



Le journal du Médecin

• www.lejournaldumedecin.com

LA RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

45E ANNÉE N° 2789 - MARDI 21 JANVIER 2025 - 3 € - BIMENSUEL - P309580 - MEIBOOMLAAN 3, 8800 ROESELARE, BELGIQUE



Thierry Strickaert

Président emblématique du GBO, Paul De Munck, aujourd'hui président honoraire, revient sur son parcours riche en défis, depuis ses débuts jusqu'à son départ, et marqué, estime-t-il, par des réalisations majeures et des questionnements cruciaux pour l'avenir de la profession.

Le président honoraire du GBO (Groupement belge des omnipraticiens) retrace sa vie à la tête du syndicat et aussi un peu sa vie avant. Il a rejoint le GBO dans les années 90. Très tôt, il en devient le vice-président. Parallèlement, une expérience marquante au Rwanda durant le génocide l'amène à s'engager davantage dans la coopération internationale, l'organisation des soins et la santé publique.

Ceci le décide à suivre une maîtrise en santé publique à l'Institut de médecine tropicale d'Anvers. Après cette formation, il quitte toutefois la Belgique et sa maison médicale pour travailler en coopération internationale. Ce départ suscite des réactions mitigées au sein du GBO, certains espérant qu'il prendrait un jour la présidence. Malgré cela, Paul De Munck poursuit son engagement en dehors de la Belgique jusqu'à son retour en 2010.

Une présidence pour deux ans...

À son retour, le Dr Philippe Vandermeeren, souffrant, ne pouvait plus assurer la présidence du GBO. Le GBO et Anne Gillet, jusqu'alors vice-présidente depuis plus de dix ans et qui avait repris le flambeau de la présidence, propose à Paul De Munck de réintégrer l'organisation. Il devient son bras droit (vice-président) avant d'être nommé président en 2015, lors de l'Assemblée générale marquant les 50 ans du GBO.

Cette présidence de Paul De Munck, initialement prévue pour deux ans, a été prolongée à plusieurs reprises. Les défis liés au maintien d'une activité clinique tout en gérant des responsabilités syndicales et politiques se sont multipliés, ce qui va précipiter à cette époque le pas de côté d'Anne Gillet plus sollicitée que jamais dans sa pratique de MG et l'accession de Paul De Munck à la présidence du GBO. Il souligne

« la difficulté de concilier action syndicale et pratique clinique, surtout dans un contexte de pénurie où les médecins cherchent à préserver leur équilibre de vie ».

Lire suite en pages 2 et 3

6 La situation intenable
des hôpitaux bruxellois

18 TikTok n'est pas
l'ennemi du psychiatre

30 Comment investir
en 2025 ?



Laurent Zanella
Rédacteur en chef

2025, l'année de tous les dangers

2024 est une année à oublier. Rien n'a été accompli – ou si peu – à l'échelon national. La faute à un gouvernement qu'on attend encore. Cela fait plus de six mois désormais. Toutes les deux semaines, le formateur est prolongé. Pour éviter le pire ? Pas sûr. Surtout pour le budget des soins de santé. Cure d'économies oblige. On le sent bien à la Région wallonne, malgré les meilleures volontés. Mais à regarder comment tourne le monde, la Belgique se porte finalement plutôt bien. La démocratie survit. Même si l'on sent également chez nous le vent de la radicalisation souffler. On peut se consoler en se disant que c'est pire ailleurs, qu'Elon Musk se soucie peu du sort des Belges, au contraire de nos voisins anglais ou allemands. Mais qu'advient-il de nous en 2025 ? Serons-nous obligés de suivre un nouvel ordre établi par Donald Trump & Co ? L'Europe semble sans réponse face aux menaces venues tant de l'est que de l'ouest. L'Union européenne est trop divisée. Elle a trop compté sur son voisin américain pendant des décennies. Il faut dire que bien peu avaient prédit tel scénario il y a dix ans de cela, alors que Poutine s'attaquait déjà à la Crimée. On en revient à la Belgique. Sommes-nous prêts face à l'adversité qui nous attend ? Faut-il se préparer à une éventuelle guerre, comme le suggèrent déjà certains experts ? Est-ce que nos institutions hospitalières sont prêtes ? Honnêtement, je pense que non. Mais est-ce leur faute ? Là également, la réponse est non. Elles se battent avec leurs moyens, réduits d'année en année à peau de chagrin, pour faire de leur mieux. Quoi qu'il advienne, 2025 sera une année de défis. Des défis financiers, certes, mais aussi sans doute organisationnels. Espérons que le meilleur soit à venir et que nous sortirons de la tempête, pour le bien de tous.

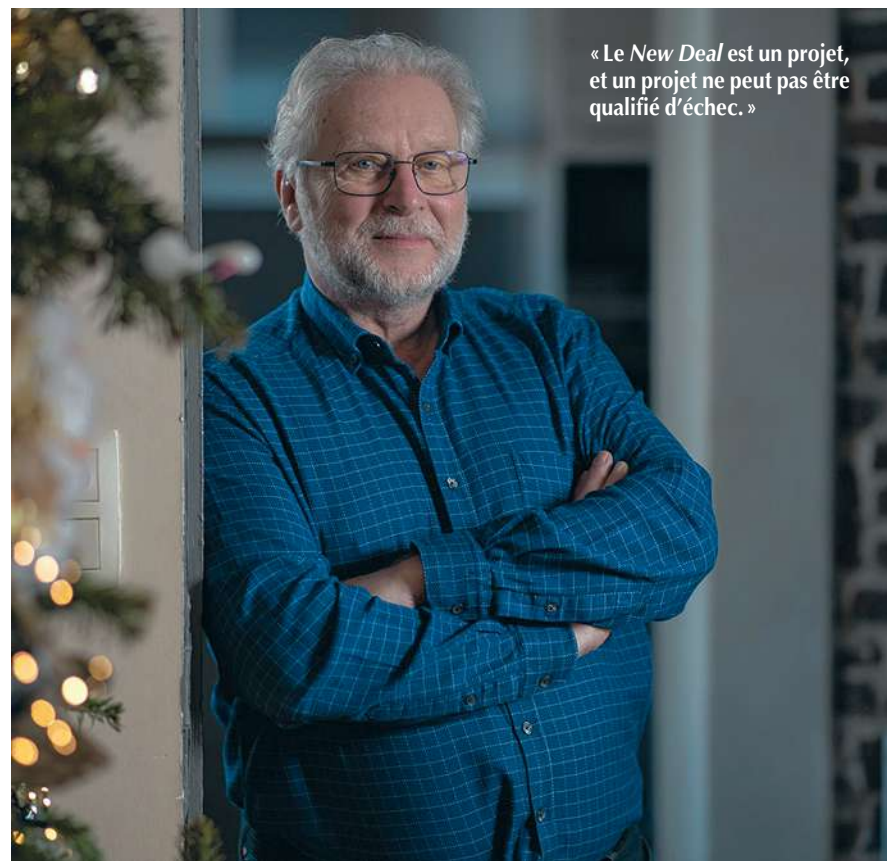
PAUL DE MUNCK

Une vie dédiée à la MG et au syndicalisme

Entre son engagement au GBO dans les années 90, une quinzaine d'années passées en coopération en Afrique, son retour aux affaires au GBO en 2010, la création de structures innovantes et les luttes pour une meilleure reconnaissance de la médecine générale, le Dr Paul De Munck, désormais président honoraire du GBO, livre une réflexion sans concession sur le renouvellement générationnel, les défis syndicaux et les enjeux financiers du système de santé. Regard dans le rétroviseur.

Le Dr De Munck évoque pour commencer ses prolongations de mandats dues à des crises comme le covid-19, ainsi que la nécessité de trouver une relève avant les prochaines élections syndicales. « *Le manque de renouvellement démographique chez les médecins, dans ce contexte de pénurie dénoncé par le GBO et le Modes depuis le début des années 2000 à contre-courant des autres syndicats et des pouvoirs publics, représente un défi majeur pour l'avenir de la concertation et de la défense professionnelle. Je souligne l'importance de réconcilier les jeunes générations avec l'engagement syndical, tout en reconnaissant les évolutions des priorités personnelles et professionnelles des médecins. Cette problématique, combinée à des défis politiques et organisationnels, nécessite des solutions innovantes pour assurer la pérennité des structures syndicales.* »

Paul De Munck espère qu'une ou un MG de la génération suivante prendra la relève, « *mais ce changement tarde à se*



« Le New Deal est un projet, et un projet ne peut pas être qualifié d'échec. »

© Thierry Strickaert

concrétiser. Cette situation illustre un enjeu majeur pour le renouvellement des instances syndicales. »

Les priorités et réalisations au GBO

Le Dr De Munck revient sur les accomplissements dont il est le plus heureux durant son mandat au GBO. Et d'abord... une excellente collaboration avec les journalistes. « *La presse est un relais indispensable pour transmettre des informations aux praticiens et au public, et une collaboration respectueuse est essentielle.* » Et de citer *Le journal du Médecin* comme un exemple de média très lu et apprécié dans le secteur.

Il cite également la présence accrue du GBO sur le terrain pendant son mandat. « *J'ai systématiquement occupé le terrain, répondant aux sollicitations et parfois poussant des portes qui restaient fermées. Cette stratégie a permis au GBO d'être davantage reconnu, respecté et consulté par les administrations, les politiques et les autres acteurs du secteur.* » Il

estime également avoir favorisé un dialogue constructif avec les organismes assureurs et tous les partenaires comme les pharmaciens, par exemple.

Paul De Munck reconnaît avoir beaucoup investi dans la création de la *Plateforme de première ligne wallonne* et l'instauration de *Proxisanté*. Ces initiatives visent à mieux organiser les soins primaires en interdisciplinarité. Bien que des projets comme un Institut de première ligne soient encore en pause, il reste confiant quant à leur aboutissement.

« Le numerus clausus est inadapté et devrait être largement repensé. »

L'éclairage apporté à la médecine générale pendant le covid-19 a certainement positionné les MG et le Collège de la MG (CMG) comme centraux. La pan-

démie a mis en lumière l'importance de la médecine générale, notamment grâce à son adaptabilité et son bon sens. « *Le GBO avec le CMG a été parmi les premiers à appeler à des mesures comme le port du masque ou la limitation des consultations physiques et les téléconsultations pour participer à la lutte contre de la contagion. Cela a démontré la pertinence de la médecine générale dans la gestion des crises sanitaires.* »

Une nouvelle approche pour la médecine générale

Paul De Munck insiste sur l'importance de repenser la défense de la médecine générale en abandonnant les postures purement corporatistes d'un autre âge. Il plaide pour une collaboration interdisciplinaire avec les autres professions de la santé de première ligne. Cette multidisciplinarité est, selon lui, la clé pour organiser un système de soins modernes et efficaces. Et dans ce système de soins revu et corrigé, le rôle central du médecin généraliste doit être préservé. Pensons par exemple à sa responsabilité de gestion du Dossier médical global informatisé. « *Cependant, cette place doit être constamment défendue pour éviter une dilution des responsabilités et un partage des tâches insuffisamment concerté.* »

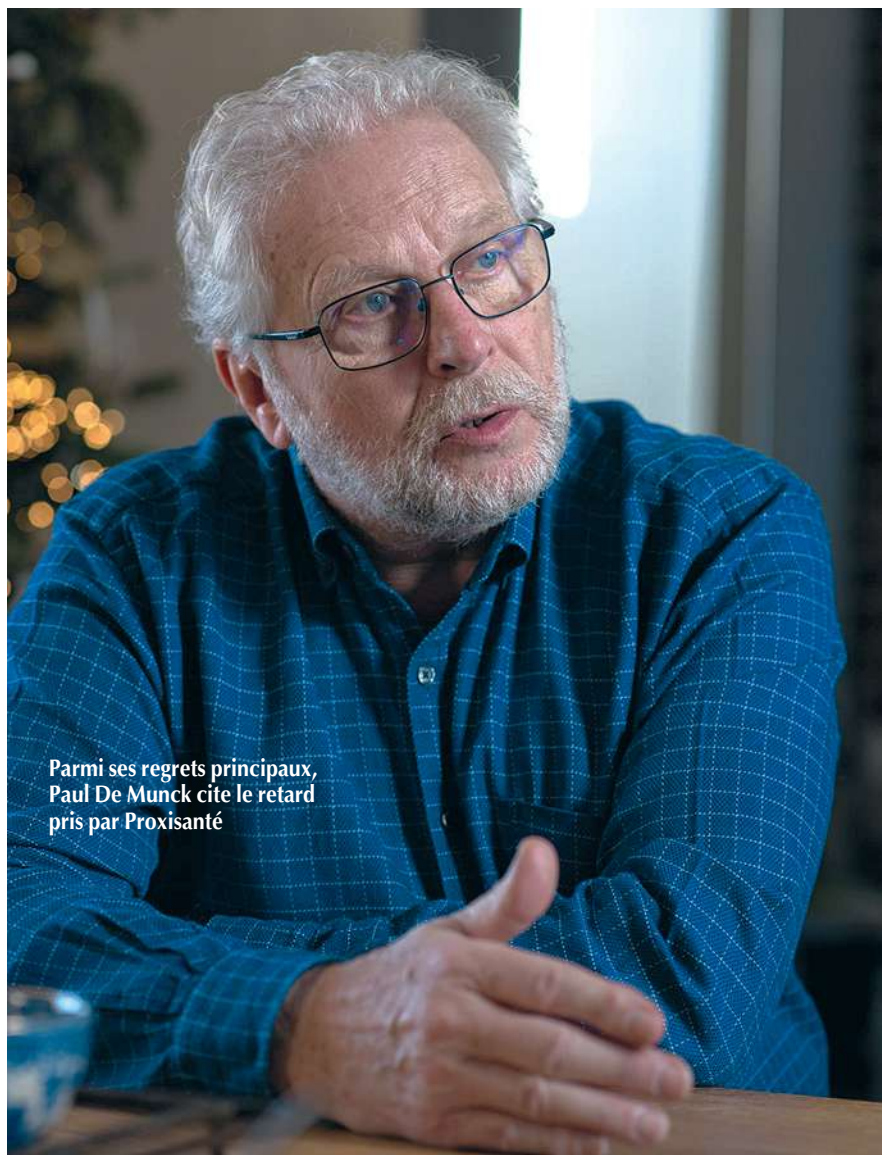
À cet égard, Paul De Munck souligne les différences fondamentales entre le GBO et d'autres syndicats, notamment l'Absym. « *Alors que certains appellent à l'unification des deux syndicats, j'estime que les valeurs et principes directeurs diffèrent encore trop. Le GBO privilégie une approche réfléchie et nuancée, ce qui le distingue de ses homologues souvent plus prompts à réagir de manière plus corporatiste et précipitée à mon goût.* » Cette capacité à prendre le temps de la réflexion a contribué à la réputation du GBO. Cependant, cette méthode est parfois critiquée par ceux qui souhaitent des positions plus rapides et moins nuancées.

Regrets et défis

Parmi ses regrets principaux, Paul De Munck cite le retard pris par Proxisanté. « *Le projet Proxisanté, visant à structurer et renforcer la première ligne de soins, n'a pas abouti en 2024, en partie à cause de la pandémie de covid-19 qui a retardé de nombreux projets. Cet arrêt, je le regrette, car Proxisanté aurait pu constituer un pilier pour améliorer la coordination des soins.* »

Malgré les frustrations liées à une reconnaissance insuffisante de la part de certains ministres, dont certains recevaient du bout des doigts le GBO ou pas du tout, « *il est crucial de maintenir*

Face aux pénuries, le numerus clausus est inadapté et devrait être largement repensé sans toutefois prendre le risque de créer une pléthore telle qu'on l'a connue dans les années 1980. « *Une*



Parmi ses regrets principaux, Paul De Munck cite le retard pris par Proxisanté

un dialogue constructif. Le GBO a su se faire entendre auprès des administrations et des politiques, en tissant une toile relationnelle solide. Ce travail, souvent invisible, représente une grande part de l'énergie investie. Si vous supprimez cette concertation, c'est foutu. »

Toutefois, Paul De Munck met l'accent sur plusieurs défis liés à cette concertation : manque d'effectifs pour y participer efficacement ; faible rémunération des participants (ex. : jetons de présence dérisoires bien inférieurs à ce qu'un MG gagne avec trois ou quatre patients par heure, par exemple) ; la pénurie de médecins généralistes accentue le problème, car le temps pris pour la concertation est souvent pris sur le temps clinique et ce temps doit être récupéré, ce qui augmente encore la charge de travail horaire du MG, déjà surchargé !

meilleure planification sur le long terme (30 ans) est nécessaire, tenant compte des besoins en généralistes par rapport aux spécialistes. Il faudrait dire plus clairement que ceux qui commencent des études de médecine ne pourront pas tous faire la spécialité de leur choix, ce qui est déjà le cas dans les spécialités d'ailleurs. Des sous-quotas dans les spécialités ont toujours existé. »

Le New Deal, un échec ?

Le New Deal, un échec total vu le tout petit nombre d'adhérents ? « *Je ne dirais pas que c'est un échec. C'est un projet, et un projet ne peut pas être qualifié d'échec. Il a déjà permis à certains médecins de continuer leur activité. Lors d'un colloque récent sur la MG et la ruralité, un médecin a témoigné que le New Deal l'a convaincu de rester généraliste alors qu'il comptait arrêter. Ce sont des retours qu'il*

faut écouter. Est-ce que le New Deal sera la formule de demain ? Je ne sais pas. Peut-être qu'un nouveau mélange de différents systèmes – forfaitaire et à l'acte – sera la solution. Personnellement, je suis pour favoriser de plus en plus la part forfaitaire, même si le GBO insiste pour garder un minimum à l'acte. Aujourd'hui, nous sommes déjà à 25-30 % de forfaitaire dans le système dit 'à l'acte'. »

« Ne pas voter le budget est un jeu politique malsain que je dénonce haut et fort. »

Non aux économies linéaires

Le MR et la N-VA, qui sont en train de former un gouvernement Arizona, multiplient les appels aux économies. Pour les libéraux, le budget des soins de santé est une énormité au sens propre. « *Parler «d'économies coûte que coûte» est une erreur. Il faut plutôt viser une plus grande efficacité dans le système de santé, ce qui implique de rendre le système plus efficace, pas seulement moins coûteux. Un exemple évident est le renforcement de la première ligne. Cela permettrait de réaliser des économies globales considérables, comme le montrent de nombreuses études internationales. On doit réformer en profondeur, voire révolutionner certains aspects du système, pour mieux répondre aux besoins tout en maîtrisant les coûts. Pour faire des économies il faut parfois oser investir ! Or la pénurie de généralistes est le résultat d'une politique en sens totalement contraire !* »

« Ne pas voter le budget des soins de santé est irresponsable »

Or, pour Paul De Munck, le fait pour les libéraux, au sein de la Vivaldi, de ne pas voter le budget 2025, est une énorme erreur. « *C'est scandaleux. C'est de l'irresponsabilité crasse. Ils renvoient la patate chaude au prochain gouvernement. Nous avons pris nos responsabilités en acceptant des économies dans un budget négocié avec tous les partenaires sociaux, mais ce gouvernement sortant se permet de se désengager. C'est un jeu politique malsain que je dénonce haut et fort.* »

Nicolas de Pape

>> Interview intégrale sur www.lejournaldumedecin.com

Yves Coppieters en quête de solutions face aux retards d'octroi d'agrément



Pour la rentrée, le député de la Fédération Wallonie-Bruxelles Fabian Maingain (DéFI) a interpellé le ministre francophone de la Santé Yves Coppieters (Les Engagés) au sujet des retards dans l'octroi de l'agrément des jeunes médecins.

