

La prévention au cœur de la multi et de l'interdisciplinarité

Pauline Gérard¹, Audrey Goffaux²

Relecteurs : les Drs Audrey Bonnelance³ et Thomas Orban⁴

Prevention at the heart of multidisciplinary and interdisciplinarity

The third edition of the RESUMES non-profit symposium took place on Saturday, January 18, 2025. No fewer than 300 participants from over 36 different medical and paramedical disciplines gathered around a common theme: prevention. Yves Coppieters, the Minister of Health for Wallonia and the Wallonia-Brussels Federation, was among the attendees. He was invited by RESUMES and delivered a speech on the importance of prevention in public health. He emphasized the government's commitment to enhancing preventive measures and ensuring access to healthier living environments and healthcare services.

KEYWORDS

Prevention, interdisciplinarity, multidisciplinary, public health

Samedi 18 janvier 2025 s'est tenu la troisième édition du symposium de l'asbl RESUMES. Cette année, ce ne sont pas moins de 300 participants de plus de 36 disciplines médicales et paramédicales différentes qui se sont rassemblés autour d'un thème commun : la prévention. Parmi les participants, le ministre de la Santé de la Wallonie et de la Fédération Wallonie-Bruxelles Yves Coppieters a été invité par RESUMES et a fait une intervention sur l'importance de la prévention dans le champ de la santé publique. Il insiste sur le souhait gouvernemental de placer le curseur plus haut en matière de prévention, assurer l'accès à des cadres de vie plus sain d'une part, et à des soins de santé d'autre part.

LA MÉDECINE GÉNÉRALE : ACTRICE PRINCIPALE DE LA PRÉVENTION GLOBALE

Pour commencer ce tour de table en matière de prévention, quoi de mieux que la médecine générale, expert de la prévention tout terrain et tout horizon. Le Dr Audrey Bonnelance (médecin généraliste) émet le souhait d'une consultation annuelle préventive de 30-45 minutes, gratuite pour le patient, permettant de parcourir les 10 items de préventions : déprescription, dépistage de MST et de cancer, vaccination, activité physique, addiction, la santé mentale, la santé au travail, les soins dentaires et l'alimentation. Cette consultation offrirait un meilleur remboursement pour les soins du patient durant l'année qui suit, comme on le voit déjà chez le dentiste.

LA PRÉVENTION DENTAIRE : UNE PRIORITÉ PÉDIATRIQUE

En parlant de dentiste, Virginie Pauwels (dentiste pédiatrique) nous rappelle l'importance des soins dentaires dès le plus jeune âge. La carie est la maladie non transmissible la plus fréquente dans le monde, touchant 22% des enfants de moins de trois ans et 41% des enfants de moins de 5 ans (1). Sachant qu'une carie est en fait la porte d'entrée vers des maladies parodontales, des malocclusions ou même d'autres pathologies plus graves, sa prise en charge précoce est essentielle, avant même l'apparition de la première dent ! Cette consultation précoce permet de donner des conseils de brossage, d'alimentation et de succion. Cela permet également de dépister et de prendre en charge rapidement, pas que les caries mais également les malformations et malocclusions.

Parmi les conseils essentiels à transmettre à ces petits patients, et surtout à leurs parents, on retrouve le brossage de dents deux fois par jours avec du dentifrice fluoré minimum 1000ppm (2), la diminution de l'apport en sucre libre à moins de 10% (OMS, 2015) ainsi que l'arrêts de la succion vers 2-3 ans (3).

L'ÉQUILIBRE ALIMENTAIRE ET LE RÔLE DES DIÉTÉTICIENS

L'apport en sucre n'intéresse pas que le dentiste, mais également les diététiciens. Viridiana Grillo et Stéphanie Tylleman (diététiciennes) nous rappellent qu'il n'y a pas de mauvais ou de bon aliment, que le principal est de trouver son équilibre alimentaire basé sur trois piliers : quantité, qualité, transformation des aliments. Pour s'aider dans cette quête d'équilibre, l'épi alimentaire est un outil clé, basé sur cinq priorités alimentaires préventives.

Parmi ces cinq axes de travail, nous retrouvons en première position l'importance de consommer au moins 125g de produits céréaliers complets, suivi par l'apport journalier en fruits (250g) et légumes (au moins 300g par jour). Nous y voyons également l'importance des légumineuses au moins une fois par semaine, ainsi qu'une petite poignée de fruits à coque et graines par jour.

Cet épi alimentaire a sa place dans la prévention de certains cancers, comme le cancer colorectal, dont le risque diminue avec un bon apport en fibres (minimum 10g de fibres et consommer au moins 2x/semaine des légumes secs, prendre au moins un produit céréalier complet par jour, cinq fruits et légumes par jour) (4). Il est également conseillé de diminuer sa consommation d'alcool et de viandes rouges. Les produits laitiers quant à eux, jouent un rôle protecteur à raison de deux à trois portions par jour.

FIGURE 1. ÉPI ALIMENTAIRE CRÉÉ PAR FOOD IN ACTION ET LA HE VINCI SUR BASE DES RECOMMANDATIONS DU CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ (5)



PHARMACOTHÉRAPIES DANS LA PRÉVENTION DE L'OBÉSITÉ

En parallèle aux adaptations alimentaires, certains médicaments peuvent être utilisés dans le cadre du traitement de l'obésité et du diabète de type 2, permettant de prévenir l'apparition de nombreuses complications. Le Mounjaro (Tirzépate) en fait partie. Cet agoniste du GLP1 et du récepteur GIP offre une efficacité importante, permettant une perte de poids de 13% du poids initial en 40 semaines en association avec un coaching diététique et physique (6). Le Dr Verdickt (endocrinologue) conseille d'utiliser le score EOSS afin de déterminer quels patients obèses pourraient en bénéficier, proposant un traitement en cas de score égal ou supérieur à 2.

ADDICTIONS : RESPONSABILITÉ PARTAGÉE ET REPÉRAGE PRÉCOCE

Dans cette consultation de prévention annuelle, il sera également essentiel d'aborder la question du tabac,

de l'alcool, des dépendances... Le Dr Thomas Orban (médecin généraliste - addictologue) insiste sur l'importance de ne pas réserver la question de l'addictologie aux addictologues. Cette question doit se retrouver dans toutes les disciplines !

Dès le plus jeune âge, la prévention débute par l'information sur les substances et leurs dangers, afin d'éviter que le patient n'entre en contact avec le produit. Si le contact a lieu, il faudra alors rester vigilant à l'apparition de comportements à risque pouvant évoluer vers l'addiction. Cela nécessite de poser la question et d'être précis. Ce dépistage précoce permet d'éviter l'apparition de problèmes de santé chroniques ou une aggravation de la situation.

Lorsque le patient atteint un usage nocif du produit, on essaiera d'éviter les complications, d'encourager l'abstinence et d'éviter une rechute.

