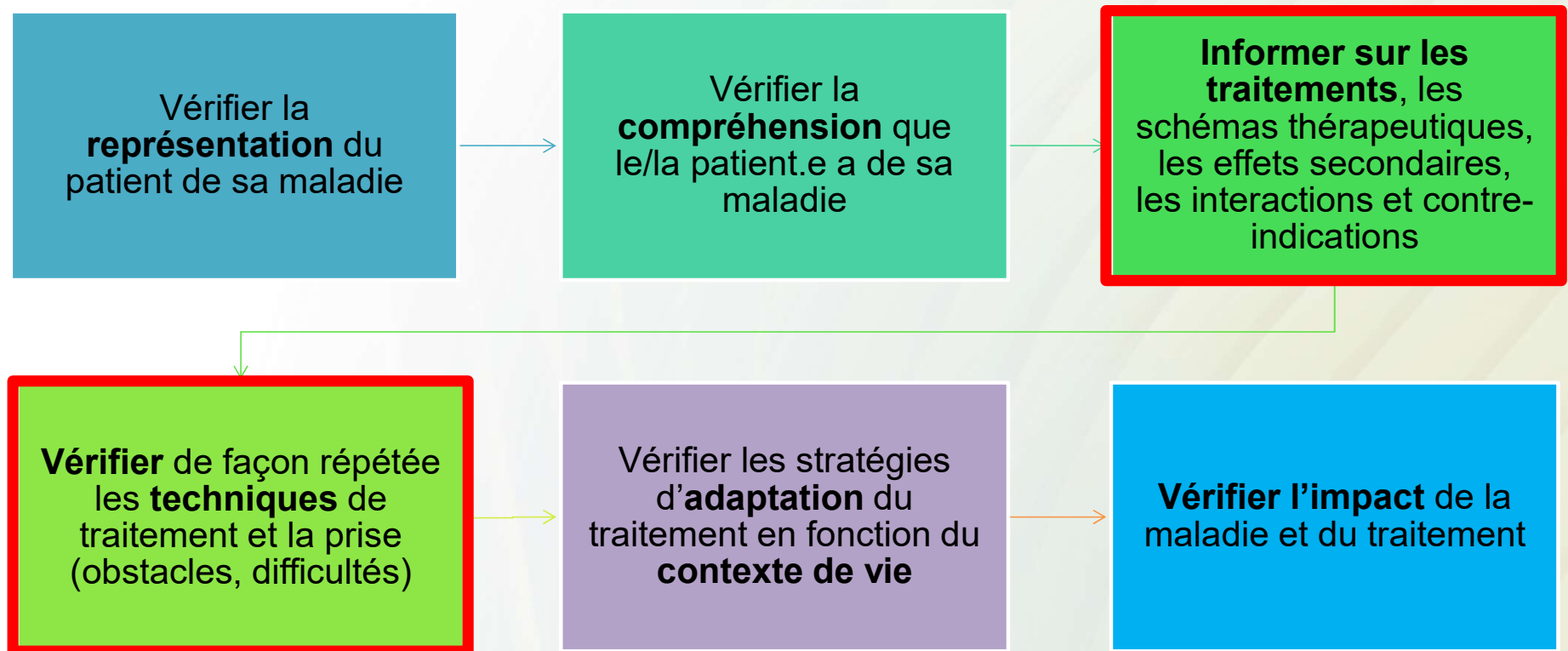
# En pratique

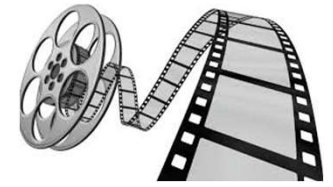
## Pour expliquer un traitement

- Partir des connaissances du/de la **patient-e**
- **Informer** en comblant les données manquantes
- Vérifier l'acquisition des connaissances/compétences par le/la **patient-e**