En session du 7 janvier de la commission Santé du parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Yves Coppieters s'est exprimé sur les retards dans l'octroi de l'agrément pour avoir accès à la pratique, via le numéro Inami, pour les jeunes médecins.

Fabian Maingain (DéFI) a interpellé le ministre francophone de la Santé au sujet des retards dans l'octroi de l'agrément pour avoir accès à la pratique, via le numéro Inami, pour les jeunes médecins. « Les récents témoignages de jeunes médecins généralistes mettent en évidence des retards considérables dans l'octroi des numéros Inami par la commission d'agrément de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ces délais, liés à un manque de personnel et à des procédures administratives lourdes, engendrent des conséquences graves tant pour les professionnels de santé que pour leurs patients », estime le député régional.

Il cite l'exemple de Margaux, diplômée en septembre dernier. « Elle a dû commencer à travailler au nom d'un autre médecin en attendant son agrément. Elle décrit une situation injuste et floue sur le plan comptable. Les patients se retrouvent également pénalisés, payant davantage pour une consultation chez un médecin non

agréé, alors que cette situation découle de retards administratifs indépendants de la volonté des jeunes praticiens. »



« Cette situation m'empêche de dormir depuis quatre mois, vu le temps pris pour l'établissement des changements attendus. »

« Ces retards pèsent également sur l'ensemble du système de santé, dans un contexte où chaque délai supplémentaire accentue la pression sur les médecins en poste et complique l'accès des patients à des soins de qualité », estime encore Fabian Maingain, qui estime que la situation a empiré ces dernières années.

« Je n'ai pas encore la solution »

Yves Coppieters répond par la transparence. « La situation de ce dossier cru-

cial est effectivement préoccupante. Cinq mois après ma prise de fonction, je n'ai pas encore trouvé, avec mon administra-

tion, la façon d'accélérer les choses, bien que celles-ci commencent à bouger. »

Yves Coppieters : « La situation est aberrante : nous sommes en manque de médecins opérationnels alors que certains médecins attendent la possibilité de pratiquer sur le terrain. »

La Direction de l'agrément des prestataires de soins de santé (DAPSS), qui joue un rôle important dans l'obtention des numéros Inami – même si c'est bel et bien le pouvoir fédéral qui les délivre –, est confrontée à plusieurs défis.

D'abord, la DAPSS manque d'effectifs.

« C'est dû au fait que le cadre initialement prévu n'a jamais été entièrement pourvu, en raison d'un turn-over trop rapide du personnel, pour faire face à l'évolution du nombre de nouveaux titres créés par la FWB depuis le transfert des compétences », explique le ministre de tutelle.

Ensuite, le nombre de dossiers a augmenté. En 2016, la DAPSS gérait environ 18.000 dossiers par an. En 2023, en raison de l'apparition de nouveaux métiers et titres, le nombre de demandes par an est passé à 24.750, ce qui équivaut à une augmentation du nombre de dossiers d'environ 38 %, sans que les effectifs aient été augmentés.

RH et simplification administrative

Les autorités ne restent pas bras balants et ont déjà entrepris des actions.

Les premières concernent l'intégration et la rétention des agents. Divers audits ont été menés et un plan d'actions en a découlé. Mais recruter et assurer

des conditions de travail satisfaisantes, cela a un coût. Et la FWB manque d'argent. Il faut donc faire avec les contraintes budgétaires.

Les secondes concernent la simplification administrative. Cela passe par la dématérialisation des demandes d'agrément. Actuellement, cette dématérialisation est partielle. Une phase permettant d'aboutir à une dématérialisation plus poussée est en cours. « Les demandeurs pourront désormais, au lieu de télécharger leurs documents, les encoder directement. Cette possibilité réduira la charge de travail des agents en évitant l'encodage, en éliminant les demandes papier et en créant une interaction directe avec les membres des commissions d'agrément », spécifie Yves Coppieters.

Pour Fabian Maingain, cela revient à transférer la charge de travail aux administrés. « La numérisation des données permet de transférer la tâche de l'encodage à l'administré et de soulager ainsi l'administration. Je vous invite tout de même à la prudence face à la disparition complète des procédures papier. Selon moi, une bonne administration doit disposer de plusieurs modes de fonctionnement. Même si son fonctionnement est numérisé, l'administration doit rester accessible à tous à travers différents canaux. »

Cette situation m'empêche de dormir

« Cette situation m'empêche de dormir depuis quatre mois, vu le temps pris pour l'établissement des changements attendus », admet le ministre, qui se veut tout de même positif : « J'ai l'impression que nous arrivons petit à petit à trouver des solutions. Je soumettrai au gouvernement plusieurs mesures, parmi lesquelles figure le renforcement des effectifs et la création d'une cellule spécialement mobilisée pour traiter en priorité l'urgence, liée au retard accumulé en raison d'absences prolongées. »

« La situation est aberrante : nous sommes en manque de médecins opérationnels alors que certains médecins attendent la possibilité de pratiquer sur le terrain. La situation dure depuis des années. Nous arrivons petit à petit, grâce à cette réorganisation des ressources humaines et à la simplification administrative, à trouver des solutions. Cela prendra encore quelques semaines, mais nous résorberons, au fur et à mesure, le retard », conclut le ministre.

Laurent Zanella

Traitez les symptômes du rhume ou de la grippe de manière sûre et efficace avec Sinutab®



Symptômes légers

Symptômes sévères

Un médicament combiné traite plusieurs symptômes à la fois

Désormais uniquement sur ordonnance

RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT

DENOMINATION DU MEDICAMENT

SINUTAB® 500/30 mg comprimés et SINUTAB FORTE® 500/60 mg comprimés

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : 1 comprimé contient 500 mg de paracétamol et 30 mg de chlorhydrate de pseudoéphédrine. Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : 1 comprimé contient 500 mg de paracétamol et 60 mg de chlorhydrate de pseudoéphédrine. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. FORME PHARMACEUTIQUE Comprimés INDICATIONS THERAPEUTIQUES Traitement symptomatique de la congestion nasale et des sinus avec maux de tête et/ou de fièvre causés par une infection virale aiguë des voies respiratoires supérieures. Sinutab et Sinutab Forte sont indiqués pour une utilisation chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie. Adultes et enfants de plus de 12 ans : Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : 1 à 2 comprimés, 2 à 3 fois par jour. Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : 1 comprimé, 2 à 3 fois par jour. Un intervalle d'au moins 4 heures doit être respecté entre les prises. La durée du traitement doit être aussi réduite que possible (max. 5 jours) et se limiter à la période durant laquelle les symptômes sont présents. En cas d'infection bactérienne, une antibiothérapie peut s'avérer nécessaire. La quantité maximale quotidienne recommandée de pseudoéphédrine pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans est de 240 mg, en prises individuelles n'excédant pas 60 mg toutes les 4 à 6 heures sur une période de 24 heures. Pour les enfants et les adolescents (poids corporel < 50 kg), la dose habituelle de paracétamol est de 15 mg/kg par prise, et de max. 4 prises par jour. L'intervalle entre les prises doit être d'au moins 4 heures. Les doses maximales de paracétamol sont de 15 mg/kg par prise et de 60 mg/kg/jour. Pour les adolescents et les adultes (poids corporel > 50 kg), la dose habituelle de paracétamol est de 500 mg à 1 g par prise, si nécessaire respectivement, à répéter toutes les 4 à 6 heures, jusqu'à 3 g par jour. En cas de douleur plus intense ou de forte fièvre, la dose quotidienne de paracétamol peut être augmentée jusqu'à 4 g par jour. L'intervalle entre les prises doit être d'au moins 4 heures. Les doses maximales de paracétamol sont de 1 g par prise et de 4 g par jour. Pour les adultes qui pèsent moins de 50 kg, la dose quotidienne maximale de paracétamol est de 60 mg/kg/jour. Fonction hépatique diminuée, consommation chronique d'alcool : Chez des patients présentant une fonction hépatique diminuée, la dose doit être réduite ou l'intervalle entre les doses doit être prolongé. La dose quotidienne de paracétamol ne peut pas être supérieure à 2 g dans les situations suivantes : - Insuffisance hépatique ; - Syndrome de Gilbert (ictère non hémolytique héréditaire) ; - Consommation chronique d'alcool. Insuffisance rénale : En cas d'insuffisance rénale modérée à sévère, la dose doit être réduite :

Filtration glomérulaire	Dose de paracétamol
10 – 50 ml/min	500 mg toutes les 6 heures
< 10 ml/min	500 mg toutes les 8 heures

Personnes âgées : Il n'est pas nécessaire de procéder à une adaptation de dose eu égard aux données pharmacocinétiques. Il convient toutefois de tenir compte du fait que les insuffisances rénales et hépatiques sont plus fréquentes chez les personnes âgées. Mode d'administration Voie orale. CONTRE-INDICATIONS - Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. - Patients présentant une insuffisance hépatique sévère, maladie rénale aiguë ou chronique / insuffisance rénale, hypertension sévère ou hypertension non contrôlée ou une affection coronarienne. - Dans le cas d'accidents cérébrovasculaires antérieurs ou de facteurs de risque qui peuvent augmenter le risque d'accident cérébrovasculaire. - L'utilisation concomitante d'IMAO ou l'utilisation d'IMAO au cours des 2 semaines qui précèdent est contre-indiquée en raison du risque de crises hypertensives ou d'hyperthermies potentiellement fatales. - En combinaison avec d'autres médicaments sympathomimétiques (effet indirect ou type alpha) avec un effet vasoconstricteur en cas de décongestion, peu importe la méthode d'administration (orale ou nasale), en raison de risques plus importants de vasoconstriction et/ou de crise d'hypertension (cf. aussi 4.5). - Enfants de moins de 12 ans. - Pendant la grossesse et l'allaitement.

EFFETS INDESIRABLES Les effets indésirables rapportés lors de l'étude post-marketing sont décrits ci-dessous. Les effets indésirables mentionnés avec leur fréquence selon la convention suivante : Très fréquent (≥1/10), fréquent (≥1/100, <1/10), peu fréquent (≥1/1 000, <1/100), Rare (≥1/10 000, <1/1 000), Très rare (<1/10 000), fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Un certain nombre d'effets indésirables ont été identifiés au cours des études cliniques aux fréquences énoncées ci-dessous. Certains effets indésirables ont cependant été signalés spontanément lors de l'utilisation post-commercialisation. Dans ces cas, aucune fréquence n'a pu être établie sur la base des données disponibles et celle-ci a donc été classée en tant que "fréquence indéterminée". Des réactions indésirables aux médicaments contenant du paracétamol, de la pseudoéphédrine HCl ou une combinaison qui sont constatées au cours de l'étude post-marketing, à l'aide du nombre estimé de cas sur la base des messages spontanés : Affections du système immunitaire Très rare : réaction anaphylactique Très rare : hypersensibilité Quelques rares cas d'accidents allergiques ont été signalés, prenant la forme d'éruptions cutanées avec érythème ou urticaire et imposant l'arrêt du traitement. De très rares cas de thrombocytopénie ont également été signalés. Un oedème de Quincke a été rarement rapporté. Très rarement, des cas de réactions cutanées sévères ont été signalés. Affections psychiatriques Fréquent : nervosité Fréquent : insomnie Très rare : angoisse Très rare : humeur euphorique Fréquence indéterminée : hallucination Fréquence indéterminée : hallucination, visuelle Fréquence indéterminée : impatience Affections du système nerveux Fréquent : étourdissement Très rare : céphalée Très rare : hyperactivité psychomotrice (dans la population pédiatrique) Fréquence indéterminée : dysgueusie Fréquence indéterminée : migraine. Fréquence indéterminée : convulsions Fréquence indéterminée : somnolence Fréquence indéterminée : accident vasculaire cérébral Fréquence indéterminée : Syndrome d'encéphalopathie postérieure réversible (PRES) Fréquence indéterminée : Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (RCVS) Fréquence indéterminée : paresthésie Fréquence indéterminée : tremblement Affections oculaires Fréquence indéterminée : neuropathie optique ischémique Affections cardiaques Très rare : arythmie Très rare : palpitations Très rare : tachycardie Fréquence indéterminée : infarctus du myocarde * Dans des cas rares, des patients ingérant des médicaments comportant de la pseudoéphédrine ont été victimes d'une hémorragie cérébrale. Il s'agit souvent de patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires ou dans des cas d'overdose ou en combinaison avec des médicaments vasoconstricteurs. Fréquence indéterminée : accidents ischémiques transitoires Affections vasculaires Parfois : hypertension Affections gastro-intestinales Fréquent : sécheresse buccale Fréquent : nausées Très rare : maux de ventre Très rare : diarrhée Très rare : vomissements Fréquence indéterminée : colite ischémique Affections hépatobiliaires Des signes de toxicité hépatique ont été rapportés à la suite de traitements prolongés à doses élevées. La toxicité hépatique peut être potentialisée par l'alcool et les inducteurs des enzymes microsomiales. Affections de la peau et du tissu sous-cutané Très rare : angio-oedème Très rare : prurit Très rare : éruptions cutanées Très rare : éruptions cutanées avec démangeaisons Très rare : urticaire Fréquence indéterminée : érythème pigmenté fixe Fréquence indéterminée : pustulose exanthématique aiguë généralisée Affections du rein et des voies urinaires Très rare : dysurie Très rare : une rétention urinaire a été observée chez des hommes présentant une hypertrophie de la prostate, qui s'est avérée être un facteur prédisposant. Troubles généraux et anomalies au site d'administration Très rare : sensation de nervosité Investigations Très rare : augmentation des transaminases (chez certains patients qui ingèrent des doses de paracétamol selon l'étiquette, de légères augmentations des transaminases peuvent intervenir ; ces augmentations ne s'accompagnent pas d'insuffisance hépatique et disparaissent généralement lors de la poursuite du traitement ou après l'arrêt du paracétamol). * : Les événements ont été signalés dans de très rares cas après la mise sur le marché. Une récente étude de sécurité post-autorisation (PASS) n'a pas fourni de preuve d'un risque accru d'infarctus du myocarde ou d'accident cérébrovasculaire à la suite de l'utilisation de vasoconstricteurs pour décongestion nasale, y compris la pseudoéphédrine. Les effets indésirables suivants peuvent intervenir lors de la prise de paracétamol :

Produit	PP
Sinutab® 500/30 mg 15 compr.	8,29 €
Sinutab® Forte 500/60 mg 20 compr.	9,83 €

Classes de système d'organes	
Affections hématologiques et du système lymphatique	
Très rare (<1/10 000)	thrombocytopénie ; leucopénie ; pancytopenie ; neutropénie ; anémie hémolytique, agranulocytose
Fréquence indéterminée	anémie
Affections du système immunitaire	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	réactions allergiques
Très rare (<1/10 000)	réactions allergiques nécessitant un arrêt du traitement
Fréquence indéterminée	choc anaphylactique
Affections du système nerveux	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	céphalée
Affections gastro-intestinales	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	maux de ventre ; diarrhée ; nausées ; vomissements ; constipation
Affections hépatobiliaires	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	diminution de la fonction hépatique ; insuffisance hépatique ; hépatite nécrose ; hépatite ictère
Très rare (<1/10 000)	hépatotoxicité
Fréquence indéterminée	hépatite
Affections de la peau et des tissus sous-cutanés	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	prurit ; rash ; transpiration ; angioedème ; urticaire
Très rare (<1/10 000)	réactions cutanées sévères très rares
Affections du rein et des voies urinaires	
Très rare (<1/10 000)	pyurie stérile (urine trouble)
Fréquence indéterminée	néphropathies (néphrite interstitielle ; nécrose tubulaire) avec utilisation à long terme de doses élevées
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	étourdissements ; malaise
Lésions, intoxications et complications liées aux procédures	
Rare (≥1/10 000, <1/1 000)	surdosage et intoxication

Déclaration des effets indésirables suspectés : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé. www.afmps.be Division Vigilance ; Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be E-mail : adr@tagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance. MODE DE DELIVRANCE Sinutab 500 mg/30 mg, emballage de 15 comprimés : délivrance libre. Sinutab Forte 500 mg/60 mg, emballage de 20 comprimés : délivré sur prescription médicale ou demande écrite. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Johnson & Johnson Consumer NV/SA, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Belgique Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : BE240195 Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : BE240186 Luxembourg Sinutab 500 mg/30 mg comprimés Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2003070017 Numéro national 15 comprimés : 0349011 Numéro national 30 comprimés : 0349025 Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2003070018 Numéro national : 0349039 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE Date de mise à jour du texte : 06/2024 Date de l'approbation du texte : 06/2024 v19.1.B18.1 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. BE-SIN-2024-83956

« Le financement des hôpitaux doit davantage tenir compte du profil social des patients »

Selon l'étude Maha, 63 % des établissements hospitaliers belges présentent un budget déficitaire. La situation est encore plus dramatique à Bruxelles, selon Dieter Goemaere, directeur hôpitaux et *chief economist* chez Gibbis, la fédération des instituts de soins de la Région de Bruxelles-Capitale.

Les causes des déficits hospitaliers ne sont pas neuves : le sous-financement structurel croissant, le contexte économique, de nouvelles obligations non financées comme la cybersécurité et la pénurie de personnel médical. Le pays tout entier est confronté à ce problème, mais ces difficultés sont aggravées par des éléments spécifiques à Bruxelles.