À chaque étape, il est important de communiquer avec le patient, de le responsabiliser. L'entretien motivationnel est d'une grande aide pour ce type de consultations. On peut également utiliser la méthode FRAMES :

FIGURE 2. PYRAMIDE DU RISQUE

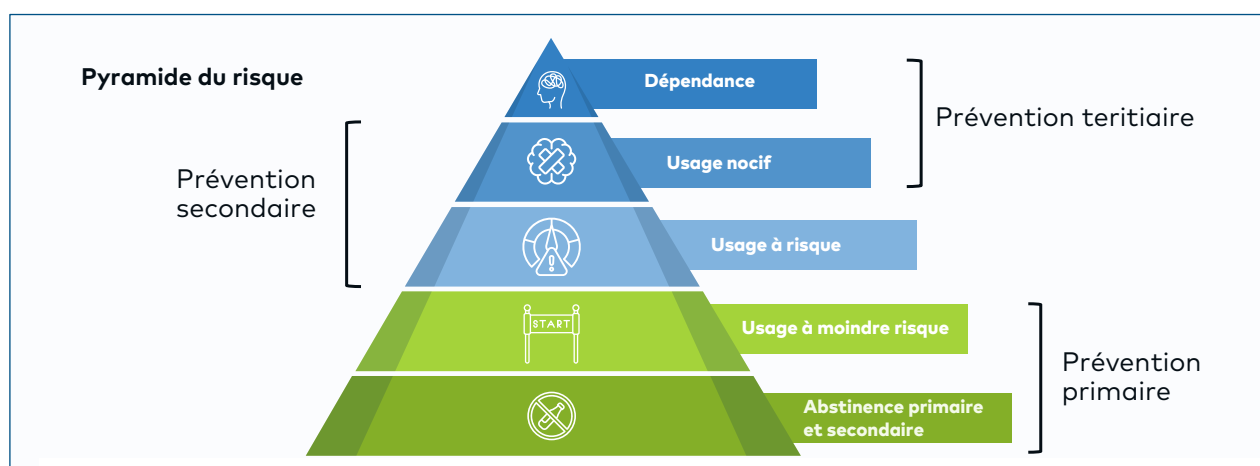
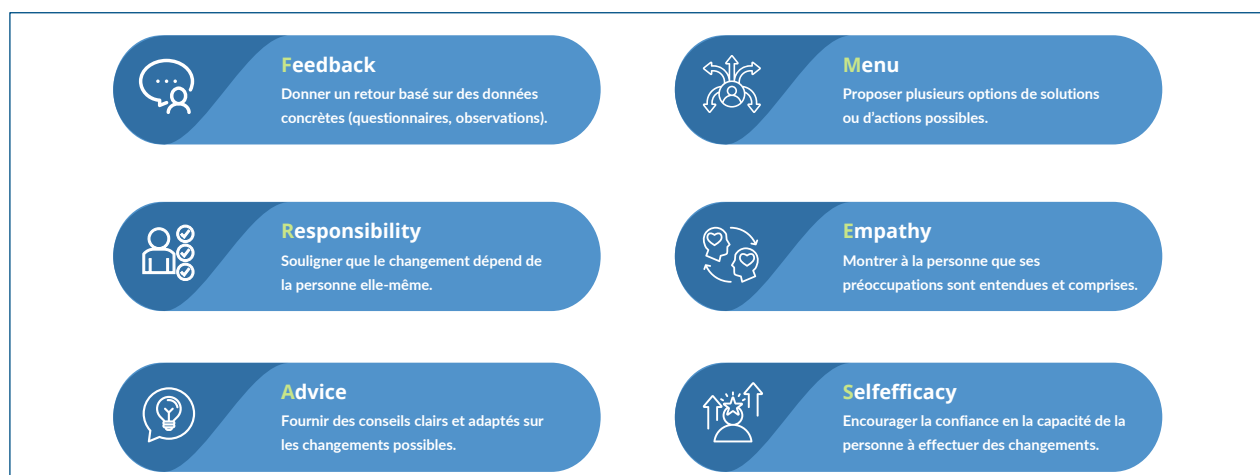


FIGURE 3. INTERVENTION BRÈVE FRAMES



TABACOLOGIE ET OUTILS DE SEVRAGE

Le Dr Pierre Nys (médecin généraliste - tabacologue) utilise les mêmes outils dans sa consultation de tabacologie, permettant de prévenir certaines complications liées au tabac. Nous sommes tous confrontés à des patients fumeurs dans nos consultations, mais la difficulté, c'est ce fumeur qui a déjà tout essayé et qui n'y arrive pas !

Pour ces patients, une alternative présente sur le marché depuis quelques années est la e-cigarette. Ce système de batterie chauffe un liquide pour créer un aérosol sans pyrolyse ni combustion. C'est donc moins toxique que le tabac, sans risque de production de CO (7). Il faut privilégier une vapoteuse avec laquelle on pourra doser les milligrammes de nicotine dans le liquide. Ce n'est pas idéal mais c'est une piste acceptable pour le sevrage.

Les tabacs chauffés quant à eux demandent une pyrolyse incomplète et donc la production de CO. Ils reproduisent la même dynamique que la cigarette et ne sont pas dénués d'effets secondaires. Ils sont à déconseiller, au même titre que les smart-vape, mi-vapoteuse et mi-portable qui associent le jeu à la fumette, véritable danger pour nos jeunes patients !

Le point commun entre tous ces appareils, c'est la nicotine. Cette substance n'est pas dangereuse à elle seule mais est responsable de la dépendance liée à ces produits. Elle nous rappelle qu'il n'est donc pas question de volonté pour ces patients récalcitrants, mais bien d'addiction. L'e-cigarette n'est certes pas idéale, mais c'est une piste tout à fait acceptable que l'on peut envisager pour l'aide à l'arrêt de la nicotine quand tout a été essayé ou refusé.

PRÉVENTION DES TROUBLES DÉPRESSIFS

Du côté de la santé mentale, nous allons nous intéresser à la problématique de la dépression, éclairés par l'expérience du Dr Vansteekiste (psychiatre - alcoologue). Il nous rappelle que les troubles dépressifs ont une prévalence sur un an de 5% et une prévalence sur la vie entière de 20%. Il y a un risque de récurrence de 50% dans les deux années qui suivent l'épisode, avec 15-20% de chronicisation. Cette pathologie peut par la suite entraîner l'apparition de comorbidité somatique, et surtout de tentatives de suicide.

Au regard des conséquences de ces épisodes dépressifs, l'objectif du traitement est la rémission complète, afin de soulager le patient et de prévenir de l'apparition d'autres pathologies. Le traitement est considéré efficace lorsque l'intensité des symptômes dépressifs se voit réduite de plus de la moitié après son instauration. La rémission quant à elle est définie par un score inférieur ou égal à sept sur l'échelle d'Hamilton. L'efficacité des traitements

est d'environ 70%. Il ne faut pas hésiter à changer de traitement ou adapter la posologie lorsque cela ne fonctionne pas, voire même les associer. Il est bien entendu nécessaire d'allier ces traitements à une psychothérapie, dont l'accessibilité est essentielle, ainsi que la valorisation financière des temps de concertation entre soignants !

