

Nouvelles des Congrès

par les Drs Luc Pineux, médecin généraliste, 6850 Offagne •
Marielle Schuster, médecin généraliste, 6840 Hamipré

21^e Colloque des Ardennes

(La Prévention nous invite: de la théorie à la réalité)

Libramont, le 11 octobre 2008

Dépistage du cancer colo-rectal

Les recommandations formulées en 2007 par le centre fédéral d'expertise (KCE) et par la Communauté Européenne précisent que le dépistage du cancer colo-rectal est indiqué chez les patients à risque moyen, c'est-à-dire asymptomatique et sans antécédents familiaux, à partir de 50 ans. Pour un tel dépistage de masse, le test de recherche de sang occulte dans les selles (test FOBT) est retenu. Les personnes présentant des symptômes ou ayant des antécédents personnels ou familiaux doivent quant à elles, faire l'objet d'un suivi spécifique. Le dépistage du cancer colorectal réunit les conditions indispensables pour un tel programme de dépistage:

- Fréquent: 7000 nouveaux cas/an
- Grave
- Lésion pré-clinique identifiable (Polype)
- Curable à un stade précoce
- Méthode(s) de dépistage disponible(s) et acceptable(s)

La recherche de saignement occulte dans les selles a démontré son efficacité pour le dépistage du cancer colorectal. Il possède une positivité de 1 à 2%. Sa sensibilité est de 50% pour la détection de cancer et de 30% pour les adénomes. Il est acceptable vu l'histoire naturelle des polypes si le test est répété à intervalles réguliers (tous les 2 ans).

Le risque de lésion si le test est positif (VPP) est de 10% pour un cancer et de 30% pour un adénome.

La recherche de sang occulte dans les selles s'adresse aux sujets à risque moyen de la population générale, dès l'âge de 50 ans:

- 1 x/2 ans, 3 selles consécutives.
- Acceptable
- Simple et peu coûteux
- Sans danger

Il n'est jamais indiqué en cas de symptômes digestifs (rectorragies, modification

du transit, diarrhées, douleurs abdominales, anémie, perte pondérale...) et certainement pas indiqué pour les groupes à risque élevé et très élevé.

Le médecin généraliste est la pierre angulaire de ce dépistage qui devrait débuter en mars 2009. En effet, lors de la consultation, le médecin généraliste évaluera le risque du patient, en informera le patient et présentera le test Hemoccult si risque moyen (Hemoccult et matériel d'information mis à disposition du médecin généraliste).

D'après l'exposé du Dr Marc POLUS (CHU du Sart-Tilman):
«Présentation du programme de dépistage du cancer colorectal».

Mammotest

Les orateurs nous ont exposés les objectifs de cette campagne de dépistage du cancer du sein, en précisant qu'elle est bien adaptée aux systèmes de santé "décentralisés", qu'elle remplit les critères de qualité et d'efficacité européens.

Ce programme de dépistage du cancer du sein est suivi par un comité «médecins traitants» qui a pour objectif de répercuter ce qu'ils ont à dire aux responsables du programme... non pas pour détruire cette initiative mais bien pour la faire évoluer dans le bon sens... dans le sens d'une démarche bénéfique pour la santé de toutes... et de tous!

Mais aussi de relancer l'intérêt des médecins généralistes pour le programme. C'est pourquoi une enquête a eu lieu en septembre 2008 et les résultats montrent qu'il faut:

- remettre le généraliste au centre du programme;
- fournir de solides arguments scientifiques;
- envoyer une copie de la lettre d'invitation au généraliste;
- favoriser la transmission électronique des résultats;
- centraliser tous les examens effectués (mammoweb);

- fournir un vrai protocole descriptif des résultats;
 - associer une campagne médiatique au travail des généralistes;
 - surtout convaincre les gynécologues.
- Sur ce dernier point, une question posée par un participant à la fin de l'exposé démontre à quel point ce dépistage est très mal compris: pourquoi les gynécologues continuent à prescrire des bilans sénologiques alors que le mammoth a prouvé une qualité supérieure???

D'après l'exposé des Drs Jean-Benoît BURRION (Institut Jules Bordet, Bruxelles) et Pascale JONCKHEER (IMP, SSMG): «Le mammoth: stop ou encore! Sondage chez les généralistes».

Examen de non contre-indication à la pratique du sport

Une commission au sein de la Communauté française réfléchit en ce moment sur un règlement médical type, assez général, applicable à la majorité des fédérations, avec la possibilité d'adapter ce règlement à la demande de chaque fédération qui le souhaiterait. Le règlement doit définir les modalités de l'examen de non contre-indication et prévoir des règlements spécifiques pour les fédérations de sports «à risque particulier».

En ce qui concerne l'examen de non contre-indication, les travaux de la commission a permis de dégager des principes généraux:

- Il ne doit pas être systématique chez tous les sportifs (en fonction du niveau de risque associé à la pratique).
- Place centrale du «médecin de famille» pour les sportifs récréatifs, passage obligé par le «médecin du sport» pour le sportif compétitif.
- Contenu variable en fonction du niveau de risque: une partie obligatoire et une partie facultative.

Pour cela, des groupes de sportifs ont été constitués en fonction du risque.

Aux sportifs, clubs ou fédérations à déterminer ce niveau de risque.

- GROUPE 1: sportifs à risque faible. (≤ 40 ans et ≤ 3 h par semaine)
- GROUPE 2: sportifs à risque modéré (> 40 ans et 3 à 6 h par semaine)
- GROUPE 3: sportifs à risque plus élevé (> 6 h par semaine et compétitions)
- GROUPE 4: sportifs atteints d'une maladie, d'un handicap
- GROUPE 5: sportifs à risque «particulier» (plongée, boxe, etc.)