« Bruxelles se distingue par trois caractéristiques. Nous avons heureusement un sérieux atout : la concentration d'expertise. Nous la devons à notre statut de capitale de la Belgique, à notre position centrale et à notre modèle économique ouvert. Bruxelles génère 17 à 18 % du PIB belge », explique Dieter Goemaere. « Bruxelles est en proie aux mêmes défis que des métropoles comme Paris ou Londres. Nous abritons 1,2 million d'habitants sur un territoire restreint. La population est très diverse - on y parle 107 langues. Selon StatBel, 38 % des habitants sont exposés à un risque accru

de pauvreté ou d'exclusion sociale - deux fois plus que la moyenne belge. Le nombre de sans-abri est estimé à 7.000, et un grand nombre de personnes est sous demande de protection internationale. La complexité institutionnelle constitue le troisième facteur. La Flandre a une vision pour Bruxelles, la Wallonie en a une autre et les Bruxellois eux-mêmes ont une vision. »

Une autre réalité

Ces caractéristiques jouent un rôle important dans le domaine médical. « Commençons par l'aspect positif : notre fantastique concentration d'expertise », poursuit M. Goemaere. « Trois des sept hôpitaux universitaires sont situés dans notre région. Nos établissements hospitaliers accueillent également des patients des régions avoisinantes : 36 % des patients des hôpitaux généraux sont issus d'une autre région, parfois même de la frontière française. Bien que Bruxelles n'abrite que 10 % de la population belge,



Dieter Goemaere, de Gibbis.

elle concentre 15 % de l'offre hospitalière. Toutefois, la réalité des hôpitaux bruxellois diffère. Ainsi, un tiers des Bruxellois n'a pas de médecin de famille attitré. En cas de problème, ces personnes se tournent plus souvent vers l'hôpital. Nous voulons donc investir davantage dans la collaboration entre les postes de garde et les urgences. »

« Le risque accru de pauvreté de la population bruxelloise a un impact sur le budget de nos hôpitaux : ils sont confrontés à 27 % du total des factures impayées en Belgique. Un hôpital belge moyen a 1 % de dossiers MediPrima pour les patients sans domicile fixe. Pour les quatre établissements bruxellois, cette proportion va de 9 à 25 %. Le profil de la population a des implications financières et sanitaires. Le gouvernement souhaite que les hôpitaux réduisent la durée des hospitalisations et renvoient plus rapidement les patients chez eux. Encore faut-il qu'ils puissent bénéficier d'un bon encadrement à domicile. »

Une épée de Damoclès

La précarité financière des hôpitaux bruxellois est encore plus flagrante si

on tient compte du paiement des pensions, ajoute Dieter Goemaere. « Les pensions du personnel statutaire sont couvertes par un nombre de travailleurs de plus en plus restreint, surtout dans les établissements publics, soit un sur trois à Bruxelles. De moins en moins d'employés statutaires cotisent. Les hôpitaux doivent donc compenser cette perte. C'est une véritable épée de Damoclès. Le Conseil fédéral des établissements hospitaliers a calculé que les hôpitaux bruxellois avaient besoin de 32,5 millions rien que pour le paiement des pensions. Cela représente en moyenne 7 millions par clinique. Aucun hôpital n'est en mesure de ponctionner 7 millions sur son exploitation, année après année. »

Par ailleurs, à Bruxelles comme ailleurs, le secteur de la santé manque de bras. « Notre population vieillit, ce qui accroît la demande de soins, alors que nous ne parvenons pas à remplacer ceux qui prennent leur retraite au même rythme. En outre, depuis la pandémie, l'absentéisme a atteint 12 %. Bruxelles est confrontée à des défis spécifiques : 83 % des Bruxellois sont francophones. Nous essayons de respecter notre statut de

Bruxelles réclame plus d'appareils IRM

En mai dernier, le ministre Vandenberghe a autorisé l'acquisition de 15 appareils IRM supplémentaires en Flandre et cinq en Région wallonne, mais Bruxelles n'a rien obtenu. Gibbis a interjeté appel de cette décision au Conseil d'État.

« Actuellement, le temps d'attente pour une IRM non urgente s'élève à trois mois. C'est beaucoup trop long. Nous

ne sommes pas opposés à l'acquisition de matériel supplémentaire par les autres Régions, mais nous en demandons quatre pour Bruxelles, en plus de l'élargissement accordé à la Wallonie et à la Flandre. Ce dossier atterrira sur la table du nouveau gouvernement afin de trouver une solution équitable pour toutes les Régions. »

bilinguisme. Mais une partie des Bruxellois ne parle ni français ni néerlandais, et nous devons pouvoir les aider également. »

« La mobilité constitue un autre problème. La moitié du personnel de certains hôpitaux provient d'une autre région, et est confrontée aux embouteillages, ainsi qu'aux problèmes de parking. Les transports publics ne constituent pas d'alternative pour ceux qui travaillent de nuit. Beaucoup d'hôpitaux déménagent en bordure des villes, où ils ont plus de place et où les terrains sont moins chers. Ce n'est pas une option à Bruxelles : la densité de sa population nous contraint à offrir une offre sanitaire suffisante. La moitié de ces familles n'a pas de véhicule, et ne peut pas nécessairement se rendre vers un hôpital en périphérie. »


**« Démolir un hôpital
d'un côté du ring pour
en construire un de l'autre
côté n'a aucun sens. »**

Une vision cohérente


Dieter Goemaere ne se limite pas à énumérer les problèmes, il propose des solutions. « *En premier lieu, il faut reconnaître l'importance du rôle de Bruxelles pour tous les patients belges. Des voix s'élèvent pour poursuivre la régionalisation des soins de santé. Quelle sera la place de Bruxelles ? Nous estimons que 15 % de l'offre doit être organisée à Bruxelles. C'est une boutade, mais démolir un hôpital d'un côté du ring pour en construire un de l'autre côté n'a aucun sens. Le financement des hôpitaux devrait tenir compte du profil social des patients, bien plus qu'aujourd'hui. Nous avons demandé une étude à ce sujet au KCE.* »

« Nous devons également réfléchir à l'utilité de petites 'outpatient clinics' chargées des soins programmés - le ministre Vandenbroucke y a fait allusion dans son discours pour Maha. La collaboration des pharmacies hospitalières peut également être un facteur d'efficacité. Mais sur ce point, nous sommes trop souvent confrontés à des obstacles juridiques. Nous pouvons les surmonter, si nous en avons la volonté. Bruxelles a surtout besoin d'une vision cohérente à long terme et d'une organisation adaptée à ses défis. »

Erik Derycke



10 years



Betmiga™
mirabegron


	Prix public
BETMIGA™ tab. 50 mg x 30	€ 49,89
BETMIGA™ tab. 25 mg x 30	€ 49,89
BETMIGA™ tab. 50 mg x 90	€ 117,00
BETMIGA™ tab. 25 mg x 90	€ 117,00

Tous les agonistes β_3 ont un prix équivalent au 1^{er} janvier 2025¹

improving the lives of **OAB patients**
OAB: Overactive bladder = Vessie hyperactive

Traiter avec confiance

- ✓ À ce jour, > **40 millions** de patients ont été traités par BETMIGA™ pour hyperactivité vésicale²
- ✓ > **23.000 patients** ont participé à **19 essais cliniques**³-²⁷
- ✓ Les données en situation réelle dans huit pays **confirment une amélioration de la qualité de vie** avec le profil de sécurité connu et constant de BETMIGA™²⁸



ABBREVIATED SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS

1. NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT Betmiga 25 mg prolonged-release tablets Betmiga 50 mg prolonged-release tablets **2. QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION** Betmiga 25 mg prolonged-release tablets: Each tablet contains 25 mg of mirabegron. Betmiga 50 mg prolonged-release tablets: Each tablet contains 50 mg of mirabegron. For the full list of excipients, see section 6.1. **3. PHARMACEUTICAL FORM** Prolonged-release tablet, Betmiga 25 mg tablet, oval, brown tablet, debossed with the company logo and "355" on the same side. Betmiga 50 mg tablet, oval, yellow tablet, debossed with the company logo and "355" on the same side. **4. CLINICAL PARTICULARS** **4.1 Therapeutic indications** Overactive bladder in adults. Betmiga prolonged-release tablets are indicated for symptomatic treatment of urgency, increased micturition frequency and/or urgency incontinence as may occur in adult patients with overactive bladder (OAB) syndrome. Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population Betmiga prolonged-release tablets are indicated for treatment of neurogenic detrusor overactivity (NDO) in paediatric patients aged 3 to less than 18 years. **4.2 Posology and method of administration** Posology Overactive bladder Adults (including elderly patients) The recommended dose is 50 mg once daily. Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population Paediatric patients 3 to less than 18 years of age with NDO may be administered Betmiga prolonged-release tablets or Betmiga granules for prolonged-release oral suspension based on the body weight of the patient. The prolonged-release tablets may be administered to patients weighing 35 kg or more; the granules for prolonged-release oral suspension are recommended for patients below 35 kg. Patients administered 6 ml oral suspension dose may be switched to 25 mg tablet dose and patients administered 10 ml oral suspension dose may be switched to 50 mg tablet dose. The recommended starting dose of Betmiga prolonged-release tablets is 25 mg once daily with food. If needed, the dose may be increased to a maximum dose of 50 mg once daily with food after 4 to 8 weeks. During long-term therapy, patients should be periodically evaluated for treatment continuation and for potential dose adjustment, at least annually or more frequently if indicated. Patients should be instructed to take any missed doses, unless more than 12 hours have passed since the missed dose. If more than 12 hours have passed, the missed dose can be skipped, and the next dose should be taken at the usual time. Special populations Renal and hepatic impairment Betmiga has not been studied in patients with end stage renal disease (ESRD) (estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 15 mL/min/1.73 m²), patients requiring haemodialysis, or patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C). and therefore, it is not recommended for use in these patient populations (see sections 4.4 and 5.2). The following table provides the daily dosing recommendations for adult OAB patients with renal or hepatic impairment (see sections 4.4, 4.5 and 5.2). **Table 1: Daily dosing recommendations for adult OAB patients with renal or hepatic impairment**

Parameter	Classification	Dose (mg)
Renal impairment ⁽¹⁾	Mild/Moderate*	50
	Severe**	25
	ESRD	Not recommended
Hepatic impairment ⁽²⁾	Mild*	50
	Moderate**	25
	Severe	Not recommended

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 mL/min/1.73 m²; Severe: eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²; ESRD: eGFR < 15 mL/min/1.73 m². 2. Mild: Child-Pugh Class A; Moderate: Child-Pugh Class B; Severe: Child-Pugh Class C. * In patients with mild to moderate renal impairment or mild hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors, the recommended dose is no more than 25 mg. ** Not recommended for use in patients with severe renal impairment or moderate hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors. The following table provides the daily dosing recommendations for paediatric NDO patients aged 3 to less than 18 years with renal or hepatic impairment weighing 35 kg or more (see sections 4.4 and 5.2). **Table 2: Daily dosing recommendations for paediatric NDO patients aged 3 to less than 18 years with renal or hepatic impairment weighing 35 kg or more**

Parameter	Classification	Starting dose (mg)	Maximum dose (mg)
Renal impairment ⁽¹⁾	Mild/Moderate*	25	50
	Severe**	25	25
	ESRD	Not recommended	
Hepatic impairment ⁽²⁾	Mild*	25	50
	Moderate**	25	25
	Severe	Not recommended	

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 mL/min/1.73 m²; Severe: eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²; ESRD: eGFR < 15 mL/min/1.73 m². 2. Mild: Child-Pugh Class A; Moderate: Child-Pugh Class B; Severe: Child-Pugh Class C. * In patients with mild to moderate renal impairment or mild hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors, the recommended dose is no more than the starting dose. ** Not recommended for use in patients with severe renal impairment or moderate hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors. Gender No dose adjustment is necessary according to gender. Paediatric population Overactive bladder The safety and efficacy of mirabegron in children below 18 years of age with OAB have not yet been established. No data are available. Neurogenic detrusor overactivity The safety and efficacy of mirabegron in children below 3 years of age have not yet been established. Method of administration Overactive bladder in adults The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It may be taken with or without food. Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It should be taken with food. **4.3 Contraindications** - Hypersensitivity to the active substance(s) or to any of the excipients listed in section 6.1. - Severe uncontrolled hypertension defined as systolic blood pressure ≥ 180 mm Hg and/or diastolic blood pressure ≥ 110 mm Hg. **4.4 Special warnings and precautions for use** Renal impairment Betmiga has not been studied in patients with ESRD (eGFR < 15 mL/min/1.73 m²) or patients requiring haemodialysis and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. Data are limited in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²); based on a pharmacokinetic study (see section 5.2) a dose of 25 mg once daily is recommended in this population. This medicinal product is not recommended for use in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 mL/min/1.73 m²) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). Hepatic impairment Betmiga has not been studied in patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C) and therefore, it is not recommended for use in this patient population. This medicinal product is not recommended for use in patients with moderate hepatic impairment (Child-Pugh B) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). Hypertension Overactive bladder in adults Mirabegron can increase blood pressure. Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron, especially in hypertensive patients. Data are limited in patients with stage 2 hypertension (systolic blood pressure ≥ 160 mm Hg or diastolic blood pressure ≥ 100 mm Hg). Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population Mirabegron can increase blood pressure in paediatric patients. Blood pressure increases may be larger in children (3 to less than 12 years of age) than in adolescents (12 to less than 18 years of age). Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron. Patients with congenital or acquired QT prolongation Betmiga, at therapeutic doses, has not demonstrated clinically relevant QT prolongation in clinical studies (see section 5.1). However, since patients with a known history of QT prolongation or patients who are taking medicinal products known to prolong the QT interval were not included in these studies, the effects of mirabegron in these patients is unknown. Caution should be exercised when administering mirabegron in these patients. Patients with bladder outlet obstruction and patients taking antimuscarinics medicinal products for OAB Urinary retention in patients with bladder outlet obstruction (BOO) and in patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB has been reported in post-marketing experience in patients taking mirabegron. A controlled clinical safety study in patients with BOO did not demonstrate increased urinary retention in patients treated with Betmiga; however, Betmiga should be administered with caution to patients with clinically significant BOO. Betmiga should also be administered with caution to patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB. **4.8 Undesirable effects** Summary of the safety profile The safety of Betmiga was evaluated in 8 433 adult patients with OAB, of which 5 648 received at least one dose of mirabegron in the phase 2/3 clinical program, and 622 patients received Betmiga for at least 1 year (365 days). In the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies, 88% of the patients completed treatment with this medicinal product, and 4% of the patients discontinued due to adverse events. Most adverse reactions were mild to moderate in severity. The most common adverse reactions reported for adult patients treated with Betmiga 50 mg during the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies are tachycardia and urinary tract infections. The frequency of tachycardia was 1.2% in patients receiving Betmiga 50 mg. Tachycardia led to discontinuation in 0.1% patients receiving Betmiga 50 mg. The frequency of urinary tract infections was 2.9% in patients receiving Betmiga 50 mg. Urinary tract infections led to discontinuation in none of the patients receiving Betmiga 50 mg. Serious adverse reactions included atrial fibrillation (0.2%). Adverse reactions observed during the 1-year (long term) active controlled (muscarinic antagonist) study were similar in type and severity to those observed in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. Tabulated list of adverse reactions The table below reflects the adverse reactions observed with mirabegron in adults with OAB in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. The frequency of adverse reactions is defined as follows: very common (≥ 1/10); common (≥ 1/100 to < 1/10); uncommon (≥ 1/1 000 to < 1/100); rare (≥ 1/10 000 to < 1/1 000); very rare (< 1/10 000) and not known (cannot be established from the available data). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness.

MedDRA System organ class	Common	Uncommon	Rare	Very rare	Not known (cannot be estimated from the available data)
Infections and infestations	Urinary tract infection	Vaginal infection Cystitis			
Psychiatric disorders					Insomnia* Confusional state*
Nervous system disorders	Headache* Dizziness*				

Rare mais nombreux

« Rare mais nombreux », c'est le slogan de la campagne de RaDiOrg, l'organisation faîtière des associations de patients luttant contre les maladies rares, pour l'année 2025.

Le *journal du Médecin* s'associe à RaDiOrg pour informer les médecins.

Les maladies rares touchent plus de 500.000 Belges. L'Observatoire européen des maladies rares a réalisé fin 2024 un sondage auprès de 11.413 personnes dans 11 pays européens.

Premier constat : le terme « maladie rare » reste méconnu de la grande majorité des Européens. Seul un répondant sur quatre sait précisément ce que le terme signifie. Pourtant, près d'un Européen sur trois est concerné, directement ou indirectement, par une maladie rare. Et plus de deux tiers n'admettraient pas de découvrir qu'aucune recherche n'est menée pour développer un traitement contre la maladie rare d'un proche.

Il en ressort un plébiscite pour toutes les mesures permettant de diminuer l'errance diagnostique. Selon les répondants, il faut que les médecins développent une culture du doute. Et aussi inclure systématiquement les malades sans diagnostic dans un programme global de diagnostic et de recherche.

Contribuer à l'effort

Dans son édition du 3 décembre, le *journal du Médecin* vous a distribué un poster à afficher dans votre salle d'attente pour informer les patients de la campagne de RaDiOrg en vue de la prochaine Journée mondiale consacrée aux maladies rares, le 28 février 2025.

Avec cette affiche, RaDiOrg souhaite notamment attirer l'attention sur son site internet (radiorg.be). En collaboration avec des hôpitaux spécialisés, le site répond à de nombreuses questions que peuvent se poser les médecins généralistes face à ces maladies complexes à prendre en charge et, avant tout, à diagnostiquer.

Laurent Zanella

POUR UN ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE PLUS SAIN

En Belgique, une personne sur deux âgée de 3 ans et plus est en surpoids, selon les derniers chiffres de Sciensano*. S'il n'y a pas de solution unique pour faire face à cette situation, l'environnement alimentaire revêt une importance capitale.

Retrouvez les discussions de ce 2^e Real Talk ici



Coca-Cola Belgique & Luxembourg entend bien y apporter une contribution positive. L'entreprise a organisé la deuxième édition du Real Talk sur la nutrition et la santé en décembre dernier. Un événement qui réunit chaque année des représentants des autorités, de la distribution, de l'industrie et de nombreux professionnels de la santé pour aborder un enjeu crucial : comment faire évoluer l'environnement alimentaire face à l'obésité et l'excès de poids en Belgique ?

Face au surpoids et à l'obésité, l'industrie alimentaire a un rôle à jouer pour **faciliter les choix sains**. C'est la raison pour laquelle nous avons déjà pris plusieurs engagements, que ce soit dans :

1 L'ÉVOLUTION DE NOTRE PORTEFEUILLE DE PRODUITS

2 LA RÉDUCTION DU SUCRE

3 LE MARKETING RESPONSABLE

Et pour aller plus loin, nous souhaitons **favoriser les échanges entre les différentes parties prenantes**, ce qui était le cas à l'occasion d'un 2^e Real Talk qui s'est tenu en décembre dernier, en collaboration avec Food in Action.

VOUS VOULEZ EN SAVOIR PLUS ?



Contactez Maureen O'Sullivan, Senior Manager Public Affairs & Sustainability chez Coca-Cola Belgique & Luxembourg : mosullivan@coca-cola.com

* Sciensano - 2024. Enquête de consommation alimentaire 2022-2023.