Le second objectif thérapeutique lors du suivi de ces patients, est la prévention de la récurrence. Il est parfois nécessaire d'envisager un traitement à vie en cas de critères de gravité, d'antécédents familiaux, de caractéristiques psychotiques ou d'un temps de rémission long. La dose préventive est la même que la dose thérapeutique dans ce cas.

SANTÉ AU TRAVAIL

Les troubles psychiatriques dont la dépression et le burn out correspondent à un tiers des incapacités de travail en Belgique, problématique à laquelle les Drs Sandrine Ruppel et Valérie Libotte (médecins du travail) sont souvent confrontées. Ces patients seront invités à rencontrer leur médecin du travail, afin d'éviter les complications associées à une incapacité de travail de longue durée, et ce en plaçant le seuil de réintégration le plus bas possible. Ils se verront alors proposer un trajet de réintégration et une visite pré-reprise même si la chance d'un retour au travail n'est pas de 100%. Cette visite, c'est une rencontre pour faire le point sur la situation et évaluer les possibilités de retour dans l'entreprise (8).

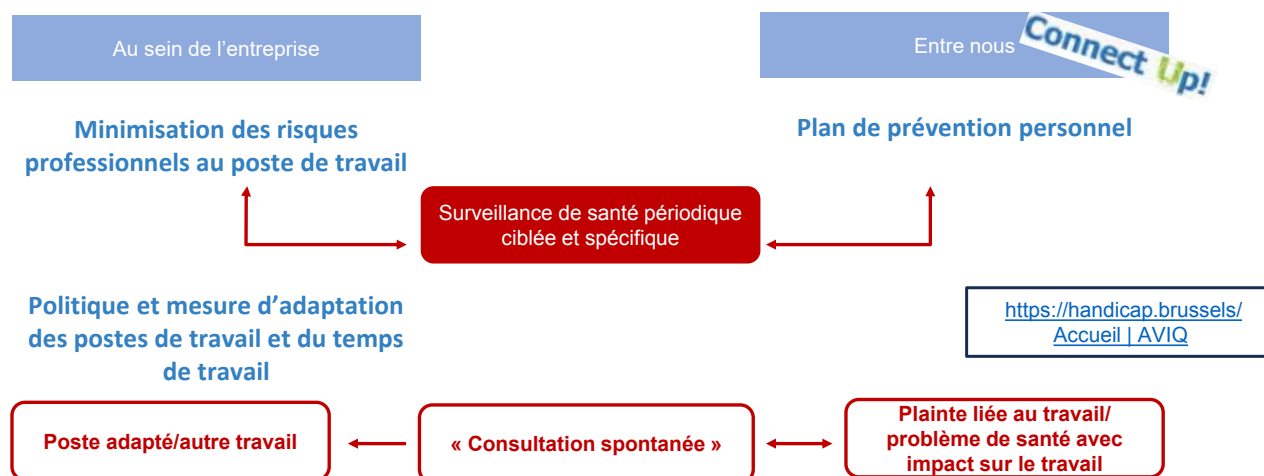
Outre cet accompagnement lors de la reprise au travail, constituant ici une prévention tertiaire, le médecin du travail a d'autres rôles à jouer ! Il va tout d'abord minimiser les risques professionnels au poste de travail, élaborant un plan de prévention personnel adapté à chaque travailleur, tenant compte de ses antécédents de santé et des spécificités de son poste (9).

Par ailleurs, il est disponible lors de consultation spontanée pour discuter de toute plainte ou signe clinique pouvant être en lien avec le travail. Avant d'accompagner une reprise au travail, son objectif est surtout que vous n'ayez pas à le quitter à cause des conditions qui y sont associées. Il y a également une collaboration avec l'AVIQ et handicap.brussels pour soutenir l'adaptation de certains postes (aide technique ou financière).

ORTHOPÉDIE ET SYSTÈME LOCOMOTEUR : ÉDUCATION ET PRISE EN CHARGE À LONG TERME

Pour éviter ces incapacités de longue durée, il est également indispensable d'aborder la prévention des pathologies du système locomoteur, lesquelles peuvent résulter en des certificats de travail plus ou moins longs. Le Dr

FIGURE 4. PRÉVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE EN MÉDECINE DU TRAVAIL



Maxime Bonnelance (orthopédiste) nous rappelle l'étymologie du mot orthopédie : *orthos* signifie droit et *païdos* signifie enfant. L'orthopédie a été créée pour faire grandir les enfants en rectitude et les faire marcher droit pour éviter des problèmes locomoteurs par la suite.

La prévention primaire passe par l'éducation du patient, sur le positionnement au travail entre autres. Il n'y a pas réellement de bonne posture, mais certains conseils peuvent être donnés : avoir un appui pour le dos et les coudes, poignets appuyés devant le clavier, épaules basses et non enroulées (10, 11). Le but est de diminuer le risque de certaines affections telles que les pathologies de surcharge (conflit de l'épaule, lombalgie) et d'épicondylite/épitrôchléite. Le conseil le plus important est de bouger, rester actif, expliquant l'essor des postes de travail adaptés sur le lieu de travail. On peut également éduquer le patient dans le cadre de travail manuel lourd, donner des astuces pour ne pas se blesser et ne pas aggraver sa pathologie, prévenir les chutes.

Cette prévention primaire concerne aussi la minimisation du risque de chute, l'utilisation de semelle ou d'orthèse pour éviter des problèmes locomoteurs, ainsi que les mesures mises en place pour minimiser les éventuels risques opératoires (sevrage tabagique, équilibre du diabète).

La prévention secondaire en orthopédie vise à éviter la récurrence ou l'apparition de la même pathologie du côté controlatéral, face à une tendinopathie par exemple.

La prévention tertiaire, quant à elle, permet de limiter les complications post-opératoires : héparine pour éviter les thromboses, encouragement à la mobilisation, si autorisée par le chirurgien, pour éviter les escarres, immobilisation pour améliorer la consolidation, ... Le Dr Bonnelance insiste sur la prévention des infections orthopédiques post opératoires. Il faut être alerte aux signes infectieux géné-

raux mais ne jamais donner d'antibiotiques à l'aveugle ! Il est recommandé de référer le patient immédiatement au chirurgien ayant opéré le patient pour réalisation de prélèvement profonds, indispensables à la prescription d'antibiotiques adaptés.

Il nous rappelle également qu'il est classique de voir apparaître un syndrome inflammatoire élevé de manière réactionnelle (jusqu'à 300 de CRP) après une intervention orthopédique lourde comme la mise en place d'une prothèse de genou, sans que cela ne soit d'origine infectieuse. L'essentiel est de suivre l'évolution des paramètres (température), des signes inflammatoires locaux (œdème, rougeur, douleur) et la cinétique de la CRP.