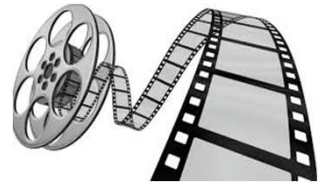
# Education thérapeutique



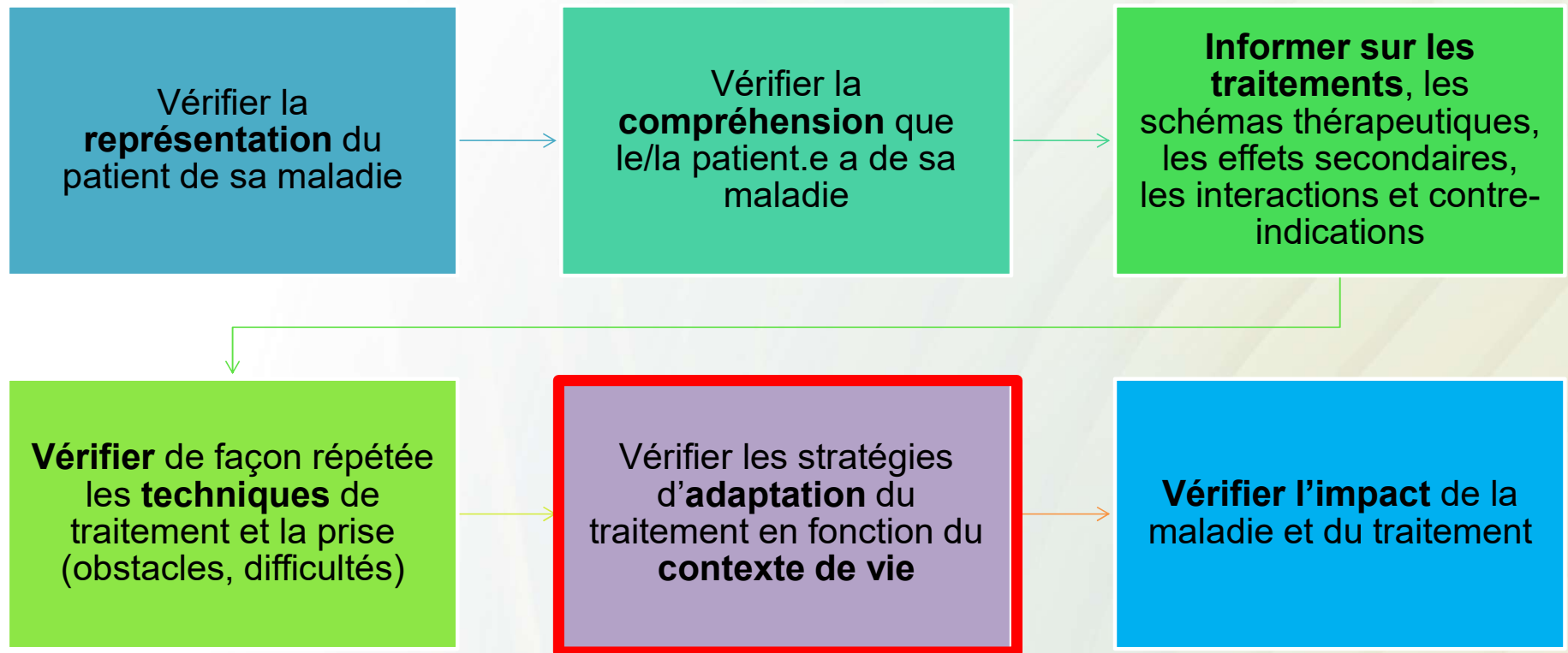


MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

## Vidéo Dr House



# Education thérapeutique

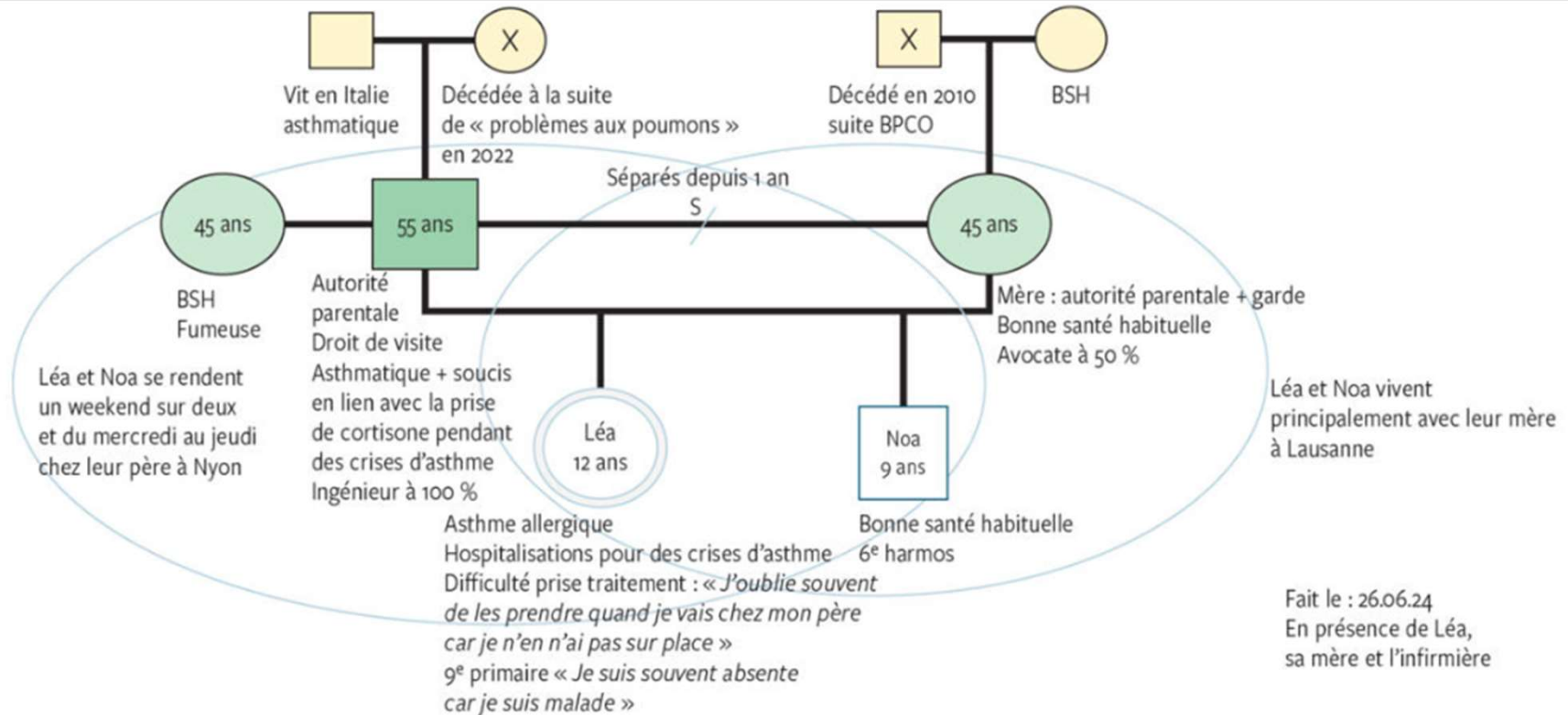


# Léa, 12 ans

## Arrêt de son traitement pour l'asthme



# Génogramme de Léa

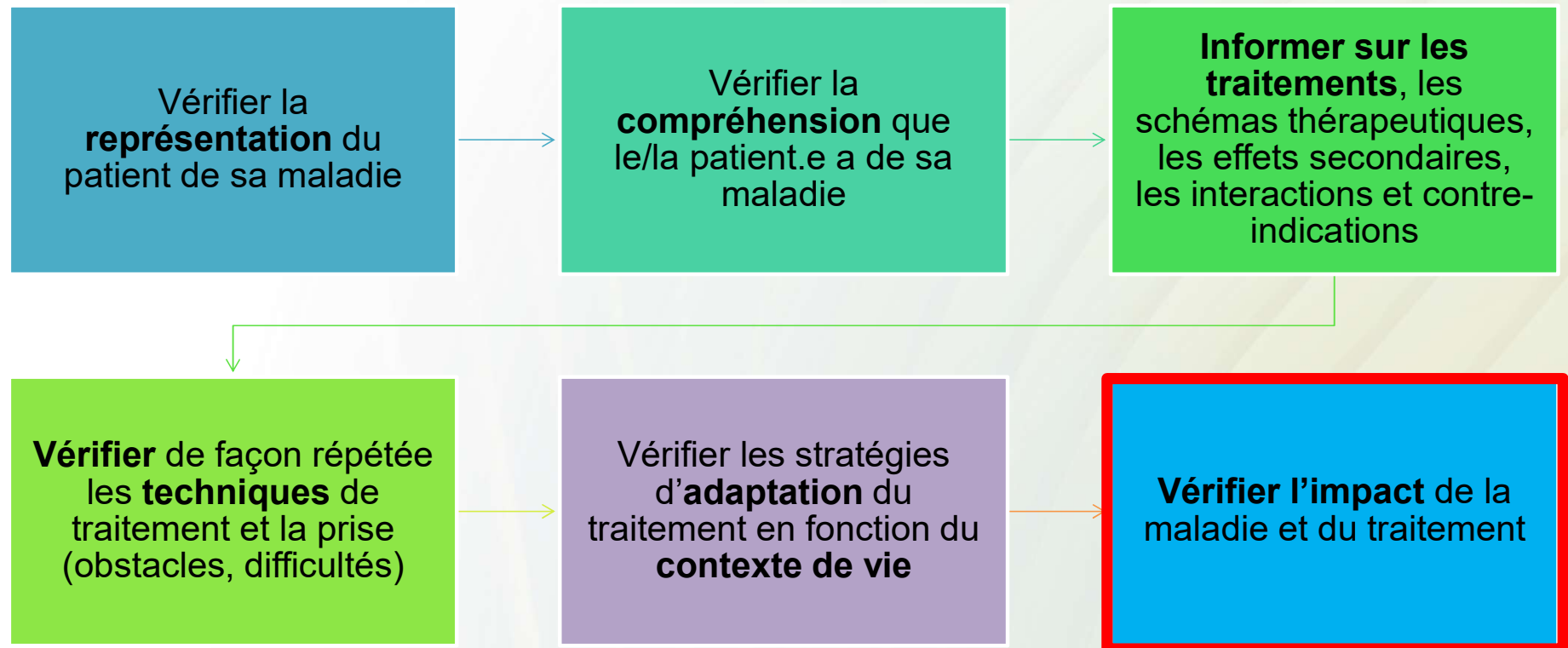


## Convention des droits de l'enfant. Comment soutenir la participation du jeune dans ses soins?