La place du médecin de famille sera pour les patients des groupes 1, 2 et 4. L'examen de non contre-indication comprendra une anamnèse fouillée, une biométrie, au moins un ECG, une auscultation cardio-pulmonaire, un examen abdominale et orthopédique.

Pour les groupes 3 et 5, le médecin sportif axera son anamnèse et son examen clinique sur des problèmes particuliers (nutrition, accidents et surcharges du système locomoteur, psychologie du sport, intolérance à la chaleur, troubles du cycle menstruel, dopage, etc.).

D'après l'exposé du Dr Henri NIELENS (UCL St-Luc, Bruxelles): «Certificat d'aptitude sportive: certificat de couloir?».

Prévention et médecine générale

Rappelons les 4 types de prévention:

- **Primaire:** action menée pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé chez un individu ou dans une population avant son apparition (diminution de l'incidence);
- **Secondaire:** action menée pour prévenir le développement d'un problème de santé à partir d'un stade précoce chez un individu ou dans une population, en améliorant son évolution (morbidité) et sa durée (mortalité) (diminution de la prévalence);
- **Tertiaire:** action menée pour diminuer les conséquences et la prévalence d'un problème de santé chronique chez un individu ou dans une population, en minimisant ses complications aiguës ou chroniques;
- **Quaternaire:** action menée pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures acceptables.

Pour le médecin généraliste, voici les préventions primaires et secondaires qui ont fait leurs preuves EBM:

Anamnèse et examen clinique (prise de la TA, poids et taille) tous les 3-5 ans à partir de 40-45 ans (mise en évidence des facteurs de risque et éducation à la santé);

Mammographie (tous les 2 ans, femmes de 50-69 ans); Frottis de col (tous les 2-5 ans, femmes à partir de 25 ans ou dès 1ers RS); Vaccin anti-grippe & pneumocoques à partir de 65 ans; Vaccin diphtérie/tétanos tous les 10 ans; Glycémie tous les 3 ans à partir de 65 (45?) ans; Cholestérol et risque cardio-vasculaire global tous les 3-5 ans chez tous les sujets de 30 à 75 ans; Dépistage du cancer colorectal à partir de 50 ans; Dépistage du déficit visuel (test de Snellen) et auditif (interrogatoire) à partir de 65 ans; Microspirométrie chez fumeurs à partir de 50 ans; Densitométrie osseuse chez femme > 65 ans; TSH chez les femmes tous les 5 ans à partir de 60 ans.

D'après l'exposé du Professeur Michel ROLAND (CUMG - ULB): «L'approche horizontale en médecine générale».

La pensée préventive

Plusieurs obstacles peuvent être relevés concernant notre pratique réelle de prévention:

- **obstacle venant du patient:** il n'est pas toujours prêt à entendre notre message car ce dernier peut lui demander une modification de son mode de fonctionnement, de son mode de vie.;
- **obstacle venant du médecin:** manque de temps, manque de reconnaissance de l'acte de prévention;
- **obstacle venant des autorités:** ressources limitées.

Dans plusieurs pays, comme au Canada par exemple, un document de «Bilan Santé de l'Adulte» est réalisé et remis au patient pour qu'il sache ce qu'il est bon de réaliser de manière préventive en fonction de l'âge.

D'après l'exposé du Dr Anne HERMANS (UCL): «La pensée préventive et le généraliste».

La prévention non-merci

L'orateur propose, pour chaque patient rencontré, de faire son bilan de prévention. Où en sont les vaccins? les programmes de dépistage régionaux? assuétudes? demandes et attentes du patient?.. Dans la pratique, cela demande du temps, une surcharge administrative et cela sans une rémunération particulière.

Par rapport au patient, celui-ci n'est peut-être pas en demande d'une telle attitude. Jusqu'où va le respect de la vie privée? N'a-t-on pas peur que cette attitude soit interprétée comme une forme de «racolage»? En 2008, nous pouvons dire que:

- les patients attendent des propositions de santé de leur médecin;
- les patients sont demandeurs d'une prise en charge globale de leur santé;
- seuls les généralistes peuvent assurer cette prise en charge globale et au fil des ans.

Et encore:

- la parole du médecin et ses conseils ont de l'importance pour les patients, même s'ils ne savent pas en tenir compte tout de suite;
- les patients contactés pour des actions préventives les apprécient et en redemandent.

Et ce n'est pas tout. Seules les actions dont l'efficacité est prouvée sont retenues comme prioritaires: mammoth, vaccins, frottis de col, hémocult, tabac, alcool... Des lettres de rappel d'examen de prévention sont autorisées par l'ordre des médecins (dans le cadre du DMG), à nous de les utiliser.

D'après l'exposé du Dr Jean LAPERCHE (CAMG - UCL): «La prévention, non merci. Les obstacles à la prévention en médecine générale: les connaître pour les dépasser».

L'illusion de la prévention

Sur quoi se base la prévention?

La prévention se base sur une «illusion». L'illusion qu'un monde sans maladie, sans accident, sans problème puisse exister.

A-t-on le droit, en tant que thérapeute, d'influencer les choix de nos patients? Tout cela n'est-il pas une vision qui dépend de notre société?

La médecine n'exerce-t-elle pas une forme de mercantilisme? Ne parle-t-on pas de «capital santé»? ou d'investissement pour une santé futur? L'emploi de termes issus de l'économie n'est certainement pas un hasard.

Apprenons à relativiser les situations et à les évaluer en fonction de leur contexte.

D'après l'exposé du Prof Jean-Michel LONGNEAU (philosophe, Facultés de Namur): «Recadrer la médecine dans la vie ou l'illusion de la prévention?».

«Il faut améliorer l'estime que nous portons à notre propre discipline et aux fonctions essentielles qu'elle assure.»

Pr D. GIET