En prévention quaternaire, on cherchera à optimiser les examens complémentaires (à ne prescrire que s'ils impliquent un changement d'attitude thérapeutique). L'ASBL RESUMES ne promouvra jamais assez des contacts entre les différentes lignes de soins, savoir quand ne pas opérer. Enfin, n'oublions pas, nous dit Dr Bonnelance, que les chirurgiens orthopédiques sont surtout compétents dans trois situations : réparer ce qui est cassé, remplacer ce qui est trop usé, et enlever le matériel orthopédique devenu inutile et douloureux.

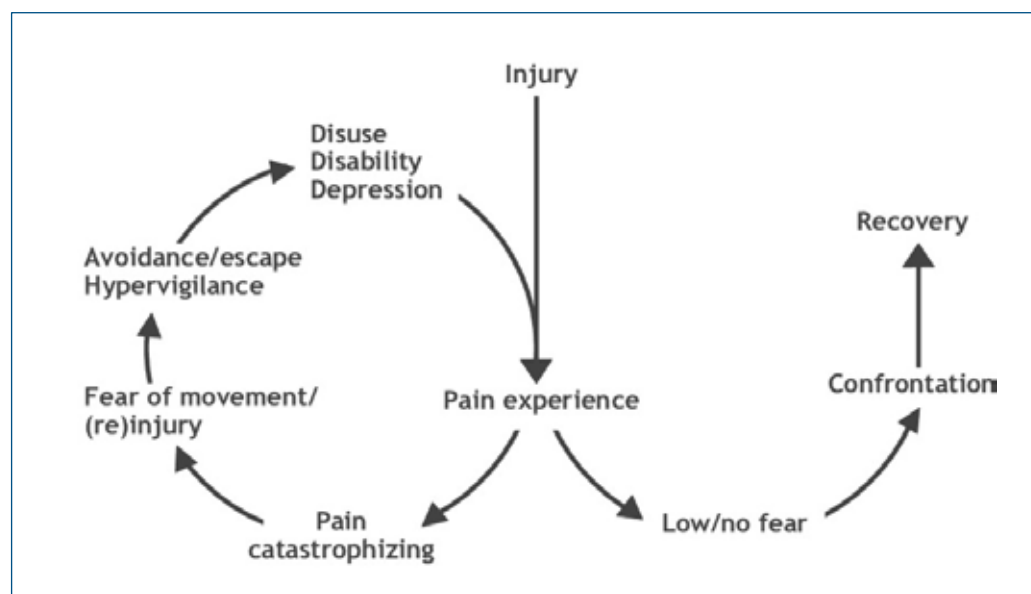
LOMBALGIES : APPROCHE MULTIFACTORIELLE ET MOUVEMENT COMME TRAITEMENT

C'est avec le sujet des lombalgies communes que Timothée Boland (ostéopathe) poursuit l'exposé dans le domaine de la prévention loco-motrice. Les lombalgies communes, ou non spécifiques, touchent 1/5 des patients en Belgique chaque année. C'est la première cause d'incapacité de travail dans le monde. On parle d'une lombalgie commune en l'absence de radiculalgie ou de drapeau rouge.

La prévention de la lombalgie, d'origine multifactorielle et biopsychosociale, n'est pas générique mais unique, à adapter à chaque patient. Un patient n'est pas l'autre, certains doivent se ménager et d'autres bouger davantage. De plus, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise posture, on encourage donc les patients, en prévention des lombalgies, à changer de posture régulièrement lorsqu'ils en ressentent le besoin (12).

En prévention tertiaire, notre but principal en tant que soignant est d'éviter le passage à la chronicité de ces lombalgies. Pour se faire, il faut casser la boucle de la peur-évitement (13). Un patient qui a mal au dos en faisant un mouvement risque d'éviter de refaire le même mouvement. Pourtant il n'a pas endommagé son dos, il est simplement sensibilisé provisoirement. Une exposition graduelle aux mouvements va permettre de récupérer la mobilité d'avant.

FIGURE 5. MODÈLE DE PEUR - ÉVITEMENT (13)



Il est également important d'utiliser une communication positive et rassurante pour s'adresser au patient : « changements normaux liés à l'âge » plutôt que « remaniements dégénératifs » (14).

Enfin, il faut se rappeler que le meilleur moyen de prévention et le meilleur médicament pour les douleurs chroniques restent le mouvement : traitement passif, exercices physiques adaptés, soins personnalisés et multidisciplinaires (15).

En prévention quaternaire, il est indispensable de ne pas prescrire d'imageries inutiles à nos patients. On prescrira cependant un bilan radiologique dans les situations suivantes : drapeaux rouges (acronyme **VITFIN** : cause **V**asculaire, **I**nflammatoire, **F**racture sur trauma high impact, **T**umorale, **I**nfectieuse, atteinte **N**eurologique), radiculopathie sévère ou progressive, chirurgie invasive envisagée. En effet, de nombreuses lésions sont visibles sur une imagerie chez des patients asymptomatiques (52% de dégénérescence discale à 30 ans, 96% à 80 ans). Ce sont comme des cheveux blancs qui ne nécessitent pas toujours une intervention.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE COMME MÉDICAMENT

Le mouvement, prévention importante face à de multiples pathologies, est également un point clé pour les kinésithérapeutes. Jérémie Nomen (kinésithérapeute en maison médicale) insiste sur les bienfaits de l'activité physique, un des piliers de la prévention primaire. Elle se définit par tout mouvement des muscles squelettiques qui augmente la dépense énergétique. Ce n'est donc pas uniquement le sport mais aussi des déplacements en vélo/à pied, des travaux ménagers, du jardinage,...

L'OMS recommande au moins 2h30 d'activité physique aéro-bique d'intensité modérée chaque semaine (capacité à maintenir une conversation fluide lors de l'activité) ou 1h15 d'activité physique d'intensité soutenue (incapable d'avoir une conversation fluide) par semaine. On y ajoute deux fois par semaine des exercices de renforcement musculaire, caractérisés par des répétitions jusqu'à l'échec musculaire (16).

En Belgique, à peine plus de la moitié des adultes atteignent les recommandations de l'OMS. 28,8% des plus de 15 ans courent un risque pour leur santé à cause de

leur inactivité physique. Pourtant, cette activité physique joue un rôle préventif dans les problématiques d'arthrose, de dépression et de maladies coronariennes. L'inactivité physique coûte plus de 14 milliards d'euro en Europe, cela tue plus que le tabac à échelle mondiale.

Beaucoup de freins empêchent d'atteindre le seuil d'activité recommandé. En faisant de l'éducation positive, on peut impacter positivement le patient. Il faut proposer des objectifs SMART (spécifique, mesurable, atteignable, réaliste, temporellement définie), intégrer une notion de plaisir, rechercher une activité qui lui plaît. Il faut présenter l'activité physique comme un médicament à part entière, il ne faut pas hésiter à en prescrire, surtout qu'une personne sédentaire en tirera le meilleur bénéfice (effets les plus visibles, même si les douleurs se feront plus sentir au début), chaque pas compte !