Coca-Cola Belgique et Luxembourg



QUELQUES ENGAGEMENTS EN UN CLIN D'ŒIL :

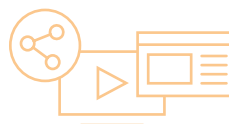
1 UNE OFFRE PERMETTANT DES CHOIX SAINS

52%

Actuellement, 52 %* de nos boissons sont sans sucres ou à faible teneur en sucres.

2 PAS DE MARKETING DIRIGÉ AUPRÈS DES ENFANTS DE MOINS DE 13 ANS

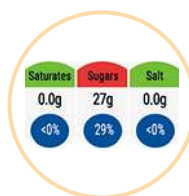
Nous soutenons la proposition du secteur alimentaire belge pour renforcer l'autorégulation avec une limite d'âge portée à 16 ans pour le marketing de produits riches en graisses, sucres ou sel.



3 AUCUN DISTRIBUTEUR DE BOISSONS DANS LES ÉCOLES PRIMAIRES ET SECONDAIRES



4 DES INFORMATIONS NUTRITIONNELLES CLAIRES ET TRANSPARENTES SUR NOS EMBALLAGES



Afin d'aider les gens à faire des choix informés.

RETROUVEZ TOUS NOS ENGAGEMENTS ET ACTIONS POUR CONTRIBUER À UN ENVIRONNEMENT ALIMENTAIRE PLUS SAIN



Coca-Cola Services sa/nv - Chaussée de Mons 1424, 1040 Bruxelles - BE 0462.525.791

** 52% des ventes de Coca-Cola Europacific Partners Belgium réalisées en Belgique et Luxembourg sur les marques appartenant à The Coca-Cola Company en 2023

La téléconsultation pas supprimée, mais restreinte

Il a été décidé en Médico-mut' de limiter leur nombre par médecin et par patient, par mesure d'économie.

La Médico-mut a décidé, lors de sa réunion du lundi 13 janvier, de réduire le remboursement des téléconsultations afin d'économiser sur les frais croissants qu'elles engendrent. Pour rappel, selon l'Inami, en 2023, les médecins généralistes ont facturé 5,6 millions de téléconsultations, contre moins de 5 millions l'année précédente. Plus de trois quarts des généralistes recourent aux consultations par téléphone. Leur nombre sera désormais limité par patient, par médecin et par an. Les montants et modalités définitifs devaient encore être déterminés au moment de boucler cette édition. Par ailleurs, un groupe de travail va être chargé de définir le contenu d'une téléconsultation.

Les suspendre ? Pas possible

En octobre dernier, la proposition de budget 2025 approuvée par le Comité de l'assurance de l'Inami prévoyait, entre autres, de « suspendre » les frais de téléconsultation, mais cette proposition avait été bloquée par le Conseil général. Par ailleurs, dans le cadre d'un budget santé provisoire comme c'est le cas pour le moment, aucune « nouvelle politique », comme suspendre les frais de téléconsultation, ne peut être introduite car cela nécessite une législation.

Essentielles pour l'accès aux soins

Pour la Dre Marieke Geijsels (AADM, Alliance Artsenbelang - Domus Medica), il est essentiel que les téléconsultations restent honorées car elles sont précieuses pour le patient et pour l'accessibilité aux soins. Parallèlement, il est toutefois aussi important que les dépassements budgétaires soient pris en compte, faute de quoi des mesures d'économies plus douloureuses pourraient s'avérer nécessaires par la suite.

Erik Derycke



Plusieurs chambres de stockage permettent à Q1 Scientific de simuler des conditions de -80 °C à +40 °C, et différents taux d'humidité.

Q1 Scientific se concentre sur le stockage et le suivi des échantillons, grâce à un système électronique de gestion des données.

La PME wallonne qui joue dans la cour des grands pharmas

En région liégeoise, une petite entreprise dont les employées se comptent sur les doigts d'une main s'est affirmée comme maillon essentiel de la chaîne de production des médicaments. Elle permet notamment de déterminer combien de temps vos vaccins peuvent rester hors de votre frigo.

Le long de la E42, les bureaux de Q1 Scientific Belgium sont logés dans un petit bâtiment qui se fond parmi les autres entreprises du zoning. Il jouxte un hangar tout ce qu'il y a de plus commun, qui abrite le cœur de ses activités. Une discrétion qui plaira sûrement à ses « Big Pharma » de clients, dont on ne parviendra jamais à obtenir les noms. Mais différents indices, notamment la sécurité qui équipe le bâtiment, indiquent que la PME wallonne joue dans la cour des grands.

Filiale du mastodonte américain Cambrex, l'Irlandaise Q1 Scientific propose des solutions de stockage sous conditions contrôlées de température et d'humidité, essentielles pour garantir la stabilité des médicaments et dispositifs médicaux. Ces données sont indispensables à l'obtention des autorisations de mise sur le marché délivrées par les autorités réglementaires. « Nous contribuons directement à établir la durée de conservation et les conditions de stockage des produits, données qui impactent aussi bien les médecins que les pharmaciens », explique Cécile Jacoby, general manager de Q1 Scientific Belgium. L'implantation à Villers-le-Bouillet (non loin de Huy) est le premier (et unique) site continental européen du groupe.

Des données importantes pour les soignants

Pour les médecins, la stabilité d'un produit pharmaceutique est un gage de fiabilité. Un vaccin dont les conditions de conservation sont mal respectées perd de son efficacité. « Nos études permettent de déterminer jusqu'à quel point un produit peut tolérer des variations de température ou d'humidité sans altération de ses propriétés thérapeutiques », poursuit Cécile Jacoby. Ces principes s'appliquant tant aux vaccins qu'aux autres médicaments injectables tels que les stylos d'insuline.

La logistique et le stockage en officine pharmaceutique reposent également sur ces données. Dans des situations d'urgence, comme une panne de réfrigérateur, Q1 Scientific pourrait d'ailleurs bientôt proposer un service de secours permettant de transférer les produits

vers ses installations sécurisées en moins de 24 heures, ce qui pourrait éviter de coûteuses pertes ou ruptures de stock.

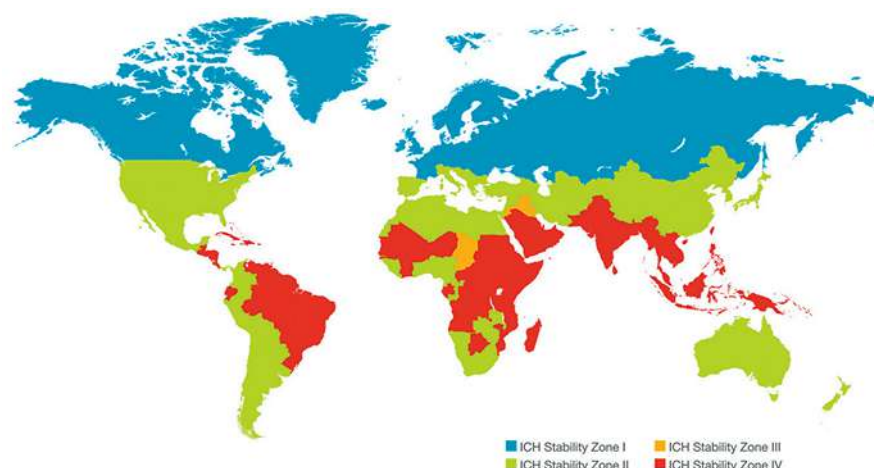
Par consensus international, le monde a été divisé en quatre zones de conditions climatiques (voir carte ci-contre). Le site de Villers-le-Bouillet abrite plusieurs chambres de stockage capables de toutes les simuler, jusqu'aux plus extrêmes (de -80 °C à +40 °C, avec différents taux d'humidité). Ces infrastructures permettent des études variées : la stabilité à long terme, sous conditions accélérées, les cycles de congélation-décongélation, ou encore la photostabilité, de plus en plus demandée avec le réchauffement climatique. Q1 Scientific ne réalise pas les analyses chimiques des produits. Elle se concentre sur le stockage et le suivi des échantillons, grâce à un système électronique de gestion des données. « Nous

garantissons une traçabilité complète des produits tout au long des études, avec un accès sécurisé aux données via un portail en ligne », précise Cécile Jacoby.

De bonnes perspectives de croissance

Depuis son acquisition par le groupe américain Cambrex en 2022, Q1 Scientific a renforcé ses capacités en Europe. Le site belge est appelé à quadrupler sa superficie pour répondre à la demande croissante, notamment de la part de sociétés biotechnologiques belges et internationales. « Nous sommes également en cours de certification GDP (Good Distribution Practice), ce qui élargira nos services au stockage de produits destinés à des essais cliniques ou au commerce », ajoute Cécile Jacoby.

Q1 Scientific Belgium ne travaille pas seulement avec les grandes entreprises pharmaceutiques. « Nous collaborons aussi avec des start-ups et des PME, en proposant des solutions adaptées à leurs besoins spécifiques. Notre modèle basé sur le 'pay-per-use' permet de réduire les coûts pour les petites structures », souligne sa directrice. À noter encore que les initiatives wallonnes BioWin et de l'Awex ont permis à la PME de se ménager cette place clé dans le paysage biopharmaceutique wallon.



■ ICH Stability Zone I ■ ICH Stability Zone III
■ ICH Stability Zone II ■ ICH Stability Zone IV

François Hardy

Des soins palliatifs au bon endroit au bon moment

Les soins palliatifs, longtemps cantonnés aux patients en fin de vie atteints de cancer, s'imposent désormais comme une réponse essentielle pour toute personne confrontée à une maladie grave et potentiellement mortelle. Il en faut au bon endroit, au bon moment, précise le KCE dans une étude parue jeudi.

On a peine à y croire mais l'offre actuelle en soins palliatifs peine à suivre la diversité des besoins et des préférences des patients. Les soins palliatifs en Belgique présentent en effet plusieurs lacunes importantes, malgré une offre déjà diversifiée. Une première faiblesse réside dans la sous-utilisation des services disponibles (*lire encadré*). En effet, de nombreux patients n'accèdent pas aux soins palliatifs, souvent en raison d'une identification trop tardive de leurs besoins. Cette situation est aggravée par un manque de sensibilisation aux options existantes, y compris les aides

financières, et par la complexité des démarches administratives.

En parallèle, certains besoins restent largement non couverts. Le système actuel peine à s'adapter aux préférences et situations particulières de certains patients, comme les jeunes ou ceux nécessitant des soins techniques complexes. Les populations vulnérables, telles que les personnes en situation de précarité, avec un handicap intellectuel ou souffrant de démence, rencontrent également des difficultés d'accès.

Les proches, souvent impliqués dans l'accompagnement des patients, supportent une charge émotionnelle, phy-

sique et sociale très lourde. Le manque de solutions de répit, telles que des séjours temporaires ou des soins de jour, contribue à leur épuisement.

Un autre problème notable concerne les compétences des professionnels de santé. Certains ne maîtrisent pas suffisamment les spécificités des soins palliatifs, notamment dans la gestion des aspects psychologiques, sociaux et émotionnels, ou peinent à adopter une approche centrée sur le «prendre soin» plutôt que sur le curatif.

Respecter les préférences des patients en fin de vie n'est pas un luxe, mais un devoir.

Enfin, l'offre spécialisée est insuffisante et mal répartie. Les unités de soins palliatifs souffrent de délais d'attente, et les équipes de soutien manquent de personnel et de financement. Par ailleurs, la répartition géographique inégale des services oblige certains patients à parcourir de longues distances pour bénéficier de soins adéquats. Ces faiblesses soulignent la nécessité urgente d'une réforme structurelle et d'un investissement accru pour répondre aux besoins croissants.

Recommandations

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a récemment formulé des recommandations percutantes.

L'objectif ? Développer une offre palliative à 360°, alignée sur les souhaits des patients : finir leurs jours à domicile ou dans un cadre non hospitalier. Pour y parvenir, plusieurs propositions structurantes émergent :

- Des services résidentiels non médicalisés, où des bénévoles formés aux soins palliatifs assureraient une présence permanente et une aide pratique (activités de la vie quotidienne, démarches, etc.);

- Des services résidentiels médicalisés, avec présence 24h/24 de prestataires infirmiers spécialisés en soins palliatifs;

- La possibilité de dispenser les soins palliatifs dans le cadre de l'hospitalisation à domicile;

- La possibilité de dispenser les soins palliatifs à l'hôpital de jour;

- Des consultations transmursales permettant aux patients ambulatoires de bénéficier de l'expertise très pointue qui existe à l'hôpital.

Au-delà des patients, un soutien accru aux aidants est crucial : prévenir leur épuisement est un impératif pour garantir un accompagnement de qualité. En somme, la question des soins palliatifs dépasse le seul cadre médical. Elle interroge notre société sur sa capacité à offrir à chacun une fin de vie digne, en harmonie avec ses souhaits. Rappelons-le : respecter les préférences des patients en fin de vie n'est pas un luxe, mais un devoir.

Nicolas de Pape

Structures existantes

Soins palliatifs généralistes

À domicile : Dispensés par les professionnels de première ligne (médecins généralistes, infirmiers, etc.), avec un soutien limité par des équipes de deuxième ligne. Les médecins généralistes jouent un rôle central, notamment pour l'octroi du statut palliatif et l'accès aux aides financières.

En institutions : Les maisons de repos et de soins (MRS) proposent des soins palliatifs à leurs résidents, sous la supervision d'un référent en soins palliatifs et d'un médecin coordinateur. Cependant, les obligations varient selon les types d'institutions, laissant des lacunes pour les personnes en situation de handicap ou de problèmes psychiatriques.

Soins palliatifs spécialisés

À l'hôpital : Les unités spécialisées (Sp4) se concentrent sur la phase terminale, offrant des soins techniques et un soutien psychologique approfondi. Des équipes mobiles intrahospitalières agissent en conseil mais ne prennent pas directement en charge les patients.

Centres de soins palliatifs de jour : Ces structures permettent d'assurer des soins complexes aux patients vivant à domicile tout en offrant un répit aux aidants. Elles sont toutefois presque inexistantes en Belgique francophone.

Soutien de deuxième ligne

Des équipes multidisciplinaires spécialisées appuient les soignants généralistes en fournissant conseils, formation et gestion des situations complexes. Leur couverture est inégale, avec des problèmes de financement et de dotation.

SOINS & SANTÉ

Salon professionnel du secteur médical et paramédical

Namur Expo

12 & 13 février 2025

Wallonie
familles santé handicap
AVIQ

probis
plus

ING

Entrée gratuite
sur soins-sante.be

AVEC LE CODE BAAL1000
OU SCANNEZ CE QR CODE



N'hésitez plus à notifier les effets indésira

Lors de la 7^e journée de la Vigilance organisée par l'AFMPS, le 12 décembre dernier, l'Agence s'est interrogée sur la façon dont l'intelligence artificielle va transformer le développement des médicaments et la pharmacovigilance.

Si les notifications des effets indésirables sont essentielles dans l'absolu, elles le sont encore plus dans un contexte de montée en puissance de l'intelligence artificielle (IA). Raison pour laquelle **Jamila Hamdani** (cellule pharmacovigilance, AFMPS) a invité les professionnels de la santé à ne pas hésiter à rapporter tous ceux qu'ils constatent en consultation, en pharmacie et à l'hôpital.

Divers outils permettent de le faire : le site de l'AFMPS (www.fagg-afmps.be), le site www.notifieruneffetindesirable.be ou l'adresse e-mail ADR@fagg-afmps.be. Elle a rappelé la forte croissance du nombre de notifications pendant la pandémie : en 2021, 11.337 notifications ont été faites par des professionnels de santé, et 24.965 par des patients. Des chiffres qui sont redescendus respectivement à 323 et 437 en 2024 (au 30 juin).

« L'AI n'est rien sans données », a insisté **Thierry Roisin** (politique de vigilance, AFMPS). « Proportionnellement à sa population, la Belgique n'a pas un nombre de notifications suffisant par rapport à d'autres pays. Pendant la pandémie, on a observé une forte augmentation du nombre de notifications, mais on démarrerait de très bas. Améliorer cette situation est un véritable défi. »

La qualité plutôt que la quantité

« En Belgique, on a moins de notifications que dans d'autres pays mais, en général, elles sont de meilleure qualité. Particulièrement durant la pandémie, notre pays a rapporté des signaux basés sur des cas nationaux qui étaient suffisants pour une confirmation et une évaluation au niveau européen par le PRAC (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee, EMA) et qui ont changé la façon dont on a utilisé certains vaccins », explique le Pr **Jean-Michel Dogné** (UNamur, EMA). Voilà pourquoi il estime que la qualité est parfois plus importante que la quantité.

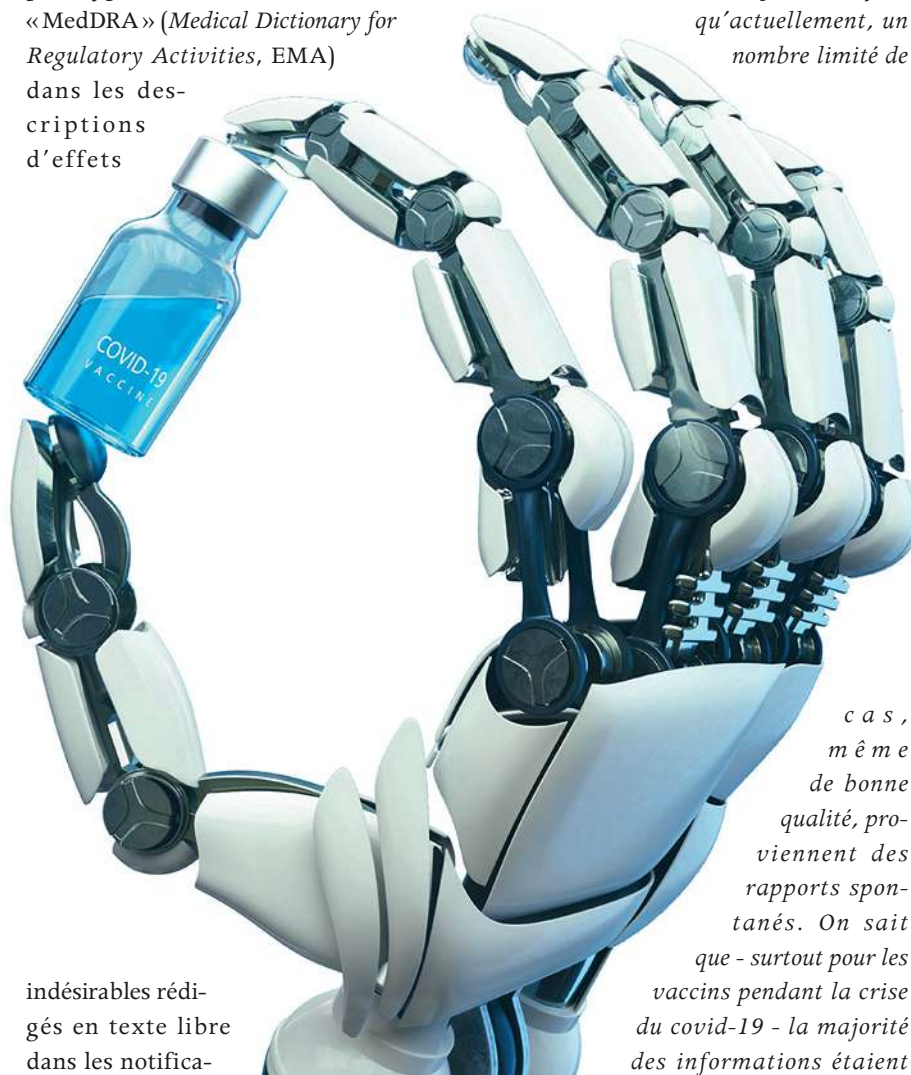
À côté des voies officielles de notification, les réseaux sociaux et les innom-

brables discussions qui s'y déroulent ne doivent pas être négligées : elles constituent une précieuse source d'informations. Encore faut-il pouvoir analyser ce corpus et débroussailler les infos disponibles, par exemple dans les forums de patients. **Cédric Claus** et **Grégory Godard** (ICT, AFMPS) ont présenté un prototype d'IA reconnaissant les termes « MedDRA » (*Medical Dictionary for Regulatory Activities*, EMA) dans les descriptions d'effets

les nouveaux effets secondaires et les notifications importantes. Pour l'instant, l'automatisation totale n'est pas possible, l'IA constitue donc un outil d'aide à la décision.

