

Journée SSMG

par le Dr Elide Montesi • Médecin généraliste • 5060 Sambreville

La légitimité de la prévention

Gembloux, 1^{er} décembre 2007

La prévention en médecine générale

Il existe **huit priorités de prévention en MG** : le cancer du sein, le cancer du col, le cancer colo-rectal, le tabagisme, le risque cardio-vasculaire global, les vaccinations, les maladies sexuellement transmissibles, l'alcool et autres assuétudes. Intégrer la prévention en démarche curative est l'approche la plus réaliste en médecine générale. Le patient ne vient pas avec une demande de prévention, il attend que le médecin fasse la démarche. Il ne faut donc pas craindre d'**oser la proposer**. L'approche préventive commence avant la rencontre et se réalise aussi après la rencontre : gestion du dossier, échéanciers, convocations ou invitations aux patients. Pour chaque patient rencontré, le point doit être réalisé en prévention au sujet des priorités citées en tenant compte aussi des souhaits et des demandes du patient. Les **antécédents familiaux** sont des éléments importants dans une démarche préventive de qualité.

La prévention nécessite tout un processus d'organisation pour le médecin. Elle implique aussi de **se former et s'informer** pour être au clair avec des recommandations souvent mouvantes et parfois contradictoires. L'important n'est cependant pas de tout connaître, tout retenir mais de savoir où s'informer et de pouvoir disposer de **références accessibles**.

D'après l'exposé du Dr Jean LAPERCHE, médecin généraliste,, Barvaux S/Ourthe

Rester en bonne santé : une raison de vivre ?

La notion de médecine préventive dans sa conception actuelle est récente. Pendant longtemps, elle a consisté en conseils de prudence et, plus tard, en consignes de prophylaxie. Progressivement, la part

curative de la médecine a été transférée aux hôpitaux. La médecine de famille, en première ligne, s'est fait davantage agent de prévention, en concurrence avec son rôle en tant qu'agent de guérison. **L'objectif de la prévention est une « vie bonne » physique et psychique.** Ce souhait est celui d'une population riche dont l'espérance de vie a considérablement augmenté au cours des derniers siècles. De plus en plus de dispositifs médicaux sont consacrés à la prévention, au dépistage... Dans notre société vieillissante, le souci accordé au corps devient primordial. La demande médicale est double : de réparation et de maintenance de l'apparence ainsi que de prévention avec une exigence croissante d'efficacité.

Au cours de l'histoire de la médecine, suite aux modifications des conditions de vie mais aussi à des phénomènes de mode, des maladies disparaissent, d'autres apparaissent (diabète, obésité), d'autres encore sont inventées. L'industrie pharmaceutique joue un rôle non négligeable dans l'apparition ou le développement de maladies ignorées avant l'existence de molécules pour les soigner (troubles érectiles, dépression, ménopause...).

Le médecin doit garder en mémoire et rappeler aux patients les limites de son efficacité : la médecine ne pourra jamais tout guérir. Elle n'empêchera jamais la mort : tout au plus fait-elle son possible pour que les gens meurent en bonne santé (sic).

On doit mettre des limites à la prévention. Il convient de respecter un espace où on doit laisser les patients en paix. Dans une société démocratique, on ne peut imposer aux gens un même type de mode de vie défini par certains experts. Prévenir, conseiller, mais jamais obliger et les patients qui n'ont pas suivi ces conseils ont le même droit aux soins que les autres. La prévention n'est légitime que si elle respecte la liberté de chaque individu et le droit élémentaire et fondamental de l'accès aux soins pour tous quel que soit leur comportement.

D'après l'exposé du Pr Claude JAVAUX, professeur émérite de sociologie de l'U.L.B.

Cancer du sein

Faut-il dépister le cancer du sein ?

Entre 50 et 69 ans, l'efficacité du dépistage en terme de mortalité par cancer du sein est prouvée. La mammographie est l'examen de premier choix, la numérisation augmente encore la qualité des images avec meilleur contrôle de la qualité et transfert d'image. En Communauté française, le dépistage organisé gratuit par « Mammotest » prévoit une invitation des patientes de cette tranche d'âge tous les deux ans, une deuxième lecture, un contrôle de qualité et l'enregistrement des données globales et individuelles. Les examens complémentaires doivent rester complémentaires. L'efficacité du mammotest nécessite d'augmenter la couverture à 60 % de cette population.

Faut-il dépister avant l'âge de 50 ans ?