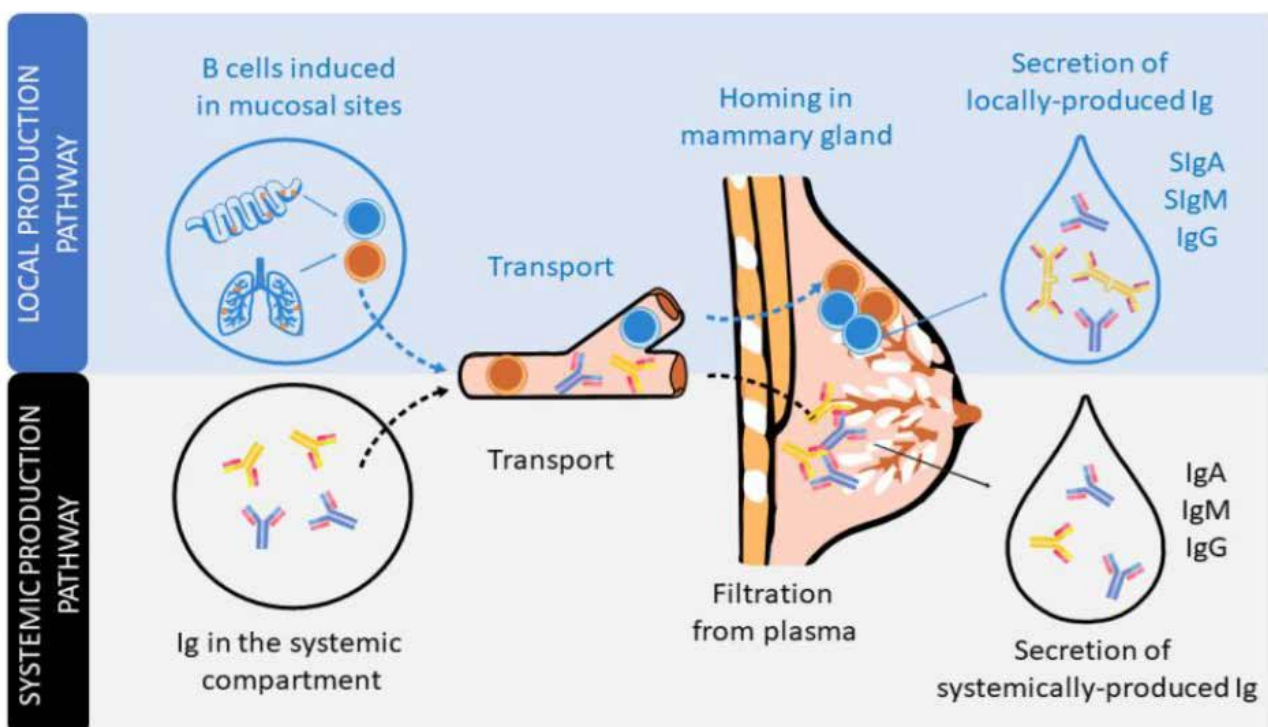
VACCINATION ET GROSSESSE : PROTÉGER MÈRE ET ENFANT

Poursuivons avec la prévention vaccinale, abordée du point de vue de la périnatalité par le Dr De Galan Guillaume (gynécologue). La vaccination de la femme enceinte et l'immunisation maternelle pour protéger le nouveau-né s'emploie de plus en plus, nécessitant malgré tout de la prudence lors du premier trimestre, période de l'organogenèse. La plupart des vaccins ne posent aucun problème durant la grossesse, à l'exception des vaccins vivants atténués.

Du point de vue immunologique, on observe des changements lors de la grossesse mais en aucun cas une immunodéficience (17). La femme enceinte a une sensibilité augmentée à la grippe, la listériose et l'hépatite E mais c'est lié à des facteurs spécifiques des agents pathogènes et non à la susceptibilité de la patiente. Durant cette période, la qualité des anticorps se verra modifiée pour favoriser leur transfert vers le placenta. Ce passage se fait de façon active, par les récepteurs FcRN, qui permettent au fœtus d'avoir une concentration plasmatique d'IgG plus importante que sa maman (18). Il y a également un passage d'IgA dans le lait maternel. Ces anticorps vont donc jouer un rôle central dans la protection du bébé durant ses premiers mois de vie.

Différents vaccins seront recommandés durant la grossesse, certains pour protéger la femme enceinte d'une pathologie à laquelle elle sera plus sensible comme la grippe (20) et le covid, d'autres pour protéger le nourrisson durant ses premiers mois de vie tel que la coqueluche dont le vaccin est administré entre 24 et 32 semaines de grossesse (21). Depuis peu, le vaccin contre le RSV a été ajouté au carnet vaccinal de la femme enceinte accouchant entre septembre et fin mars. On vaccinera une dose unique entre la 24ème et la 36ème semaine de grossesse. Ce vaccin ne peut pas être administré en même temps que celui pour la coqueluche car son efficacité sera diminuée. L'efficacité est d'environ 6 mois (22), identique à l'injection d'immunoglobuline qui peut être proposée au nouveau-né dont la maman n'avait pas bénéficié du vaccin.

FIGURE 6. SÉCRÉTION D'IMMUNOGLOBULINES DANS LE LAIT MATERNEL (19)