Une révolution en marche

« Lors d'un symposium sur l'IA à l'EMA, on a parlé du fait qu'actuellement, un nombre limité de



cas, même de bonne qualité, proviennent des rapports spontanés. On sait que - surtout pour les vaccins pendant la crise du covid-19 - la majorité des informations étaient discutées sur les réseaux sociaux. Dès lors, comment peut-on les screener ? Pas pour remonter à la personne qui a référé un cas, mais pour identifier si certains événements sont connus ou non », précise Jean-Michel Dogné, en donnant l'exemple du saignement menstruel largement commenté sur les réseaux sociaux à l'époque.

« La technologie IA révolutionne le développement des médicaments, et plus spécifiquement la surveillance de leur sécurité, et le processus réglementaire, au

bénéfice des patients », reconnaît-il. « Avec les algorithmes d'apprentissage automatique, on peut analyser les données plus rapidement pour essayer d'identifier les signaux de sécurité potentiels plus précocement, et surveiller les effets indésirables des médicaments dans la vie réelle et en temps réel. »

« L'objectif est de raccourcir les délais de développement, tout en renforçant notre capacité à répondre aux préoccupations de sécurité plus rapidement. Le projet relatif à l'automatisation de la notification des effets indésirables en est exemple : permettre de récolter des données dans un rapport en texte libre, c'est un grand pas. »

Autre défi posé par l'IA : construire la confiance dans l'explicabilité (également appelée « interprétabilité »). C'est le concept selon lequel un modèle d'apprentissage automatique et ses résultats peuvent être expliqués d'une manière qui « fait sens » pour un être humain. « Si on adopte l'IA, l'explicabilité est la clé, et le concept de vigilance algorithmique souligne le besoin de transparence du rôle de l'IA dans la prise de décision. On a besoin de données, on a besoin d'informations sur la façon dont les outils d'IA sont utilisés, et comment les réponses associées aux algorithmes et modèles sont proposés pour être au moins expliqués et reproductibles. C'est la responsabilité de toutes les parties prenantes - ceux qui les produisent et ceux qui les évaluent - d'en être clairement informés. Quand les professionnels de la santé comprennent comment l'IA arrive à une conclusion, on peut construire la confiance, pas seulement avec les cliniciens mais aussi avec les patients », souligne le doyen de la faculté de médecine de l'UNamur.

Écosystème plus collaboratif

L'IA est en train de transformer toute l'activité des acteurs de la pharmacovigilance, et les agences de régulation doivent s'entraîner à l'utiliser pour améliorer les capacités de surveillance

La greffe (animale) prend-elle ?

Au travers d'une enquête à la fois historique et ethnographique, la chercheuse française Catherine Rémy, dans son livre « Hybrides », illustre les questions médicales et éthiques qu'a posé et pose aux praticiens l'alternative que représente la xénogreffe, notamment face à la pénurie du don d'organes.

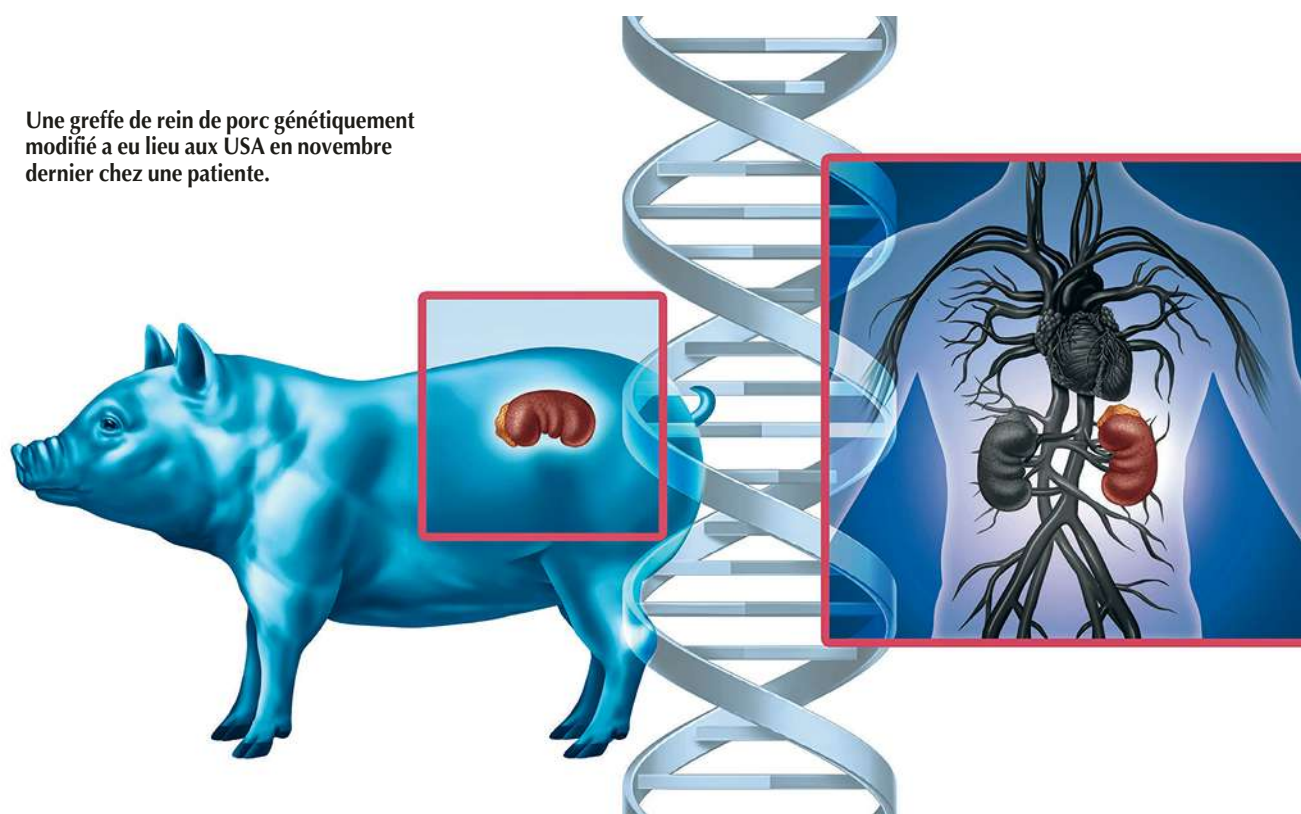
Revenant sur la pratique des chirurgiens expérimentateurs au 20^e siècle, Catherine Rémy, chargée de recherche au CNRS dont les principaux thèmes portent sur les relations entre hommes et animaux, essaie de comprendre les motivations des chercheurs et cliniciens. Les échecs successifs, réactions et résistances que la xénogreffe a suscitées expliquent pourquoi elle continue d'inquiéter aujourd'hui dans une société de plus en plus sensible au bien-être animal. À travers une double enquête – historique et ethnographique, au sein d'un laboratoire expérimental français –, Catherine Rémy, que nous avons rencontrée, a analysé cette pratique et a retrouvé et recueilli le témoignage de ses praticiens passés ou actuels.

Le journal du Médecin : La première xénogreffe a lieu assez tôt...

Catherine Rémy : Des essais entre espèces animales se déroulent dès la fin du 19^e siècle pour ensuite passer à l'humain. Je fais plutôt remonter l'histoire de la xénogreffe à la première xénotransfusion de sang : au 17^e siècle, un médecin, Jean Denis, va tenter des transfusions de sang entre agneaux et humains. Immédiatement, il y a des réactions très clivées à cette tentative que l'on retrouve au début du 20^e, en 1910, autour des essais de Serge Voronoff. Ce chirurgien, très bien intégré au monde médical de l'époque, va réaliser son protocole sur une dizaine d'années au travers de centaines de xénogreffes. Il est très commenté à la fois dans le monde médical et par le grand public. Un débat s'instaure à cette époque, qui va se structurer autour de l'utilité de ces greffes : on a accusé Voronoff de faire un « viagra » avant l'heure. La visée est en effet essentiellement sexuelle, puisqu'il s'agit de glandes de testicules prises sur des primates qui vont être insérées sur des humains.

Le chirurgien se défend en affirmant s'inscrire dans la tradition médicale et

Une greffe de rein de porc génétiquement modifié a eu lieu aux USA en novembre dernier chez une patiente.



chirurgicale qui cherche à revigorer l'organisme humain : il s'agit de travailler la question hormonale, la visée est donc tout à fait thérapeutique dans ces greffes. Mais, d'emblée, cela suscite la controverse, notamment également autour de l'utilisation du corps des animaux, principalement en Grande-Bretagne. En France, ses opposants lui

beaucoup de Britanniques viennent se faire greffer à Paris. Durant une conférence à Cambridge, il est attaqué par les militants antivivisectionnistes. La première xénogreffe réussie a lieu sur un humain aux États-Unis en 1963, et voit le patient y survivre deux mois.

Sa mort serait-elle due au fait que les médecins ont voulu le renvoyer trop

effectivement, l'équipe médicale semble complètement galvanisée par les premiers résultats. Ses paramètres sanguins sont bons, il commence à aller mieux et ils décident de médiatiser le cas, de faire sortir le patient de l'hôpital pour les fêtes de Noël, sorte de cerise sur le gâteau, montrant qu'il peut reprendre une vie normale. Mais il doit retourner à l'hôpital quelques jours plus tard... On peut dès lors tout à fait imaginer que l'équipe médicale a commis une énorme erreur et précipité très certainement la pneumonie qui va lui être fatale. Une autre greffe est menée sur Edith Parker, grande réussite du protocole puisqu'elle va survivre huit mois avec son greffon de rein de chimpanzé et va même reprendre son métier d'institutrice. L'équipe médicale a pris beaucoup plus de précautions et n'a pas médiatisé la greffe, ne la dévoilant qu'à l'obtention du temps de survie.

On constate un racisme patent aux USA, où les premiers patients sont des Noirs et, quand ils ne le sont pas, sont Blancs mais handicapés...



« Des essais entre espèces animales se déroulent dès la fin du 19^e siècle pour ensuite passer à l'humain. »

– Catherine Rémy, chargée de recherche au CNRS

reprochent d'instrumentaliser le corps des primates et finalement aussi de peut-être bestialiser l'humain. Mais c'est dans l'Hexagone qu'il y aura à l'époque les essais les plus aboutis. C'est le pays de la médecine expérimentale et de l'expérimentation animale.

Voronoff est connu dans toute l'Europe, et se rend au Royaume-Uni car

rapidement chez lui, le côté spectaculaire et la publicité qui en résultaient prenant le pas sur la santé du patient ?

Je n'ai pas la réponse. Mais dans ce cas – celui de Jefferson Davis, un docker d'une quarantaine d'années qui souffre notamment d'insuffisance rénale et se voit greffer un rein de chimpanzé –,

La logique des patients vulnérables joue à plein. Ces tentatives ont lieu dans les États ségrégationnistes. La façon d’y appréhender la médecine est très particulière : on y a énormément utilisé le corps des patients noirs pour mener des formes d’expérimentation. On trouve ces fameux *Charitable Hospitals*, dans lesquels la plupart des patients sont des Noirs pauvres. Il y a aussi quelques Blancs pauvres, en majeure partie des Afro-américains qui constituent un vivier pour les médecins.

Le dessous Descartes

Le fait que la France est à l’époque le pays de la médecine expérimentale et de l’expérimentation animale ne serait-il pas un héritage de Descartes, lequel compare l’animal à une machine ?

C’est l’hypothèse que j’énonce : si la médecine expérimentale est si puissante en France, c’est parce qu’au fond, c’est le bastion du cartésianisme, lequel permet de légitimer facilement cette disponibilité totale du corps des animaux pour la science. C’est clairement énoncé dans les textes de François Magendie ou Claude Bernard. Au nom du progrès scientifique s’opère cette coupure radicale.

Albert Schweitzer montre quant à lui de la compassion pour les animaux, étant plutôt de culture allemande que française....

Effectivement, et ce sentiment compassionnel finit par s’imposer en France. Le tournant, ce sont les années 1960, où les premières réglementations voient le jour et commencent à entraver la liberté totale des expérimentateurs.

Jusque-là, le comité d’éthique était juge et partie, puisque les médecins s’y jugeaient entre eux...

Oui, en France en tout cas, les expérimentateurs sont encore surreprésentés dans les comités d’éthique. Il y a bien une régulation, une loi, des contrôles, des inspecteurs vétérinaires qui vont dans les laboratoires, mais leurs visites se font sur rendez-vous et n’ont dès lors pas du tout la force coercitive des contrôles réalisés à l’improviste. Elles s’effectuent dans la collégialité avec les expérimentateurs, qui gardent la main sur ce qui se passe dans le laboratoire. La vraie rupture sera 2010, et la réglementation européenne qui critique ouvertement cet entre-soi des comités d’éthique en exigeant l’intégration de

personnalités extérieures, un droit de regard de la société sur ce qui se passe dans les laboratoires.

Une question virale

Votre enquête met-elle en évidence une différence entre médecins et chirurgiens ?

Les chirurgiens vont être les véritables porteurs de cette idée de greffe et de xénogreffe parce qu’ils ont, en quelque sorte, les mains dans le cambouis. Ils sont au cœur de la machinerie et très impliqués dans la médecine expérimentale. Les chirurgiens ont à la fois cette connaissance des corps animaux sur lesquels ils s’entraînent, tout en étant au cœur de la machinerie humaine. Ils constituent la communauté des transplantateurs.

Avec l’irruption du sida, y a-t-il eu un arrêt de l’usage du singe au profit du cochon ?

La question virale a été un tournant. Déjà, dans les années 1960, on décide que le chimpanzé ne peut plus être donneur pour des raisons morales, parce que trop proche de l’humain. Dans les années 1980, on utilise désormais des babouins. Mais à la fin de cette décennie, on pose l’hypothèse sérieuse, testée par des chercheurs, que les chimpanzés de Voronoff sont à l’origine de la transmission du VIH, ce qui sera réfuté. Mais, effectivement, la question virale finit par discréditer complètement le modèle primate au profit de porcs, désormais génétiquement modifiés afin de fournir des organes compatibles avec le corps humain (*une greffe de rein de porc génétiquement modifié a eu lieu aux USA en novembre dernier sur une patiente, Towana Looney, et est toujours en cours, Ndlr*).

Un entretien de Bernard Roisin

Catherine Rémy. *Hybrides. Transplanter des organes de l’animal à l’humain*. CNRS éditions.



DENOMINATION DU MEDICAMENT Zeel crème. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 100 g de crème contient : Arnica montana radix D2 0,300 g ; Cartilago suis D2, Chorda umbilicalis suis D2 à 0,001 g ; Coenzyme A D6 0,010 g ; Dulcamara D2 0,075 g ; Embryo suis D2 0,001 g ; Natrium diethylxalacetatum D6 0,010 g ; Nicotinamide adenine dinucleotide D6 0,010 g ; Placenta suis D2 0,001 g ; Rhus toxicodendron D2 0,270 g ; Sanguinaria canadensis D2 0,225 g ; Silicea D6 1,000 g ; Sulphur D6 0,270 g ; Symphytum officinale D8 0,750 g ; Thiocticum acidum D6 0,010 g. Excipients : alcool cétyléarylique émulsifiant type A, paraffine liquide, vaseline blanche, eau purifiée, éthanol à 96 %.