L'incidence du cancer du sein est faible avant 35 ans, augmente entre 35 et 55 ans. 25 % des cancers surviennent avant l'âge de 50 ans avec une incidence plus élevée entre 45 et 49 ans. Il n'existe cependant actuellement aucune preuve en faveur d'un dépistage systématique. Le dépistage a une efficacité moindre dans cette tranche d'âge en raison de l'incidence plus faible. Les caractéristiques des tumeurs sont différentes, l'évolution serait plus rapide à cet âge et la sensibilité de la mammographie est moindre. Il y a donc plus de faux positifs et faux négatifs, plus de surdiagnostic et de surtraitement et un rapport coût/efficacité moins favorable. Il n'existe pas de recommandation officielle à l'heure actuelle pour cette tranche d'âge. La situation est à juger au cas par cas avec les patientes sensibilisées.

L'échographie systématique pour l'examen des seins denses n'est pas validée en terme de dépistage. L'IRM a une sensibilité élevée et donc donne de nombreux faux positifs. On l'envisage pour les femmes à risque héréditaire de cancer du sein avec altération génomique prouvée. Les femmes avec prédisposition génétique au cancer du sein sont aussi plus sensibles aux cancers radioinduits.

D'après l'exposé du Pr André GRIVEGNEE, ULg

Dépistage du cancer colo-rectal

Le cancer colo-rectal (CCR) augmente dès l'âge de 50 ans et il y a un doublement d'incidence à chaque nouvelle décennie. Il s'agit de la 3^e cause de décès par cancer qui tue 50% des patients atteints. Sur 1000 adénomes colorectaux, 25 évolueront en cancer. 90% des cas surviennent après l'âge de 50 ans. 50 à 75% des patients avec maladie avancée vont développer des métastases hépatiques. 15 à 25% des patients ont des métastases hépatiques au moment du diagnostic. 20 à 35% des patients ont des métastases hépatiques uniquement.

La détection et la résection des polypes diminuent l'incidence de la maladie. Les patients de plus de 50 ans, asymptomatiques et sans antécédents familiaux de CCR sont considérés comme à risque moyen (< 5%).

L'anamnèse familiale est essentielle pour la sélection des patients à risques.

Le risque élevé est formé par les patients avec des parents au premier degré atteints d'un CCR, des antécédents personnels d'adénome ou de CCR, ou des patients porteurs de RCUH ou de maladie de Crohn. Pour les patients à risque élevé, l'examen de choix de dépistage est la colonoscopie classique. En cas de parents au premier degré atteints de CCR, la première colonoscopie sera réalisée 10 ans avant l'âge du parent atteint, au plus tard à 40 ans, puis tous les 5 à 10 ans. Pour les patients atteints de RCUH ou Crohn: Coloscopie tous les un à deux ans après plus de 10 ans d'évolution si atteinte au delà du rectum (RCUH) ou > 1/3 du colon (Crohn). Des recommandations spécifiques existent pour les patients à risque très élevé (Syndrome de Lynch et polyposse adénomateuse familiale). Les patients à risque moyen doivent bénéficier d'un dépistage de masse. Pour ces patients, l'hémocult réalisé tous les deux ans est le seul test validé acceptable (VPP 40% et Spécificité de 96%) pour un dépistage de masse. La population testée positive par hémocult doit être soumise à une colonoscopie qui est le golden standard par rapport à toutes les techniques (coloscopie virtuelle, gelule colique, DNA testing). La colonoscopie est diagnostique et thérapeutique puisqu'elle permet la résection du polype. Elle nécessite une préparation optimale.

Un dépistage systématique par colonoscopie rencontre un problème de compliance car moins acceptable par la population. Un programme de dépistage basé sur l'Hémocult pour les groupes à risque moyen va être mis sur pied en Communauté française: invitation des patients à se

rendre chez le MG par un centre de référence, identification des patients et sélection du risque par le MG, réalisation des hémocults par les patients, transmission de ceux-ci à un centre de référence. Le centre de référence transmettra les résultats au médecin généraliste.

D'après l'exposé des Dr Marc POLUS et Nathalie SCHOOF, gastroentérologues (Hopital Erasme, Bruxelles)

Prévention des assuétudes

Quelques préjugés et idées fausses sont à éliminer pour aborder le problème posé par la prévention des assuétudes. L'assuétude n'est pas une maladie, il n'existe pas de remède anti-assuétude, il n'existe pas d'information idéale pour prévenir l'assuétude et il n'existe pas d'enseignement d'un comportement idéal face à l'assuétude.