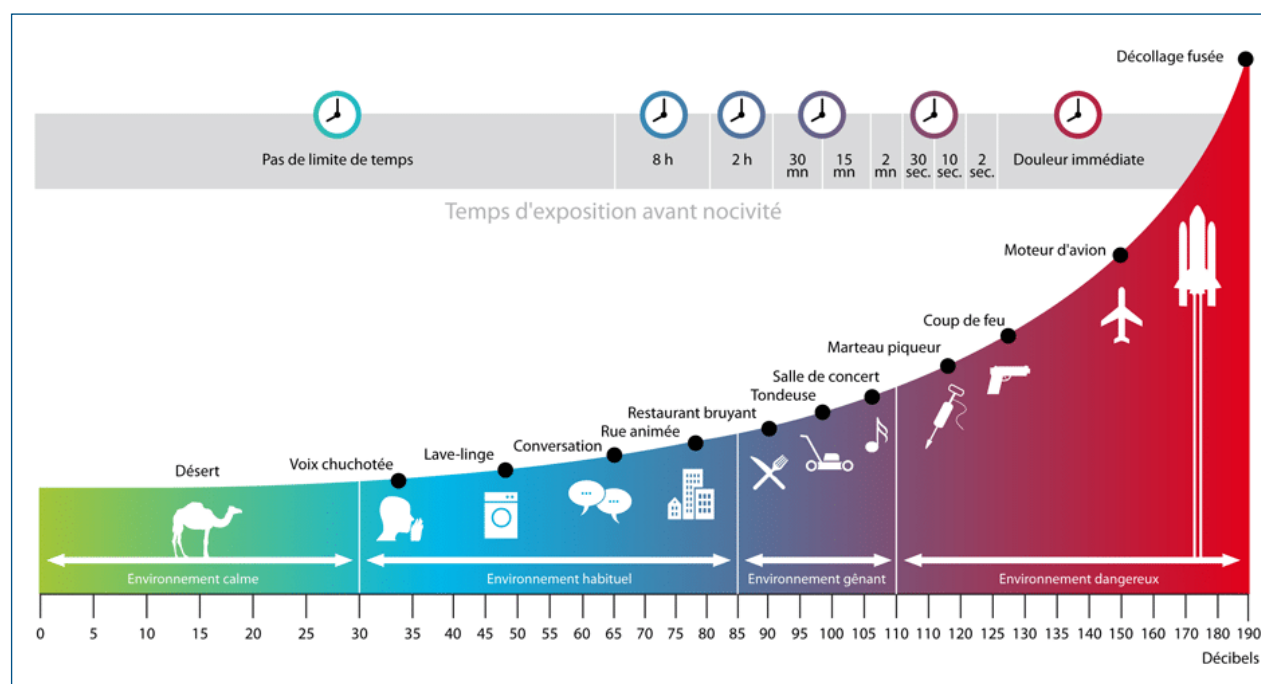
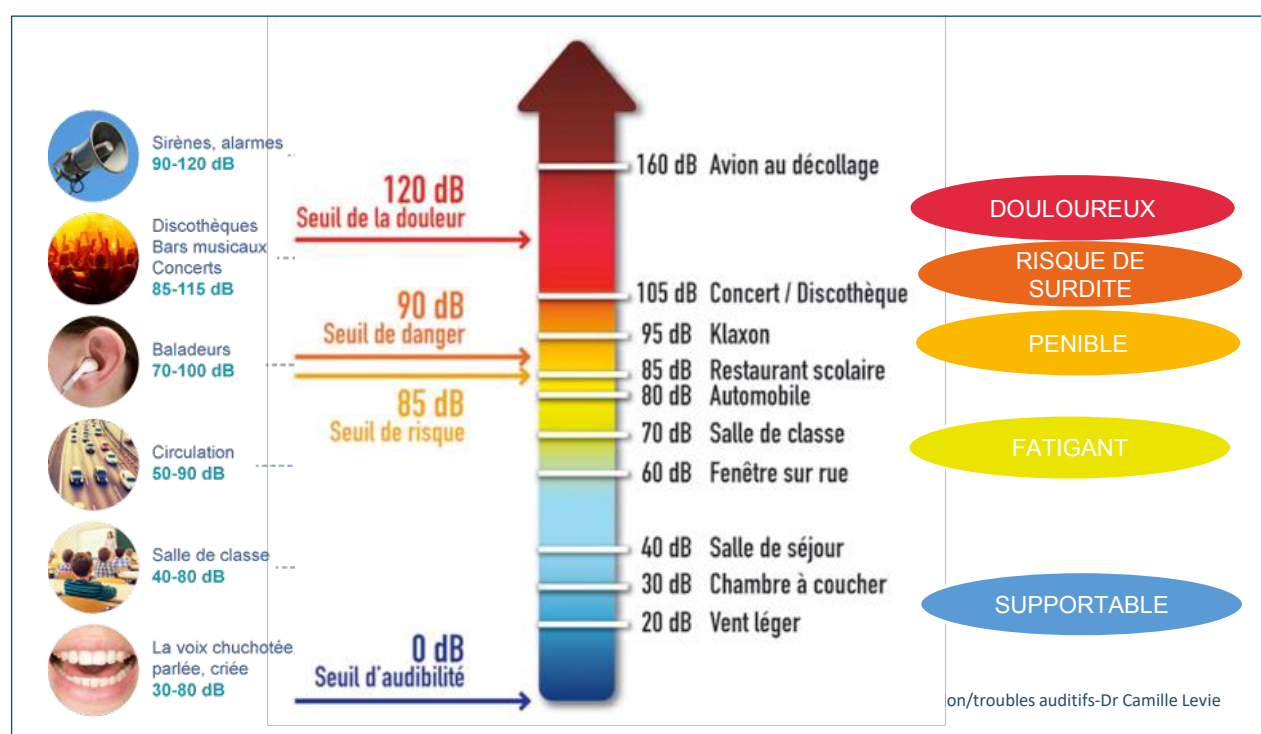


TROUBLES AUDITIFS : L'OREILLE, UN CAPITAL À PRÉSERVER

Cette matinée de formation a aussi mis un point d'honneur à la prévention des troubles auditifs. Le Dr Camille Levie (ORL) nous rappelle qu'il est essentiel de protéger ses oreilles à tout âge vu leur rôle important : communication, équilibre, orientation spatiale, sécurité, développement cérébral, ...

Le danger majeur, c'est le bruit ! Celui-ci peut avoir un effet dévastateur sur l'oreille interne en provoquant des lésions souvent irréversibles des cellules ciliées, donnant des pertes d'audition et des acouphènes. Le risque de trouble auditif est directement lié à deux composantes : l'intensité du bruit (risque présent dès 85dB - seuil de danger à 90 dB - seuil de douleur à 120dB) et la durée du bruit auquel l'oreille est exposée (maximum 8h à 85dB avant risque auditif, maximum 15min à 100dB avant risque auditif).

FIGURES 7 ET 8. NIVEAUX SONORES EN DÉCIBELS (23)



Le Dr Levie souligne l'importance du repos auditif. L'oreille travaille toujours : même si on dort et qu'il y a du bruit, elle fonctionne. Il est essentiel de lui laisser du temps de récupération après une exposition, 12h en cas d'exposition modérée, 24h pour une exposition élevée. Il existe un risque de surdité surexposition à des bruits modérés de façon chronique dans certaines villes bruyantes qui ne "dorment jamais" comme Bombay.