FORME PHARMACEUTIQUE Crème. **DONNEES CLINIQUES** Zeel est un médicament homéopathique contenant des composants traditionnellement utilisés pour le soulagement des symptômes locaux liés aux affections articulaires (comme l’arthrose). **Posologie** : Appliquer la crème 2 à 4x par jour. **Mode d’administration** : Voie cutanée. La crème est destinée uniquement à un usage externe. Appliquer la crème en couche fine sur les parties à traiter. **Contre-indications** : Hypersensibilité aux substances actives ou à l’un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des composées (Asteraceae). **Mises en garde spéciales et précautions d’emploi** : Ce médicament contient 1 030 mg d’alcool (éthanol) par 10 g (10,3% p/p). Cela peut provoquer une sensation de brûlure sur une peau endommagée. L’alcool cétyléarylique peut provoquer des réactions cutanées locales (par ex. dermatite de contact). Éviter tout contact avec les yeux, les muqueuses, les plaies ouvertes ou la peau endommagée. Appliquer le produit uniquement sur la peau intacte. En présence de signes d’infection de la peau, consulter un médecin. **Effets indésirables** : Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. **TITULAIRE DE L’AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** Heel Belgium NV, Boolebos 25, B-9031 Drogen (Gent) **NUMERO D’AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** HO-BE661193 **MODE DE DELIVRANCE** Délivrance libre **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** 02/2023. PLUS D’INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE. **DENOMINATION DU MEDICAMENT** ZEEL comprimés. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 comprimé de 301,5 mg contient : Silicea D6 3 mg ; Arnica montana radix M1=D1 0,6 mg ; Rhus toxicodendron D2, Sulphur D6 à 0,54 mg ; Sanguinaria canadensis D3 0,45 mg ; Cartilago suis D4, Chorda umbilicalis suis D4, Embryo suis D4, Placenta suis D4 à 0,3 mg ; Dulcamara D2, Symphytum officinale D8 à 0,15 mg ; Coenzyme A D6, Natrium diethylxalacetatum D6, Nicotinamide adenine dinucleotide D6, Thiocticum acidum D6 à 0,03 mg. Excipients : lactose monohydraté, stéarate de magnésium. **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimés. **DONNEES CLINIQUES** Zeel est un médicament homéopathique contenant des composants traditionnellement utilisés pour le soulagement des symptômes de l’arthrose et des maladies articulaires rhumatismales. Ce médicament homéopathique est utilisé selon les principes de la médecine bioregulateur. **Posologie** : Adultes et adolescents de 12 à 18 ans : Dose habituelle : prendre 1 comprimé 3x par jour. En cas de plaintes aiguës : prendre 1 comprimé toutes les 1/2 heures à 1 heure, puis passer à la dose habituelle (maximum 12 comprimés par jour). Dose habituelle : prendre 1 comprimé 2x par jour. En cas de plaintes aiguës : prendre 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (maximum 8 comprimés par jour). **Mode d’administration** : Voie orale/buccale. Il est recommandé de garder les comprimés dans la bouche aussi longtemps que nécessaire pour les ramollir, avant de les avaler. Les comprimés ne doivent pas être complètement dissous, mais plutôt morcelés pour ensuite être avalés, éventuellement avec une gorgée d’eau. **Contre-indications** : Hypersensibilité aux substances actives ou à l’un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d’emploi** : Les patients présentant une intolérance au lactose, un déficit total en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament. **Effets indésirables** : Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde. Dans certains cas isolés, des allergies cutanées transitoires ont été rapportées. **TITULAIRE DE L’AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** Heel Belgium NV, Boolebos 25, 9031 Drogen (Gent) **NUMERO D’AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** HO-BE660432 **MODE DE DELIVRANCE** Délivrance libre **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** 07/2022. Plus d’informations disponibles sur demande. **REFERENCES**: Sanchez C, et al. Reduction of Matrix Metalloproteinase 13 and Promotion of Chondrogenesis by Zeel I in Primary Human Osteoarthritic Chondrocytes. Front Pharmacol. 2021;12:635034. doi: 10.3389/fphar.2021.635034.6 Basini G, Santini SE, Bussolati S, Grasselli F. Sanguinaria inhibits VEGF-induced Akt phosphorylation. Ann N Y Acad Sci. 2007 Jan; 1095:371-6. 2 Basini G, Santini SE, Bussolati S, Grasselli F. Sanguinaria inhibits VEGF-induced Akt phosphorylation. Ann N Y Acad Sci. 2007 Jan; 1095:371-6. 3 Basini G, Bussolati S, Santini SE, Grasselli F. Sanguinaria inhibits VEGF-induced angiogenesis in a fibrin gel matrix. Biofactors 2007;29(1):11-8. Jaggi R, Wurgler U, Grandjean F, Weiser M. Dual inhibition of 5 lipoxygenase/cyclooxygenase by a reconstituted homeopathic remedy: possible explanation for clinical efficacy and favourable gastrointestinal tolerability. Inflammation Research. 2004;53(4):150-7. 4 Tunon H, Olavsdotter C, Bohlin L. Evaluation of anti-inflammatory activity of some Swedish medicinal plants. Inhibition of prostaglandin biosynthesis and PAF-induced exocytosis. Journal of Ethnopharmacology. 1995;48:61-76. 5 Leone S, Ottani A, Bertolini A. Dual acting anti-inflammatory drugs. Current Topics in Medicinal Chemistry. 2007;7(3):265-275. 6 Schmolz M. Transforming Growth Factor beta (TGF-β): eine neue Regelsehre für anthropologische Therapien? Biologische Medizin. 2000;29(1):31-34. 7 Schmolz M, Heine H. Homöopathische Substanzen aus der antihomöopathischen Medizin modulieren die Synthese von TGF-β1 in menschlichen Vollblutkulturen. Biologische Medizin. 2001;30(2):61-65. 8 Heine H, Schmolz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. Biomedical Therapy. 1998;16(3):224-226.

Zeel®	PP
50 comp.	€ 20,45
250 comp.	€ 52,45
100 g crème	€ 25,59

Ralentissez efficacement l’arthrose avec Zeel®

Soulagement des symptômes locaux liés aux affections articulaires (tels que l’arthrose)

Zeel® crème 100 g

Zeel® 250 comprimés

MÉDICAMENT ENREGISTRÉ

Zeel® ralentit efficacement le processus de l’arthrose :

1. Ralentir la dégradation du cartilage¹
2. Inhiber l’angiogenèse^{2,3}
3. Réduire la douleur et l’inflammation^{1,4-9}

Également disponible en ampoules

zeel.be

-Heel

LE SPIROMÈTRE INTELLIGENT PERMET-IL DE REMÉDIER AU SOUS-DIAGNOSTIC DE LA BPCO?

Les lignes directrices¹ sont claires : pour diagnostiquer une bronchopneumopathie chronique obstructive, il faut faire un test de spirométrie. Ce test de la fonction pulmonaire a toute sa place dans les soins de première ligne, mais de nombreux généralistes estiment ne pas avoir les connaissances, l'expertise ou le temps nécessaires pour l'effectuer. Ainsi, de nombreux patients atteints de BPCO passent sous le radar. Est-ce que l'intelligence artificielle peut nous aider ?

En novembre, plusieurs spécialistes et associations de la santé respiratoire belges ont tiré la sonnette d'alarme. La raison ? Le score lamentable de notre pays à l'indice international de la BPCO². Ce score évalue la prévention et la prise en charge de la BPCO selon les normes de soins pour chaque pays. Sur les 34 pays étudiés, la Belgique occupe la 31^e place. Seule la Lituanie fait pire en Europe – la Chine et l'Inde terminent la liste. Une des causes de notre sous-performance est le diagnostic tardif des patients atteints de BPCO. Le dernier rapport du KCE³, qui analyse la performance du système de santé belge, affirme que ce délai diagnostique entraîne, entre autres, des hospitalisations évitables pour la BPCO.

Comme la BPCO est une maladie chronique qui endommage de manière irréversible les voies respiratoires et les alvéoles, il est crucial de détecter la pathologie à un stade précoce, afin de préserver le plus longtemps possible la fonction pulmonaire⁴. Plus la BPCO est traitée tôt, plus les lésions pulmonaires, les symptômes et les plaintes (et le coût sociétal) sont limités, et meilleure la qualité de vie liée à la santé. Avec le slogan 'Il suffit de souffler/Un souffle suffit pour exclure la BPCO'⁵, la journée mondiale de la BPCO 2024 a également été consacrée à la spirométrie à bas seuil.

Obstacles

On estime qu'en Belgique, 800.000 patients sont atteints de BPCO⁶, dont la moitié n'est pas diagnostiquée⁷. En l'absence de diagnostic, les patients ne bénéficient pas de traitement optimal. 90% de ces 400.000 personnes sont des (anciens) fumeurs⁸. C'est donc surtout dans cette population à risque qu'il faut dépister.

Des chercheurs belges ont mené une enquête⁹ pour mieux comprendre le paysage actuel de la spirométrie dans les soins de santé primaires. Trente médecins généralistes de différents cabinets et dont l'ancienneté variait, ont été interrogés sur leurs habitudes en matière de spirométrie et sur les éventuels obstacles qu'ils ont pu rencontrer pour faire le test.

Un certain nombre d'éléments clés sont ressortis de l'enquête. Chose frappante : bien que 83 % des généralistes interrogés considéraient la spirométrie comme un examen de première ligne, 70 % des médecins n'ont réalisé aucun test de la fonction pulmonaire au cours des six derniers mois. Une petite majorité a reçu une forma-

tion spécifique sur la réalisation et l'interprétation de la spirométrie, mais pour un tiers d'entre eux, cette formation remonte à plus de dix ans. Sept médecins sur dix estiment ne pas avoir reçu de formation adéquate dans le domaine, et la moitié des interviewés considèrent avoir trop peu d'expérience pour effectuer le test de manière fiable. Ainsi, près de 40 % ne se sentent pas sûrs d'eux lorsqu'ils réalisent ou interprètent une spirométrie.

Le manque de temps s'est également révélé être un obstacle majeur pour les généralistes. Un certain nombre de médecins ont par ailleurs indiqué que la rémunération par l'INAMI leur paraissait insuffisante. Finalement, il est apparu que certains cabinets ne disposaient même pas d'un spiromètre.

Patients à risque

Le questionnaire belge⁹ a également révélé de grandes disparités dans le parcours diagnostique et le suivi en première ligne des patients BPCO. De plus, ces stratégies ne respectent pas toujours les lignes directrices¹. Par exemple, près de 60% des médecins interrogés initient confortablement un traitement de la BPCO sans spirométrie préalable, ce qui est quand même à éviter. D'autres médecins réfèrent leur patient au pneumologue pour une première exploration fonctionnelle respiratoire et un éventuel diagnostic. Certains généralistes renvoient ensuite eux-mêmes leurs patients pour une spirométrie de suivi, pour voir s'ils répondent bien au traitement, mais c'est loin d'être le cas chez tout le monde. Autrement dit, il manque un parcours de soins structuré.

Une fois l'enquête terminée, une étude a été mise en place dans laquelle les mêmes médecins généralistes ont systématiquement réalisé une spirométrie chez des patients à haut risque, qui n'avaient jamais reçu de diagnostic ou de traitement pour la BPCO. La population sélectionnée comprenait des personnes de plus de 35 ans ayant des antécédents de tabagisme d'au moins 10 paquets-années(a), chez qui l'anamnèse révélait au moins une plainte respiratoire active (toux, manque de souffle, expectorations, etc.). Les médecins recevaient un spiromètre et étaient assistés par un logiciel d'IA cliniquement validé. D'une part, l'intelligence artificielle aidait les médecins à évaluer la qualité(b) de l'épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR), et d'autre part à interpréter les résultats de la spirométrie.

Dépistage systématique

Les conclusions du projet AISAH-COPD(c) n'ont pas encore été publiées, et l'article n'a pas été examiné par des pairs. L'année dernière, deux coauteurs ont toutefois déjà présenté leurs constats lors des congrès internationaux de l'ERS (European Respiratory Society)⁹ et de l'IPCRG (International Primary Care Respiratory Group).

Le dépistage systématique des patients à haut risque a clairement mis en évidence le sous-diagnostic de la BPCO. Au total, environ cent cinquante EFR de qualité ont été réalisés. En tenant compte des critères d'inclusion, selon l'outil d'IA, 28,5 % des patients à haut risque ont testé positif à la BPCO. Il est évident que ces cas doivent alors être confirmés par la suite, mais, 85 % des médecins généralistes étaient d'accord avec l'interprétation des courbes et les diagnostics proposés par la plateforme d'IA. Pour la majorité de ces diagnostics (potentiels) de BPCO, il s'agissait d'un stade léger ou modéré de la maladie, mais un quart des patients rentrerait d'emblée dans la catégorie des BPCO sévères, voire très sévères.

Utile

Une fois que le médecin généraliste avait réalisé une spirométrie assistée par le logiciel d'IA, il ou elle pouvait remplir une nouvelle enquête. La différence la plus frappante entre les résultats sans le soutien et avec le soutien de l'IA concernait le sentiment de confiance des médecins. 37 % d'entre eux ne se sentaient pas sûrs d'eux sans le soutien de l'IA en réalisant une EFR, contre 12 % pour la spirométrie intelligente. Pour ce qui est de l'interprétation du test, l'aide de l'IA s'est révélée encore plus efficace : au lieu de 37 %, seuls 6 % se sentaient encore incertains quand l'IA leur donnait un coup de main pour le diagnostic.

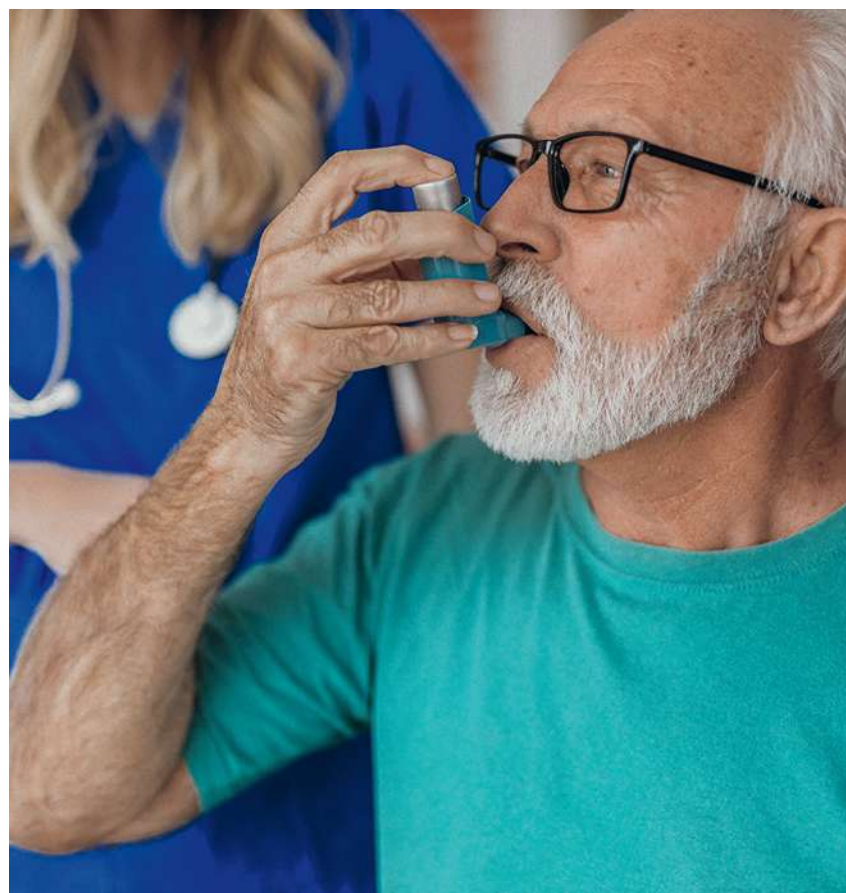
Dans l'ensemble, les médecins généralistes ont trouvé l'outil d'IA pratique et utile, tant pour l'aide au diagnostic que pour l'évaluation de la qualité de la spirométrie. Les médecins ont évalué ces deux fonctions de l'IA. Le contrôle de la qualité de l'EFR a reçu 4,13/5 sur l'échelle de Likert(d), tandis que le soutien diagnostique a obtenu une note de 4,01/5. Les médecins estiment que le logiciel intelligent apporte une valeur ajoutée aux cabinets de médecins généralistes.

« On estime qu'en Belgique, 800.000 patients sont atteints de BPCO⁶, dont la moitié n'en est pas consciente. »

Rôle clé

Notre mauvais classement dans l'indice de la BPCO² et la prévalence estimée de la BPCO en Belgique ne laissent aucun doute : il existe un énorme potentiel de dépistage de la BPCO dans notre pays. La spirométrie à bas seuil chez les patients à haut risque est essentielle pour remédier au sous-diagnostic et au sous-traitement actuels. Les médecins généralistes peuvent y jouer un rôle clé.

Certains obstacles qui empêchent aujourd'hui les médecins généralistes de réaliser des tests de fonction pulmonaire (manque de temps, d'expérience ou de compréhension de la spirométrie) pourraient être éliminés avec l'aide de l'IA. Le logiciel intelligent permet d'indiquer en quelques secondes si l'EFR a été correctement réali-



sée et fournit une interprétation immédiate des courbes, ce qui peut servir de deuxième avis pour le diagnostic.

Une assistance fiable de l'IA pourrait permettre aux médecins de se sentir plus sûrs d'eux et donc plus enclins à effectuer des tests de la fonction pulmonaire, ce qui pourrait à son tour favoriser le respect des recommandations relatives à la BPCO¹ dans la première ligne. Ces hypothèses doivent encore être confirmées par de futures recherches. Entretemps, l'étude montre déjà que la spirométrie intelligente peut aider à détecter des cas de BPCO non diagnostiqués.

Grâce à l'apprentissage automatique, l'algorithme a été entraîné à reconnaître non seulement la BPCO, mais aussi une série d'autres maladies pulmonaires, telles que la bronchite chronique, l'emphyseme, l'asthme et les maladies pulmonaires interstitielles¹⁰. Le logiciel peut donc aussi être utilisé dans la deuxième ligne, pour confirmer l'interprétation du spécialiste, ou encore, pour identifier des courbes et des pathologies respiratoires plus rares.

Remarques:

- (a) 1 paquet-année correspond à la consommation de 20 cigarettes par jour pendant un an.
- (b) Lorsqu'une spirométrie est mal effectuée, il faut un nouveau test pour pouvoir interpréter les résultats de manière fiable.
- (c) Artificial Intelligence Spirometry Assessment in High-Risk COPD Patients
- (d) L'échelle de Likert est une échelle d'évaluation qui sert à mesurer des opinions, des attitudes ou des comportements de manière quantitative, notamment dans le cadre de la recherche.

Références:

- ¹ Global Strategy for Prevention, Diagnosis and Management of COPD (GOLD) 2025 (<https://goldcopd.org/2025-gold-report>)
- ² COPD Index Companion Report, September 2024 (<https://respiratoryhealth.org/copd>)
- ³ Gerkens Sophie, et al. Performance du système de santé belge : Rapport 2024. Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 376B. DOI: 10.57598/R376B.
- ⁴ Stolz D, et al. Towards the elimination of COPD: a Lancet Commission. Lancet. 2022;400(10356):921-972. DOI:10.1016/S0140-6736(22)01273-9.
- ⁵ <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2024/11/One-blow-is-enough-to-exclude-COPD.pdf>
- ⁶ Lung facts from IRC - <https://international-respiratory-coalition.org/countries/belgium>
- ⁷ <https://copdvzw.be/wat-is-copd/>
- ⁸ <https://www.uzleuven.be/nl/chronische-obstructieve-longziekte-copd>
- ⁹ De Vos M, et al. Spirometry usage in Belgian primary care and the potential for AI-based Support. Poster presented at the ERS International Congress, 9-13 Sept 2023, Milan.
- ¹⁰ <https://www.uzleuven.be/nl/nieuws/artificiele-intelligentie-voor-diagnose-longaandoeningen>

TikTok n'est pas l'ennemi du psychiatre



Avec l'abondance des contenus psycho sur TikTok et Instagram, de nombreux patients s'autodiagnostiquent TDAH, borderline, dépressifs... À l'occasion d'une conférence sur l'impact d'une société connectée sur la santé mentale organisée par Vivalia, la psychiatre Ksenija Udovenko prend le contre-pied et défend l'apport des réseaux sociaux pour la psychiatrie.