• Laurence Di Benedetto, Lyka Cissé, Ralf Jox, Sarah Depallens  
DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.932.47149

MFE 2 / 2025-2026,  
Dre Martine Bideau

# Education thérapeutique



## Assess and Encourage Adherence During All Asthma Visits

Use effective techniques to promote open communication



Begin each visit by asking about the patient's concerns and goals



Ask specifically about any concerns about medications/treatment



Assess patient's perception of their asthma severity and how well it is controlled



Assess patient's level of social support; encourage family involvement



Assess levels of stress, family disruption, anxiety, and depression associated with asthma and its management



Assess patient's ability to adhere to the written action plan



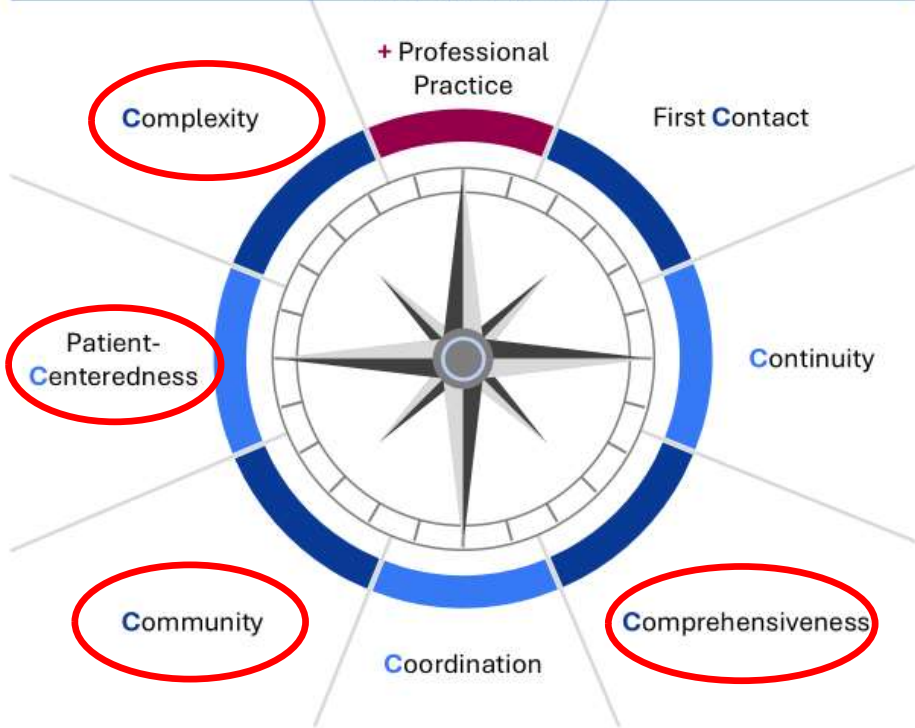
# La communication en fonction du patient et du contexte