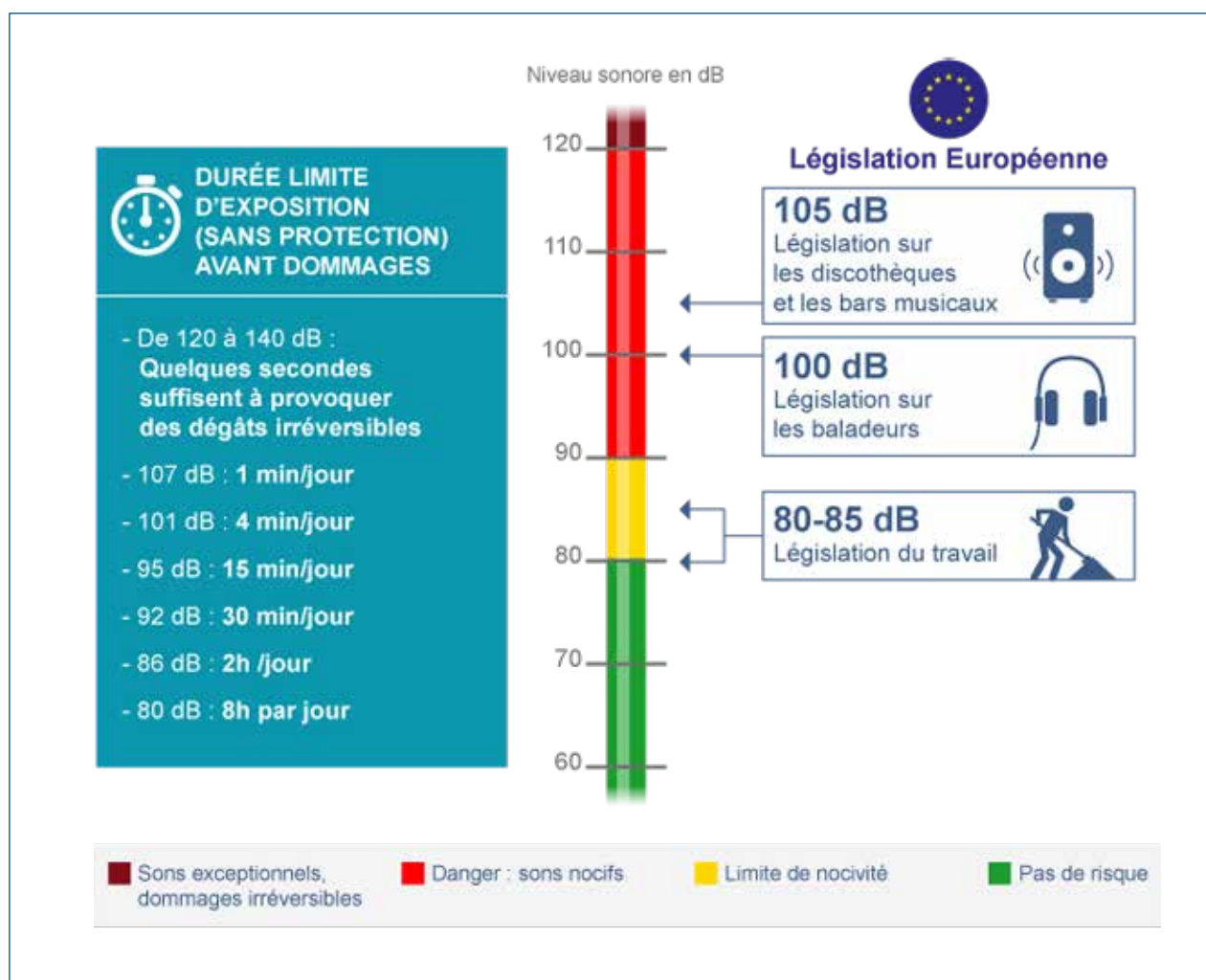
La prévention primaire des troubles auditifs passe par l'éducation et la sensibilisation au sujet de la réduction de l'exposition au bruit. Il existe des seuils réglementés d'intensité sonores : limite de 80-85dB au travail, au-delà de laquelle le port d'une protection auditive est obligatoire, limite de 100db pour les baladeurs, limite de 105dB pour

les discothèques. Certains festivals proposent des boules quies pour limiter l'exposition sonore.

La prévention secondaire des troubles auditifs passe par un dépistage précoce : de manière systématique à la naissance, lors de la visite médicale (médecine scolaire), et en cas de travail à risque de troubles auditifs. Il conviendrait de dépister plus systématiquement les personnes âgées.

En prévention tertiaire, Dr Levie insiste sur l'importance de référer chez un ORL un patient qui présente un acouphène ou une perte auditive dès son dépistage pour obtenir une prise en charge rapide et efficace. Dès les premiers signes de surdité, il faut rapidement appareiller par une prothèse ou un implant cochléaire jusqu'à 70-75 ans, dans le but de diminuer la perte cognitive et l'isolement psycho-social.

FIGURE 9. SONS ET BRUITS DANGEREUX : RELATION NIVEAU/DURÉE, LÉGISLATION (24)



UROLOGIE : PRÉVENTION FONCTIONNELLE, INFECTIEUSE ET ONCOLOGIQUE

La prévention est également de mise dans le domaine de l'urologie et intéresse de nombreuses pathologies déclinées aujourd'hui par le Dr Benoît Hermans (urologue).

Penchons-nous d'abord sur les pathologies fonctionnelles. L'incontinence d'effort urinaire concerne des patients qui consultent assez peu car leur problème se voit vite réglé avec le port de protections. Cependant, cela vaut la peine d'en discuter car cette pathologie peut être facilement prévenue par l'activité physique, le traitement du surpoids/obésité ainsi que par la kiné de tonification des muscles pelviens. Dans le cas de l'incontinence urinaire d'urgence, on recommandera en prévention primaire d'éviter le café, l'alcool, le tabac, les boissons pétillantes et les épices fortes, substances stimulantes susceptibles d'augmenter les symptômes de vessie instable).

Du côté de l'hypertrophie bénigne de la prostate, il existe peu de preuves dans la littérature en matière de prévention. Dès lors, il incombe au médecin de mettre en garde son patient contre les compléments inutiles.

La dysfonction érectile quant à elle, souvent d'origine psychogène et mécanique, implique d'exclure la cause vasculaire, la plus fréquente. On recherchera les différents facteurs de risque cardiovasculaires (hypertension artérielle, dyslipidémie, diabète) et on enverra le patient chez le cardiologue.

Pour la prévention des maladies urologiques infectieuses telles que la cystite, différents conseils de prévention primaire s'appliquent : hydratation de minimum 1L d'eau par jour (plus si effort physique - max 2,5L), mictions régulières, transit intestinal régulier, éviter les langes en maison de repos (contamination périnéale), éviter l'excès d'hygiène intime (pas de désinfection). Il y a un intérêt probable de la D-mannose ou de la canneberge en cas de cystites récurrentes.

La prévention des lithiases urinaires nécessite également une hydratation importante (2L à 2,5L d'eau par jour). Il est aussi recommandé de réaliser une enquête alimentaire et de proposer un suivi diététique. En cas de composition inhabituelle de la lithiase, on référera le patient chez un diététicien.

En urologie oncologique, le Dr Hermans insiste sur la question du tabac dans le cancer de la vessie. L'obésité et

l'hypertension artérielle sont également deux facteurs de risque sur lesquels on peut agir pour éviter une néoplasie urologique. L'adénocarcinome prostatique peut être dépisté par le PSA. Pour ce qui est du cancer testiculaire, l'autopalpation est de mise !

STRATÉGIES DE DÉPISTAGE DES CANCERS EN BELGIQUE

Pour conclure cette matinée de formation, le Dr Bengrab Nassim de l'institut Jules Bordet nous offre un tour d'horizons du système de prévention Belge et de ses perspectives en matière de dépistage de certains cancers. Actuellement en Belgique, le cancer est une des deux causes de mortalité la plus fréquente, avec les maladies cardiovasculaires. Le dépistage précoce permet de réduire cette mortalité, mais également d'améliorer la qualité de vie des patients. La stratégie nationale se concentre sur le dépistage systématique du cancer du sein (11.000 cas/ans), du cancer colorectal (8500 cas/an) et du cancer du col de l'utérus (600 cas/an).