Le journal du Médecin : On entend souvent des critiques négatives adressées aux réseaux sociaux. Les psychiatres se plaignent que TikTok pourrait leurs consultations. Vous n'êtes pas d'accord ?

Dr Ksenija Udovenko : Si, en partie. Bien sûr qu'il y a un impact négatif. Le patient ne sait pas trier l'information. Il se perd dans toutes les infos contradictoires. Quand un patient se présente en consultation avec plein de diagnostics dans sa tête, il est paniqué. C'est renforcé par les longs délais nécessaires avant d'obtenir une consultation. Nous, psychiatres, on passe du temps à déconstruire tout ça.

À vous entendre, cela n'apporte pourtant pas que du négatif...

Dans ma pratique, j'observe que les ados ont souvent raison. Ils ont souvent trouvé le diagnostic avant les professionnels qui les ont déjà vus, en ayant suivi les comptes des neuropsychologues, des médecins, des collègues. Il y a des sources fiables sur TikTok ! Alors, on vérifie ensemble les symptômes et, parfois, ça correspond.

Au-delà du diagnostic, ces réseaux peuvent-ils aider un patient en difficulté ?

Oui, car il y a aussi la psychoéducation. Les contenus fiables postés sur ces

réseaux aident les patients à comprendre leur maladie. C'est un peu triste, mais parfois, les réseaux sociaux expliquent mieux l'information que nous. Pour les maladies mentales, c'est toujours plus nébuleux dans l'esprit des gens que les maladies somatiques. Aussi, quand les célébrités commencent à parler de leur santé mentale, ça aide à la déstigmatisation. Par exemple, quand Selena Gomez parle beaucoup de sa bipolarité en interview, ça crée un sentiment d'identification qui participe à cette déstigmatisation.

Et pour le psychiatre lui-même ?

Aussi ! On comprend vraiment nos patients. On peut plonger dans leur quotidien. Je me figure mieux les difficultés de vivre avec une maladie mentale, parce que je suis un influenceur qui explique ses difficultés pratiques dans la vie de tous les jours, parce que je vois son intérieur. Ça permet de générer de l'empathie pour ces patients, qu'on acquiert plus difficilement dans une consultation de 30 ou 40 minutes. On devient beaucoup plus humain quand on a accès à ce que les patients nous ont raconté. On se rend aussi compte des galères pour obtenir un rendez-vous, un diagnostic et un traitement. C'est quelque chose qui me brise personnellement le cœur, les gens qui expliquent à quel point c'est difficile

d'obtenir un rendez-vous thérapeutique, à quel point c'est cher une thérapie... Et, devinez quoi ? Ça nous aide à ajuster nos pratiques. Parce qu'être un soignant « déconnecté », c'est « so 2010 ».



« De multiples études montrent que neuf médecins sur dix vont chercher leurs infos en ligne. Si vous êtes le dixième, je veux bien savoir comment vous faites ! »

– Dr Ksenija Udovenko

La communication sur TikTok est-elle uniquement de professionnel à patients, ou peut-elle jouer entre professionnels ?

Bien sûr ! Internet, c'est aussi un énorme café des psys en ligne. Il y a plein d'idées géniales pour la psychoéducation, de partage d'expérience des autres soignants, de description des pratiques thérapeutiques... Je vois même souvent des petites astuces pour mieux gérer les patients difficiles (« Si tu te sens énervé, rappelle-toi que c'est sûrement lui qui souffre le plus »). Bref, merci Instagram pour la formation continue ! Je donne même parfois à mes patients une liste d'influenceurs certifiés, qui ne donneront pas de mau-

vais conseils et je leur propose de ramener des infos en consultation qui les ont marqués ou qu'ils n'ont pas comprises.

Jusqu'à influencer votre diagnostic ?

Soyons honnêtes, on ne peut pas tout savoir. Heureusement, Internet nous éclaire sur des trucs qu'on n'a pas vus en faculté. Je pense au TDAH ou l'autisme chez les femmes, par exemple. Ce n'est pas la même chose que chez les hommes. Ça, je l'ai appris grâce aux réseaux. Idem pour le C-PTSD : jamais entendu parler en cinq ans d'assistanat et de congrès. Quand un enfant grandit dans un milieu instable psychologiquement et physiologiquement, son cerveau grandit différemment, et répondra moins bien aux traitements. Ces patients seront moins bien diagnostiqués. On commence seulement à en parler depuis deux ou trois ans, mais avant ça, c'est via TikTok que j'en ai d'abord entendu parler. Ça ne devrait pas être ainsi, mais c'est comme ça. Bien sûr, je vérifie ces infos sur PubMed, sur base d'études scientifiques. De multiples études montrent que neuf médecins sur dix vont chercher leurs infos en ligne.

Si vous êtes le dixième, je veux bien savoir comment vous faites !

Auriez-vous un conseil pour gérer un patient très connecté ?

Quand le patient arrive avec un auto-diagnostic, confirmez-lui que vous avez entendu parler de ça. Puis demandez-lui de vous expliquer, point par point, pourquoi il pense être touché par cette pathologie ? S'il est venu en consultation, c'est parce qu'il souffre. Il faut l'écouter, regarder les vidéos dont il parle, voir ce qui est à la mode... Si on n'est pas au courant de quels symptômes sont valides ou non, on ne sait pas faire le tri avec le patient.

Un entretien de François Hardy

Délinquance sexuelle/ psychopathie

» PHILIPPE LAMBERT
» Photos: THIERRY STRICKAERT



20 à 25

Julien Lagneaux et Elena Kadare

Il n'existe pas de profil psychologique type des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Une analyse au cas par cas s'impose. Et la prise en charge thérapeutique de l'auteur d'une ou plusieurs infractions à caractère sexuel doit être centrée sur l'individu dans sa globalité et non sur ses délits.

» Mission décryptage

» Une écoute bienveillante et vigilante

» Thérapie et prévention



26

Jérôme Englebert

On dit généralement des psychopathes qu'ils présentent un déficit ou une absence d'empathie. Et si c'était l'inverse ? Le psychopathe dispose au contraire d'une compétence certaine, parfois exacerbée, pour la compréhension des émotions, mais, malgré cela, ne manifeste aucune compassion, aucune bienveillance à l'égard de l'autre, par « défaut de sympathie ».

» Psychopathes, ces calculateurs froids

Le programme de formation continue JM Academy permet aux médecins d'affûter leurs connaissances pour leur pratique quotidienne. **Le programme de formation continue** se décline en **modules thématiques**. Chaque module se compose de quatre articles. Chaque article repose sur un entretien avec un expert dans le domaine. Le Journal du Médecin publie un dossier complet dans chaque numéro. Les participants peuvent lire les articles, puis répondre à un petit **questionnaire** sur leur smartphone. Pour ce faire, il leur suffit de scanner le code QR. Chaque participant répondant aux quatre questionnaires d'un module recevra **un point d'accréditation**. L'équipe JM Academy vous souhaite un parcours agréable et instructif.

Scannez le QR-Code pour pouvoir répondre aux questions et obtenir un point d'accréditation.

<https://www.jm-academy.be/2025/article044/article044-fr-be/?culture=fr-BE>





Mission décryptage

Il n'existe pas de profil psychologique type des auteurs d'infractions à caractère sexuel. Une analyse au cas par cas s'impose.

Certains stéréotypes circulent tant dans le public que dans les milieux médicaux à propos de la délinquance sexuelle. Cette vision déformée de la réalité nuit inmanquablement à une perception correcte du profil des auteurs des actes concernés.

Selon une des représentations erronées les plus courantes, les auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) seraient des multirécidivistes. « La clinique montre au contraire que la plupart d'entre eux ne commettent qu'une infraction ou un groupe d'infractions dans une période bien circonscrite de leur vie.

Parmi les auteurs d'infractions de tout type, avec ou sans violence, ce sont les AICS qui récidivent le moins », indique le criminologue et sexologue Julien Lagneaux, directeur de l'Unité de psychopathologie légale (UPPL) créée en 1998 dans la foulée de l'affaire Dutroux. Une ASBL au carrefour de la justice et de la santé, désignée comme Centre d'appui wallon ^[1] par le ministre fédéral de la Justice et le ministre régional wallon chargé de la Santé.

Aussi bien les recherches belges qu'internationales mettent en évidence qu'une prise en charge spécialisée des AICS réduit fortement les risques de

récidive. En Région wallonne, ils seraient alors de 6,65 % à cinq ans, durée classique des thérapies, auxquelles se greffe le plus souvent l'intervention d'un assistant de justice qui chapeaute la réinsertion sociale et professionnelle du sujet, et de 12,7 % à dix ans. « Les chiffres de la récidive chez les délinquants sexuels emprisonnés qui vont en fond de peine sans prise en charge spécialisée atteignent des niveaux supérieurs », précise Julien Lagneaux. Certes, 12,7 %, ce n'est pas rien, évidemment, mais c'est néanmoins très éloigné de l'image d'une fatalité de la récidive.

Un autre stéréotype très répandu concerne les actes de délinquance sexuelle dont sont victimes des mineurs. Il est communément admis dans la population qu'ils sont le fait de pédophiles. Or, plus de 80 % des délits incriminés sont l'œuvre d'auteurs qui ne sont spécifiquement attirés ni par les enfants ni par les adolescents. Les comportements délictueux se révèlent alors opportunistes - facilité, rapprochement, consommation de substances, circonstances... « Il faut distinguer de façon nette la pédophilie, au sens diagnostique, qui est une paraphilie dans laquelle il y a une attirance préférentielle, voire exclusive pour des mineurs, sans préjuger d'un éventuel passage à l'acte, et la pédocriminalité, qui correspond concrètement à un passage à l'acte à l'égard de mineurs indépendamment d'un diagnostic », souligne le directeur de l'UPPL. De surcroît, tout fantasme sexuel déviant, fût-il pédophile, n'induit pas nécessairement un passage à l'acte.

Un canevas d'analyse

Au-delà des stéréotypes susmentionnés, qui figurent parmi les plus fréquents à propos des AICS, une vérité s'impose : l'approche du thérapeute spécialisé ne doit pas se focaliser sur le comportement, l'acte délictueux commis, mais sur la personne qui en est l'auteur. Car la nature des faits incriminés n'offre qu'une vision très parcellaire de la personnalité et des motivations du délinquant, des circonstances qui ont présidé à son infraction et d'autres éléments sur lesquels la prise en charge ne peut faire l'impasse. La nature de l'acte délictueux (viol, exhibitionnisme, recours à la pédopornographie...) ne suffit dès lors en aucune manière à dégager un profil type de délinquant, pas plus qu'il n'existe de profil type des AICS pris dans leur ensemble.

Le cas des pédophiles et des pédocriminels l'illustre bien : ils peuvent commettre des actes similaires, tel un viol



Julien Lagneaux et Elena Kadare

d'enfant, mais, nous l'avons vu, les seconds ne partagent pas avec les premiers la paraphilie qui consiste à éprouver une attirance préférentielle, voire exclusive pour les mineurs.

« Longtemps, on a essayé de découvrir une structure pathologique qui pourrait conduire à la délinquance sexuelle ou à la délinquance en général, mais en vain. Notre pratique clinique et la littérature scientifique nous enseignent qu'il n'y en a pas et qu'il est impossible d'établir une typologie des auteurs d'infractions, en particulier d'infractions à caractère sexuel », explique Elena Kadare, psychologue clinicienne à l'UPPL au sein du service Triangle proposant des groupes psycho-socio-éducatifs de responsabilisation pour les AICS.

Quoi qu'il en soit, c'est à travers une démarche au cas par cas que doivent être élaborées les évaluations spécialisées que les professionnels sont appelés à remettre aux autorités judiciaires sur les auteurs d'infractions à caractère sexuel. De même, l'orientation de leur prise en charge thérapeutique, si elle est ordonnée, repose pour chacun d'eux sur la même approche personnalisée. Cette dernière s'abreuve à deux sources. La première est le dossier judiciaire, qui peut contenir des éléments essentiels à la compréhension des passages à l'acte. Il peut s'agir d'expertises psychologiques ou psychiatriques ou d'auditions de l'auteur et de la ou des victimes. Le dossier peut notamment offrir un accès à des informations précises sur le modus operandi du délinquant, l'âge de ses victimes, le contexte du passage à l'acte, etc. Seconde source : des rencontres avec l'auteur des faits.

Une approche analytique est indispensable. « Le but poursuivi est d'essayer de comprendre les éléments qui ont favorisé le passage à l'acte. Notre réflexion s'articule autour d'un canevas d'analyse que nous avons conçu et qui nous permet d'aboutir à une lecture dynamique de la situation d'un auteur et de son ou de ses passages à l'acte, et ce, à la lueur de son histoire et de ses profils psychologique, sexologique, criminologique et psychopathologique », dit Julien Lagneaux. Concrètement, le premier volet de l'analyse concerne les éléments anamnestiques. Qui est la personne ? D'où vient-elle ? De quelle famille est-elle issue ? Quel est son parcours scolaire et socio-professionnel ? Quelles sont ses expériences affectives, sentimentales et

conjugales ? A-t-elle des enfants ? Quelles relations entretient-elle avec ses parents, ses frères et sœurs, ses amis et amies, ses collègues de travail ? Qui est-elle sur le plan relationnel ? ...

Il convient également de s'interroger sur de possibles antécédents de victimisation directe ou indirecte des délinquants sexuels.

Les déterminants de l'infraction

Un deuxième volet porte sur la sphère sexuelle. Qui est notre interlocuteur dans ce domaine ? Quels sont ses besoins ? Comment les gère-t-il ? Quels sont ses fantasmes et ses pratiques, seul ou avec un ou une partenaire ? Comment se sont passées ses premières expériences ? Est-il satisfait de sa sexualité ? Quelle image a-t-il de lui ? Éprouve-t-il des difficultés sur le plan sexuel ? Qui sont ses partenaires ? Comment les choisit-il ? Souffre-t-il de dysfonctions sexuelles, de complexes, de pathologies ? Se reconnaît-il une déviance sexuelle ou peut-on en suspecter une ? ... Il convient également de s'interroger sur de possibles antécédents de victimisation directe ou indirecte. « Il ne s'agit pas nécessairement d'abus sexuels subis, mais parfois, plus largement, d'autres événements traumatiques, tels que du harcèlement scolaire, une exposition précoce à de la pornographie ou encore de la négligence, voire de la maltraitance parentales », précise le directeur de l'UPPL.

Elena Kadare fait d'ailleurs remarquer qu'on observe relativement souvent, mais pas systématiquement, des antécédents de victimisation sexuelle chez les abuseurs, mais plus encore des antécédents de maltraitance ou de négligence durant l'enfance et l'adolescence. S'ensuivent des carences affectives, éducatives, communicationnelles... qui induisent des difficultés à déterminer ses propres limites, à comprendre l'altérité d'autrui et qui favorisent le passage à une action inadéquate au détriment de la verbalisation - celle, par exemple, qui permet de s'assurer du consentement de l'autre.

Le profil criminologique de l'AICS constitue le troisième volet de l'analyse.

Globalement, l'intérêt se porte ici sur la capacité de l'individu à reconnaître et respecter les règles en vigueur dans la société, et ce, dans quelque domaine que ce soit, sexuel ou autre. A-t-il tendance à

les transgresser, à franchir les limites ? Si oui, quel est son modus operandi ? Présente-t-il par ailleurs des traits antisociaux et a-t-il des antécédents judiciaires ? Ou au contraire, a-t-il eu l'habitude de ne subir aucune sanction lorsqu'il s'écarterait des normes ? « Il est également utile de s'interroger sur son profil criminel et sur les caractéristiques criminologiques de l'infraction sexuelle qui lui est reprochée, ainsi que sur les facteurs désinhibants externes qui ont favorisé son passage à l'acte », ajoute Julien Lagneaux. Un autre point a trait à la conscience qu'a l'auteur de sa responsabilité et à ses capacités d'introspection concernant ses transgressions.

Reste un dernier volet à prendre en considération : la psychopathologie. À nouveau, différentes questions sont abordées, dont celles de la consommation éventuelle de substances, des médicaments reçus par le délinquant durant son parcours et actuellement, de la présence de symptômes anxieux ou dépressifs, d'antécédents médicaux et psychiatriques ou encore de l'existence de troubles mentaux éventuels.

« Nous procédons régulièrement à un test de Q.I., en général quand il y a suspicion d'une déficience mentale ou intellectuelle », rapporte le directeur de l'UPPL. « À l'inverse, cette évaluation du Q.I. peut s'avérer pertinente dans d'autres situations, par exemple lorsque nous suspectons que l'auteur des faits délictueux aurait pu profiter de capacités plus élevées susceptibles de le rendre excellent stratège. Des aptitudes qui peuvent dans certaines situations faciliter le passage à l'acte. » En outre, des tests de personnalité ainsi que des échelles spécialisées standardisées sont utilisés afin de cerner le plus fidèlement possible les traits de personnalité du sujet. Le dossier judiciaire en fait parfois déjà état.

L'étape suivante consiste à établir l'existence de possibles interactions entre les données récoltées dans les différents champs étudiés, partant du principe que, chez les AICS, l'origine du passage à l'acte est plurifactorielle. Le temps sera alors venu d'opérer une synthèse portant sur les déterminants de l'infraction commise et le mode de fonctionnement du délinquant sexuel, ainsi que d'estimer, pour répondre à la demande judiciaire d'un avis spécialisé, la dangerosité et le risque d'une potentielle récidive. Ce travail doit idéalement se réaliser en équipe - psychologue, psychiatre, sexologue ou criminologue. Quant à ses résultats, ils demeurent confinés dans le monde des hypothèses, fussent-elles soutenues par de fortes probabilités. Le rapport final de ce travail d'évaluation ne sert pas que le tribunal mandataire. Il est également un excellent outil sur lequel pourront s'appuyer les professionnels appelés à réaliser la prise en charge thérapeutique, très souvent imposée.

[1] Il existe également un Centre d'appui pour Bruxelles (CAB) et un Centre d'appui pour la Flandre (UFC).

Objectifs d'apprentissage

La lecture de cet article vous aura familiarisé(e) avec :

- » Le fait que la plupart des délinquants sexuels ne sont pas des multirécidivistes.
- » L'effet favorable que la thérapie exerce néanmoins sur le risque de récidive.
- » Le fait que la plupart des actes de pédocriminalité ne sont pas l'œuvre de pédophiles.
- » Le fait qu'il n'existe pas de profil type des délinquants sexuels pris dans leur ensemble.
- » La nécessité subséquente de procéder à une analyse au cas par cas pour informer les autorités judiciaires du contexte du délit et concevoir une prise en charge adaptée.
- » Les différents aspects pris en compte lors de cette analyse.



Une écoute bienveillante et vigilante

La prise en charge thérapeutique de l'auteur d'une ou plusieurs infractions à caractère sexuel doit être centrée sur l'individu dans sa globalité et non sur ses délits.