- S'adapter à la situation
- Gérer la consultation
- Gérer la relation
- Chercher les informations
- Gérer les émotions de part et d'autre



**Approche centrée sur le patient**

**7C<sup>+</sup>** Fonctions essentielles de la MF dans le système de santé



This work by Eva Pfarrwaller - Centre de médecine de premier recours, adapted from Bazemore & Grunert, is licensed under [CC BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/). Version 2024.

Salle SpeakUp 77118  
Cours MFE 2025-2026



# Conclusions

---

- L'éducation thérapeutique donne les moyens au/à la patient-e de mieux comprendre sa maladie, son traitement et d'adhérer au plan de traitement
- L'éducation thérapeutique nécessite une collaboration entre le/la patient-e et le/la médecin et apporte ainsi une satisfaction bilatérale





# Education thérapeutique et santé planétaire



Quels thèmes peut-on /devrait-on  
aborder avec le patient qui touche  
autant la santé individuelle  
que la santé planétaire?

# Education thérapeutique et santé planétaire: co-bénéfices



	Avantage individuel	Avantage planétaire
Régime pauvre en viande	Diminution du cholestérol, athérosclérose	Diminution de l'utilisation de l'eau, empreinte carbone
Mobilité douce	Augmentation de l'exercice physique (vélo, marche)	Diminution de la pollution
Régime privilégiant production locale de petits producteurs	Produits sains, probablement moins de pesticides ingérés	Moins de transports, moins de pesticides dans les eaux-sols
Moins de consommation de médicaments	Moins d'effets secondaires, moins de coûts	Moins de pollution des eaux, moins de production-consommation d'énergie
Choix judicieux des médicaments	Plus facile à manipuler Moins de déchets	Diminution de l'empreinte carbone
Choix judicieux des examens radiologiques	Moins d'irradiation	Diminution de l'empreinte carbone



## 12 MOIS ACTIONS | POUR LA SANTÉ & L'ENVIRONNEMENT

<b>1</b> JANVIER CONTACT AVEC LA NATURE	<b>2</b> FÉVRIER MOBILITÉ DOUCE	
<b>3</b> MARS QUALITÉ DE L'ALIMENTATION	<b>4</b> AVRIL ÉVITER LES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES INUTILES	
<b>5</b> MAI MOINS D'EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	<b>6</b> JUN DISPOSITIFS MOINS POLLUANTS	<b>7</b> JUILLET ACTIVITÉ PHYSIQUE
<b>8</b> AOÛT IVRS : PRIVILÉGIER LES TRAITEMENTS NATURELS	<b>9</b> SEPTEMBRE DIMINUER LA VIANDE	<b>10</b> OCTOBRE MOINS D'ÉCRANS
<b>11</b> NOVEMBRE RÉDUIRE LES AINS	<b>12</b> DÉCEMBRE PLACE À LA PRÉVENTION	



UNIVERSITÉ DE GENÈVE  
FACULTÉ DE MÉDECINE

REVUE MÉDICALE SUISSE

plante santé



12 MOIS  
12 ACTIONS

# MOBILITÉ ACTIVE

La mobilité active regroupe les modes de déplacement qui utilisent l'énergie humaine comme source d'énergie principale, tels que la marche ou le vélo. En 2011, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a évalué la mobilité de la population mondiale comme insuffisante (20/28% des hommes/femmes adultes, 78/84% des jeunes hommes/femmes de 11-20 ans sont à risque de maladies non transmissibles et de décès prématurés en raison d'une activité insuffisante et passive). L'OMS recommande la mobilité active comme principale stratégie pour contrecarrer ce manque de mobilité, ainsi que pour diminuer les effets secondaires néfastes de la mobilité motorisée, en particulier dans les villes.<sup>1</sup>