L'assuétude est la réponse apportée par un individu à certains besoins dans un contexte spécifique de sa vie. Il faut être attentif à toutes les situations de vulnérabilité. La dépendance est le fruit de la rencontre d'un produit, d'un vécu et d'un contexte.

Le risque de dépendance augmente inversement avec l'âge de la première consommation qui a nettement diminué au cours des dernières années. Aborder les assuétudes sous l'aspect du «Ne pas prendre de risques» n'est pas un modèle passionnant pour les adolescents. Plus que des dangers, il faut parler du plaisir et aider les adolescents à se construire une liberté psychique pour se sentir maître de leur vécu. L'approche doit être positive et globale en insistant sur le maintien d'une liberté psychique et en permettant aux adolescents de s'exprimer dans un contexte ni moralisant ni culpabilisant et le respect de la confidentialité.

La prévention est l'art de s'adapter pour affronter le monde tel qu'il est. Plus qu'une approche sanitaire des assuétudes avec les adolescents, il faut une approche solidaire, en créant des alliances et une pérennité relationnelle. Le MG à ce titre peut jouer un rôle non comme expert mais comme référent extrafamilial tant pour l'adolescent que pour soutenir les familles.

Écouter, accueillir, accompagner, comprendre les enjeux, anticiper le sujet, dédramatiser, stimuler et être crédible, voilà les verbes à conjuguer pour prévenir les assuétudes en sachant qu'il n'y a pas de traitement standard et surtout que nous MG ne sommes pas seuls et qu'il existe des structures et des référents pour nous aider.

D'après les exposés de Mme Diane DRORY, psychologue et M. Philippe BASTIN (Infor drogue) (www.infordroge.be • 02 227 52 52)

Prévention vue par le patient

Le patient ressent le besoin et la nécessité de la prévention et il attend que le médecin en parle. Le médecin généraliste reste de ce point de vue l'interlocuteur le plus important pour les patients. Mais les patients regrettent les messages contradictoires (comme par exemple autour du mammoth pas toujours compris).

Lorsqu'un dépistage est réalisé, l'attente des résultats constitue un moment d'angoisse important. L'annonce du résultat d'un test est un moment particulier dans la vie d'une personne car de ce résultat dépend la suite de la vie du patient. Un résultat doit être annoncé même lorsqu'il est négatif car il est important de mettre une fin à l'attente du patient.

D'après M^{me} Micky FIERENS, Ligue des utilisateurs de soins de santé (LUSS)

Prévention vue par un avocat

D'un point de vue juridique, la relation thérapeutique a évolué d'un modèle asymétrique où le médecin était seul juge de l'intérêt du patient à un modèle où le patient retrouve le droit de disposer de lui-même et où sa liberté de choisir est respectée. Toutefois, la loi sur les droits du patients n'est pas exempte d'ambiguïtés. Le médecin doit respecter la volonté du patient mais s'il guérit contre son gré un patient qui ne souhaitait pas de soins, il n'y a pas de sanctions prévues pour n'avoir pas respecté le choix du patient, s'il n'y a pas eu de faute commise dans l'exercice de l'art de guérir...

Par ailleurs, on consacre en même temps le droit d'être informé, le droit à ne pas l'être et le devoir de ne pas informer... Rendre un individu souverain c'est le responsabiliser. Mais la notion de patient libre et souverain cadre mal avec l'idée d'un patient qui en confiant son corps et sa santé aux mains d'un médecin «s'infantilise» en lui confiant la responsabilité de sa santé. Le modèle actuel reste toujours paternaliste. Un exemple frappant est celui de la loi sur l'euthanasie où il appartient in fine au(x) médecin(s) de décider si les conditions pour une euthanasie sont respectées. Le médecin garde donc ainsi toujours le dernier mot par rapport au choix du patient.

Par ailleurs, la liberté de choix en termes de prévention s'accompagne de contraintes et peut aboutir à la stigmatisation de l'individu pour son choix.

D'après Maître Bruno DAILLIEZ, avocat.

Ni vieillesse, ni douleur, ni mort, l'obsession de la santé parfaite est devenue un facteur pathogène prédominant dans nos sociétés occidentales, oubliant ainsi qu'un tel dégoût de l'art de souffrir est la négation même de la condition humaine.

(Ivan Illitch, 1975, Némésis médicale).