Pour rappel, le dépistage du cancer du sein est proposé dès l'âge de 50 ans. La couverture est actuellement d'environ 59% de la population. En atteignant les 70% de participation, on pourrait réduire la mortalité de ce type de cancer de 25%! Le cancer colorectal se dépiste tous les deux ans entre 50 et 74 ans. Sa détection précoce augmente les chances de guérison à 90%. Le cancer du col de l'utérus se dépiste quant à lui de 25 à 64 ans. L'année 2025 fût l'année de transition vers le nouveau système de dépistage, proposant un frottis classique tous les trois ans pour les patientes de 25 à 29 ans, suivi d'un test de détection du papillomavirus (HPV) tous les cinq ans (25).

Ce programme de dépistage a l'avantage d'être gratuit et d'offrir une communication ciblée vers la population concernée. Il va bien entendu de pair avec la vaccination, la promotion de modes de vie sains, la sensibilisation de la population ainsi qu'un suivi médical régulier.

CONCLUSION

La diversité des interventions lors de ce symposium souligne l'importance de penser la prévention dans une logique de collaboration interdisciplinaire. Cette approche globale est la seule voie permettant une prise en charge efficace, cohérente et humaine de la santé.

RÉFÉRENCES

1. OMS, 2023, Carvalho *et al.* 1998, Leroy *et al.* 2012
2. Walsh T, Worthington HV, Glenny AM, *et al.* Fluoride toothpastes of different concentrations for preventing dental caries. The Cochrane database of systematic reviews. 2019; 3(3): CD007868. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007868.pub3>
3. Warren JJ, & Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics : official publication of the American Association of Orthodontists, its constituent societies, and

- the American Board of Orthodontics. 2002; 121(4): 347–356. <https://doi.org/10.1067/mod.2002.121445>
4. Cottet V. Nutrition et prévention primaire du cancer colorectal. Hépatogastro et Oncologie Digestive. 2021 ; 28 : 561-568. doi : 10.1684/hpg.2021.2171.
 5. Conseil supérieur de la santé (2019) - recommandations alimentaires pour la population belge adulte.
 6. Frías JP, Davies MJ, Rosenstock J, *et al.* Tirzepatide versus Semaglutide Once Weekly in Patients with Type 2 Diabetes. *New Engl J Med.* 2021; 385(6): 503–515. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107519>
 7. Duell AK, Kerber PJ, Luo W, Peyton DH. Determination of (R)-(+)- and (S)-(-)-Nicotine Chirality in Puff Bar E-Liquids by 1H NMR Spectroscopy, Polarimetry, and Gas Chromatography-Mass Spectrometry. *Chemical research in toxicology.* 2021; 34(7): 1718–1720. <https://doi.org/10.1021/acs.chemrestox.1c00192>
 8. Boets I, Luyten S, Vandenbroeck S, Godderis L. Success rate and predictors of return to work after implementation of a formal return-to-work trajectory: A retrospective cohort study. *Work (Reading, Mass.).* 2024; 79(3): 1147–1157. <https://doi.org/10.3233/WOR-230412>
 9. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, *et al.* Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *Journal of occupational rehabilitation.* 2005; 15(4): 507–524. <https://doi.org/10.1007/s10926-005-8031-2>
 10. Eg, Leivas, CorrêaLa, et NogueiraLac. «The Relationship between Low Back Pain and the Basic Lumbar Posture at Work: A Retrospective Cross-Sectional Study». *International Archives of Occupational and Environmental Health.* 2022; 95 : 1 (janvier 2022).
 11. Sweeting K, Mock M. Gait and posture - assessment in general practice. *Australian family physician.* 2007; 36(6): 398–405.
 12. Swain CTV, Pan F, Owen PJ, Schmidt H, Belavy DL. No consensus on causality of spine postures or physical exposure and low back pain: A systematic review of systematic reviews. *J biomechanics.* 2020; 102 : 109312. <https://doi.org/10.1016/j.jbiomech.2019.08.006>
 13. Vlaeyen JWS, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain.* 2000; 85(3):317–332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
 14. Stewart M, Loftus S. Sticks and Stones: The Impact of Language in Musculoskeletal Rehabilitation. *J orthopaedic sports physical ther.* 2018; 48(7): 519–522. <https://doi.org/10.2519/jospt.2018.0610>
 15. Baroncini A, Maffulli N, Schäfer, L. *et al.* Physiotherapeutic and non-conventional approaches in patients with chronic low-back pain: a level I Bayesian network meta-analysis. *Sci Rep.* 2024; 14 : 11546. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-62276-9>
 16. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, *et al.* World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British journal of sports medicine.* 2020. 54(24) : 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>
 17. Leuridan E, Nunes M, and Jones C. *Maternal Immunization.* Elsevier. 2019.
 18. Jennewein MF, Abu-Raya B, Jiang Y, *et al.* Transfer of maternal immunity and programming of the newborn immune system. *Seminars in immunopathology.* 2017; 39(6) : 605–613. <https://doi.org/10.1007/s00281-017-0653-x>
 19. Rio-Aige K, Azagra-Boronat I, Castel, M, *et al.* The Breast Milk Immunoglobulinome. *Nutrients.* 2021 ; 13(6): 1810. <https://doi.org/10.3390/nu13061810>
 20. Mertz D, Geraci J, Winkup J, *et al.* Pregnancy as a risk factor for severe outcomes from influenza virus infection: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Vaccine.* 2017; 35(4) : 521–528. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.12.012>
 21. Amirthalingam G, Andrews N, Campbell H, *et al.* Effectiveness of maternal pertussis vaccination in England: an observational study. *Lancet (London, England).* 2014; 384(9953) : 1521–1528. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60686-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60686-3)
 22. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, *et al.* MATISSE Study Group. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *New Engl Journal Med.* 2023; 388(16) :1451–1464. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2216480>
 23. <https://www.earrow-industrie.fr/blog/actualites-protac/valeurs-limites-dexposition-au-bruit-et-echelle-de-nuisance-sore>
 24. <http://www.cochlea.org/bruit-attention-danger-l-protection>
 25. Arbyn M, Haelens A, Desomer A, Verdoodt F, *et al.* Quel dépistage pour le cancer du col ? –Synthèse. Health Technology Assessment (HTA). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 238Bs. D/2015/10.273/15.

AFFILIATIONS

1. Médecin généraliste, Cabinet Medistockel Avenue d'ophem 6, 1150 Woluwe-St-Pierre, affiliée à AMGSE
2. Médecine Générale, rue Paul Bossu 24, 1150 Bruxelles
3. Médecine Générale - ECG, Maître de stage UCL-ULB-ULG, Diplôme d'échographie clinique en médecine polyvalente (Université Paris Cité), Certificat de dermoscopie optique et digitalisée (UCL), 1150 Bruxelles
4. Médecin Généraliste, B-1180 Bruxelles

CORRESPONDANCE

Dre Audrey Bonnelance
RESUMES ASBL
Avenue de l'Aviation 81
B-1150 Bruxelles
www.resumes.care