**28%** de la population est insuffisamment active ou totalement inactive.<sup>1</sup>

Proportion de mobilité encouragée pour respecter l'environnement



**Réduction de l'obésité, du diabète, des maladies cardiovasculaires et ostéoarticulaires**  
mais aussi de leurs complications.<sup>2,4</sup>



**Réduction des maladies respiratoires**  
La pollution de l'air nuit gravement à la santé, surtout aux deux extrêmes de la vie. Les études montrent que la pratique de la mobilité active, même dans un environnement pollué, apporte un bénéfice supérieur pour la santé.<sup>3,5</sup>



**Réduction du bruit**  
Impact positif sur le stress, les troubles de l'humeur et du sommeil, ainsi que sur le développement cognitif et attentionnel de l'enfant.<sup>3,4</sup>



## Pas d'augmentation des blessures accidentelles

Les études montrent que la pratique régulière de la mobilité active accompagnée de mesures de sécurité (visibilité et port du casque) et soutenue par des infrastructures adaptées réduit le nombre d'accidents et de blessures chez les piétons et les cyclistes.<sup>6,8</sup>



## BÉNÉFICES POUR LA PLANÈTE

### Augmentation des espaces verts et de rencontre, action positive sur la biodiversité

La mobilité active demande 50 à 300 fois moins d'espace public que la voiture individuelle.<sup>9,10</sup> Les parcs, zones piétonnes, pistes cyclables et voies de transports publics apportent un bénéfice net pour les collectivités, mais aussi pour les interactions avec la nature.<sup>11</sup> Une étude montre que le transport fractionné (par ex. : bus + vélo) pour se rendre quotidiennement au travail, même en ne faisant qu'une petite partie du trajet à vélo, réduit le risque de mortalité prématurée de 24 %.<sup>12</sup>

### Réduction de l'émission des gaz à effet de serre

40 % des émissions directes nationales de gaz à effet de serre sont dues aux transports motorisés.<sup>13</sup>  
50 % de nos déplacements font moins de 5 km et 80 % moins de 10-15 km.<sup>14</sup>

## LA PRESCRIPTION VERTE

- Pratiquer la mobilité active au quotidien pour se rendre au travail,
- aux activités extrascolaires, durant les week-ends et pendant les vacances.
- Remplacer autant que possible les trajets en véhicules motorisés par la marche à pied, le vélo ou les transports publics.
- Encourager la création de zones piétonnes et d'infrastructures sécurisées.

### Quand aborder la question de la mobilité durable ?

Notamment en cas de stress, anxiété, dépression, trouble de déficit d'attention (TDA), surpoids/obésité, diabète, syndrome métabolique, hypertension artérielle, sédentarité, maladies respiratoires (bronchites, asthme, BPCO), dysbiose (constipation), infections fréquentes, insuffisance cardiaque, en post-opératoire.



### RÉFÉRENCES

1. World Health Organization (WHO) (2011) Action plan for implementation of the European strategy for the promotion of active living and healthy diets. Geneva, Switzerland.

2. Sallis JF, Frank LD, Saelens B, et al. (2016) The built environment and health: moving from theory to practice. *Journal of the American Medical Association*, 315(12):1249-1257.

3. Wang B, Liang S, Peng Z, et al. (2017) Transport and health: a systematic review of the road to a healthy future. *Lancet*, 2017 Dec 16:1230(10441):1219-1221.

4. Hovind F, Vans den Broek P, et al. (2017) The health economic assessment of a scenario to promote bicycling as active transport in Stockholm, Sweden. *Health Affairs (Millwood)*, 36(12):e353-360.

5. Gellera G, et al. (2017) Active commuting and incidence of cardiovascular disease, cancer, and mortality: prospective cohort study. *BMJ*, 2017 Apr 14:374:g1.

6. Office fédéral de la santé publique (2016) L'impact sur l'environnement. 2016. 100 p.

Illustration: Agence Les Deux Coudes | Texte: Virginie Chauvancher et Jean-Yves Cougnot



# Questions?

---



**Moodle**

<https://moodle.unige.ch/course/view.php?id=11322>

# MÉDECINE DE FAMILLE ET DE L'ENFANCE



**IUMFE** | Institut universitaire de médecine de famille et de l'enfance

Université de Genève | Faculté de médecine - CMU

1, Rue Michel-Servet -1211 Genève 4

☎ 022 379 57 14 | ✉ [iumfe@unige.ch](mailto:iumfe@unige.ch)