Julien Lagneaux

D'après des données émanant d'une étude conjointe menée durant deux ans par l'Unité de psychopathologie légale (UPPL - Wallonie), le Centre d'appui bruxellois (CAB) et l'Universitair Forensisch Centrum (UFC - Flandre), 98,7 % des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) pris en charge par ces structures sont des hommes. Toutefois, le ratio hommes-femmes doit sans doute être quelque peu nuancé, notamment parce que les abus sexuels commis par un homme laissent généralement davantage de traces. Par ailleurs, neuf fois sur dix environ, les AICS qui fréquentent les centres créés par les autorités publiques dans la foulée de l'affaire Dutroux ou qui sont réorientés vers des thérapeutes indépendants sont responsables d'abus sexuels sur au moins une victime mineure. Pourquoi ? Quand les victimes sont majeures, les magistrats ne sont pas soumis à l'obligation de solliciter un avis spécialisé. Dès lors, les réflexes sont manifestement différents selon que les faits impliquent ou non des mineurs d'âge. Ainsi, lorsqu'un mineur est victime d'abus sexuels, l'avis spécialisé conclura généralement à l'intérêt d'une prise en charge thérapeutique spécialisée.

Les demandes de traitement concernent des AICS sous différents statuts judiciaires mais, dans la majorité des cas, il s'agit d'auteurs contraints dans le cadre de mesures probatoires. Des personnes incarcérées bénéficiant de permissions de sortie ou de congés pénitentiaires ont parfois l'obligation, elles aussi, de suivre une thérapie. « Le système belge de prise en charge des AICS ne fonctionne pas mal en soi, mais il n'est pas sans défauts. Une de ses carences est notamment que les AICS ayant commis les faits les plus graves sont généralement ceux qui bénéficient le moins facilement ou le plus tardivement d'une thérapie. Ces auteurs ayant été condamnés à de lourdes peines mettent des années avant de sortir et ont rarement accès à une thérapie en pri-

son, sauf s'ils disposent des moyens de rémunérer eux-mêmes un thérapeute qui viendrait jusqu'à eux. Il est d'ailleurs fréquent que certains aillent en fond de peine sans jamais avoir vu un thérapeute. C'est un vrai problème », indique Julien Lagneaux, directeur de l'UPPL.

Le psychologue Jérôme Englebert, professeur au sein des écoles de criminologie de l'Université libre de Bruxelles et de l'Université catholique de Louvain, partage cet avis. Il attire cependant l'attention sur le piège qui consisterait à médicaliser ou psychologiser la délinquance, le premier déterminant de celle-ci étant la précarité sociale en général. L'exemple des pays scandinaves est peut-être le bon : des peines d'incarcération moins longues, un accent prioritairement placé sur les suivis thérapeutiques et la réinsertion sociale.

Sur le plan thérapeutique proprement dit, Julien Lagneaux et son équipe de l'UPPL insistent sur la nécessité d'une prise en charge au cas par cas et selon une approche intégrative. « Envisager la personne dans sa globalité, c'est appréhender le comportement problématique comme le résultat d'influences multiples et redonner à cette personne le pouvoir d'agir sur sa situation », déclarent-ils. Ils prônent une conception humaniste et mettent en exergue une phrase du psychiatre français Daniel Zagury : « Et puisque les horreurs qu'ils ont commises sont l'affaire de la justice, les regarder en face et les écouter avec empathie et humanisme redevient possible. Ils peuvent nous confier ce qui les hante. »

Les auteurs d'infractions à caractère sexuel ne se résument pas à l'acte ou aux actes qu'ils ont perpétrés, d'autant qu'ils ne commettent le plus souvent qu'une seule infraction ou un groupe d'infractions dans une période bien circonscrite de leur vie. Ainsi que le fait remarquer Elena Kadare, psychologue clinicienne à l'UPPL, ce sont aussi des pères, des fils, des travailleurs, etc. « Aussi », estime-t-elle, « l'approche thérapeutique doit-elle prendre en considération toutes leurs

couches identitaires. » S'agissant d'adolescents auteurs de faits qualifiés d'infractions à caractère sexuel, il est plus que jamais primordial de ne pas les enfermer dans la stigmatisation, les assimiler aux seuls faits répréhensibles qui leur sont reprochés. En effet, par définition, ils sont en pleine construction identitaire. « *Et les réduire au statut de délinquant augmente en outre le risque de récidive* », ajoute Elena Kadare.

Démarche éducative

Pour chaque AICS, il s'avère impératif que l'approche thérapeutique se fonde sur la volonté de comprendre sa carte du monde, c'est-à-dire ses représentations, son histoire, son mode de fonctionnement, son ressenti..., sans poser de jugement ni se référer à une conception d'ordre moral ou idéologique. Un objectif thérapeutique essentiel est que la personne se sente entendue et accompagnée et puisse élaborer son inscription dans un mode de vie plus prosocial. Dans ces conditions, l'écoute du clinicien doit être à la fois bienveillante et vigilante. Les fondements du travail thérapeutique reposent principalement sur deux éléments. D'une part, la perception et la compréhension que l'auteur a de la situation. D'autre part, la lecture dynamique qui pourra être faite à la lueur de son histoire et de ses profils psychologique, sexologique, criminologique et psychopathologique dans le but d'essayer de comprendre les éléments qui ont favorisé son passage à l'acte. Ces deux sources fournissent des indices essentiels pour essayer de cerner le fonctionnement psychique du sujet.

Contrairement à une idée profondément enracinée dans la population, les délinquants sexuels sont rarement des individus hypersexuels à la libido débordante ou mus par un excès de pulsionnalité. « *Chez la plupart d'entre eux, les besoins sexuels se situent dans la moyenne mais, à un moment donné, ils n'ont pas été capables de réprimer une curiosité, voire une envie, ou de s'imposer des limites, et ils ont profité d'une occasion qui se présentait. Il n'est pas rare de voir utilisés des termes comme 'pervers' ou 'psychopathe' lorsque sont évoquées des situations d'infractions sexuelles impliquant des enfants, mais dans la clinique, pourtant, ces profils ne sont pas prédominants* », explique Julien Lagneaux.

Le plus fréquemment, les AICS sont des individus incapables de nouer une relation « normale » avec une ou un partenaire. La prise en charge doit également permettre d'apporter des repères éducatifs et développer leurs compétences sociales – par exemple, comment entrer en contact adéquatement avec une personne, comment entreprendre une relation saine qui débouchera sur des rapports affectifs et/ou sexuels consentis et respectueux. Le développement d'habiletés en la matière doit ambitionner de

Réduire les auteurs d'infractions à caractère sexuel au statut de délinquant augmente le risque de récidive.

les libérer de la probable frustration qui les habite et, partant, est susceptible de les sortir d'un repli sur soi délétère et potentiellement dangereux.

Certains auteurs estiment que la reconnaissance, par le délinquant sexuel, des faits qu'il a commis est cruciale pour qu'une thérapie puisse être entamée et porte ses fruits. Mais aujourd'hui, de nombreuses études, notamment anglo-saxonnes, suggèrent le contraire. « *D'un point de vue moral, on peut concevoir qu'admettre sa responsabilité dans les faits dont on s'est rendu coupable est important, mais, sur la plan clinique, tout indique que reconnaître ou non ces faits n'a pas d'incidence sur la capacité du sujet à suivre une thérapie, sur celle de se réintégrer dans la société et sur la récidive* », précise Jérôme Englebert. Et d'ajouter deux éléments à propos de la récidive. D'une part, un facteur essentiel de diminution du risque d'un nouveau passage à l'acte est la qualité de la réinsertion sociale du délinquant. D'autre part, l'interruption d'une thérapie accroît ce risque. « *Mieux vaut ne pas commencer une thérapie que de l'arrêter prématurément* », dit-il.

Dans certains cas, les AICS ont des antécédents médicaux ou psychiatriques, consomment des substances, sont en proie à une dépression ou à des symptômes anxieux ou encore souffrent de troubles mentaux. S'ils sont sous médication, elle a souvent été prescrite avant leur arrivée en thérapie. Elle sera modulée par la suite en fonction de l'évolution des besoins. « *Parfois, il apparaît*

lors d'un entretien d'évaluation qu'un AICS a davantage sa place dans un autre service qu'à l'UPPL, dans la mesure où, même s'il a perpétré des délits à caractère sexuel, c'est une dépression sévère, une addiction à l'alcool ou à des substances ou un trouble mental particulier qui prédomine chez lui. Si nous l'estimons utile et bénéfique, nous pouvons déléguer la prise en charge à un thérapeute ou un service tiers tout en gardant une certaine responsabilité dans la gestion du dossier », rapporte Julien Lagneaux.

Traiter d'abord la personne

Seul l'État de Californie rend obligatoire, depuis 1996, la castration chimique aux pédophiles récidivistes. En Belgique, elle peut être proposée à certains délinquants sexuels incarcérés ou comme condition à une libération conditionnelle ou à un sursis avec mise à l'épreuve. Sa prescription est toutefois extrêmement rare. « *Ce n'est pas la panacée* », dit le directeur de l'UPPL. « *La majorité des infractions sexuelles avec contact sont des touchers et les pénétrations, par exemple, sont plus souvent digitales ou avec l'utilisation d'un objet. Or, la castration chimique annihile l'érection mais généralement incomplètement la pulsion sexuelle. Elle pourrait d'ailleurs être contre-productive en créant des frustrations supplémentaires.* »

La prise en charge thérapeutique d'un AICS s'étend habituellement sur trois à cinq ans. Elle implique l'instauration d'un lien de confiance entre le patient et son ou ses interlocuteurs car, nous l'avons évoqué, c'est davantage sur la personne, sur son profil psychique, plutôt que sur les crimes (viols) ou délits qu'elle a commis que se fondera l'approche thérapeutique. « *On traite d'abord la personne, les faits viendront ensuite* », commente Elena Kadare. Par conséquent, il n'y a pas a priori de canevas thérapeutique spécifique de chaque type de délits ou crimes sexuels – viols, exhibitionnisme, pédophilie, etc. Tantôt la prise en charge est individuelle, tantôt elle se réalise en groupe, tantôt elle marie les deux approches (voir notre article

intitulé « *Thérapie et prévention* » en page suivante). « *Si ce sont les instances judiciaires qui choisissent les mesures imposées aux justiciables (formation, thérapie, interdictions...), souvent éclairés par les avis et expertises qui auront été réalisées, les cliniciens en charge des patients détermineront les axes de travail et choisiront au cas par cas les modalités thérapeutiques les plus adaptées. Les professionnels des équipes de santé spécialisées disposent d'une grande liberté dans leur créativité thérapeutique et peuvent explorer les différents champs théoriques de la psychologie* », souligne Julien Lagneaux. Cela sans oublier qu'à côté de la thérapie, la réinsertion sociale et professionnelle du délinquant sexuel, chapeautée par un assistant de justice, joue un rôle déterminant dans le succès de sa prise en charge globale.

Objectifs d'apprentissage

La lecture de cet article vous aura familiarisé(e) avec :

- » La prédominance masculine dans la population prise en charge pour délinquance sexuelle.
- » La prédominance de personnes responsables d'abus sexuels sur des mineurs d'âge dans la population prise en charge pour délinquance sexuelle.
- » La nécessité de centrer la prise en charge sur la personne dans la globalité, et non sur les faits commis.
- » Le fait que la plupart des délinquants sexuels sont des personnes incapables de s'imposer des limites, plutôt que des individus hypersexuels.
- » L'intérêt ou non de faire reconnaître les faits commis par leur auteur avant d'entamer le traitement.
- » Le rôle de la castration chimique.



Thérapie et prévention

Des thérapies de groupe et un service d'écoute et d'orientation figurent parmi les outils déployés par l'UPPL dans son approche thérapeutique et préventive de la délinquance sexuelle.

La prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) par les services spécialisés peut revêtir différentes

formes et modalités, notamment être individuelle ou collective. Si les prises en charge sont généralement ordonnées par les instances judiciaires, il appartient aux

équipes cliniques de déterminer leurs modalités effectives. Traitement individuel, en groupe, mariage des deux. « *Les magistrats tendent de plus en plus à imposer des prises en charge couplées. Une formation de groupe de responsabilisation et une thérapie, par exemple* », rapporte le criminologue et sexologue Julien Lagneaux, directeur de l'Unité de psychopathologie légale (UPPL).

Les conditions imposées posent d'ailleurs quelquefois question tant leur respect apparaît d'emblée difficile. La prise en charge ne doit pas hypothéquer l'occupation professionnelle. En effet, la réinsertion sociale et professionnelle constitue un élément clé du succès de la prise en charge globale des délinquants sexuels et donc également un facteur de protection. De surcroît, les réalités singulières impliquent de temps en temps une adaptation des conditions. Dans d'autres situations, c'est le profil du justiciable qui pourra amener à la conclusion que la prise en charge pénalement ordonnée n'est pas indiquée. Par exemple, une prise en charge en groupe pour des personnes souffrant d'une maladie mentale ou des personnalités organisées sur un mode psychopathique, lequel tend à les prédisposer à utiliser les autres membres du groupe à leur profit.

Depuis 1999, le service *Triangle* de l'UPPL organise des groupes psycho-socio-éducatifs de responsabilisation pour les auteurs adultes d'infraction à caractère sexuel bénéficiant de mesures judiciaires alternatives - médiation pénale, probation et alternative à la détention préventive. Il s'agit d'une formation spécialisée dispensée à des groupes de cinq à sept personnes à raison d'une séance hebdomadaire de trois heures durant six mois (75 heures au total). À l'instar de ce qui prévaut dans les prises en charge thérapeutiques individuelles (*voir notre article intitulé « Une écoute bienveillante et vigilante »*), l'ancrage de la démarche est le profil des participants, les individus dans leur globalité, plutôt que les

délits ou les crimes (viols) qu'ils ont perpétrés. D'ailleurs, au sein d'un même groupe *Triangle*, se côtoient des AICS ayant commis des infractions à caractère sexuel de types différents, sur majeurs ou sur mineurs - actes pédosexuels, exhibitionnisme, inceste, viol...

« *Notre levier thérapeutique consiste à mettre l'accent sur une motivation en lien avec les besoins des membres du groupe, leurs souffrances, leurs projets de vie* », précise Elena Kadare, psychologue clinicienne affectée à la formation *Triangle*. La prise en charge se base sur un modèle prédéfini qui pourra néanmoins recevoir quelques adaptations en fonction des profils individuels des membres du groupe et, secondairement, des caractéristiques des actes délictueux qui leur ont été reprochés. La dynamique de groupe est au cœur du programme, ce qui implique l'établissement de liens de confiance entre les justiciables et les intervenants, mais également entre les justiciables. « *En plus du secret professionnel auquel les thérapeutes sont tenus, il existe un devoir de discrétion entre les participants afin de permettre à la parole de se libérer le mieux possible* », ajoute Elena Kadare.

Quels sont les outils utilisés dans ces groupes psycho-socio-éducatifs ? Ils sont variés. Au-delà d'explications théoriques, Elena Kadare cite entre autres les discussions et débats, l'utilisation de récits, le génogramme, les jeux de rôles, l'utilisation de capsules vidéo et documentaires, les mises en situation ou encore le recours à des techniques de communication et de résolution de problèmes. Les thèmes abordés tiennent compte de la progression dans le lien de confiance. Les premières séances abordent les éléments du parcours de vie des participants, ensuite viennent des modules sur la sexualité en général avant d'arriver au cycle de l'abus et à des notions comme le consentement, le vécu des victimes, la prévention de la récidive, etc.



Elena Kadare

« Quant aux objectifs poursuivis, ils visent à apprendre aux participants à se responsabiliser individuellement, à devenir à même de se mettre à la place des victimes, à être capables de réagir adéquatement à des situations semblables à celles qui ont pu présider à leurs passages à l'acte, à acquérir des compétences pro-sociales qui leur permettront de s'intégrer davantage dans la société, à les conscientiser à l'intérêt éventuel d'une demande d'aide thérapeutique individualisée complémentaire », indique Julien Lagneaux.

Du Triangle au Paradoxe

De nombreux auteurs d'infractions à caractère sexuel ont déjà commis des faits de cette nature durant leur adolescence - la plupart du temps, des faits intrafamiliaux ou au sein de collectivités, tel un internat. Aussi, statistiquement, une prise en charge spécialisée précoce des adolescents concernés diminue-t-elle le risque de récidive à l'âge adulte. Devant le hiatus existant entre le travail à fournir à la suite des nombreuses demandes émanant principalement des juges de la jeunesse, du service de protection de la jeunesse (SPJ) ou du service d'aide à la jeunesse (SAJ), d'une part, et les faibles moyens disponibles, d'autre part, l'UPPL a pris l'initiative de développer une offre spécialisée pour les adolescents. Fut ainsi conçu le programme *Paradoxe*, qui ne peut nier sa parenté avec son homologue *Triangle* dédié aux adultes.

Les thèmes abordés se succèdent suivant un ordre largement préétabli qui charpente l'ensemble des interventions. Ils gravitent autour de problématiques telles que les relations affectives et sexuelles, les valeurs, la transgression, les lois et, avec une insistance particulière, l'estime de soi et le consentement. Elena Kadare rappelle la grande prudence qui doit prévaloir dans la prise en charge de mineurs en pleine construction identitaire, pour qui il serait éminemment dommageable d'être réduits au seul statut de délinquants. Les groupes de parole sont composés de sept adolescents au maximum, âgés de 14 à 18 ans, qui se réunissent hebdomadairement pour 16 à 20 séances. Comme dans le programme *Triangle*, une phase de préadmission est indispensable à la constitution d'un groupe dont les membres pourront alors cohabiter et progresser ensemble. Quelquefois, c'est l'environ-

nement du jeune qui est problématique : « On comprend parfois rapidement que ses parents ne sont pas preneurs et suffisamment investis et qu'ils mettront inévitablement en échec le bon déroulement de la participation au groupe Paradoxe », fait remarquer le directeur de l'UPPL.

La caricature du pédophile vêtu d'un long imper en train de guetter sa proie à la sortie d'une école renvoie à quelques cas exceptionnels.

En perte de repères

Individuelles ou en groupe, les thérapies sont théoriquement réalisées par des équipes de santé pluridisciplinaires idéalement composées de psychologues, psychiatres, sexologues, criminologues, assistants sociaux. Toutefois, dans la pratique, il n'est pas rare que la prise en charge thérapeutique soit l'œuvre d'une seule personne. Motif ? Un manque de moyens et de disponibilités. « Depuis l'épisode du covid-19, les services spécialisés sont surchargés de demandes et sont contraints de fonctionner avec des listes d'attente, même s'ils ont la possibilité de déléguer certaines thérapies », rapporte Julien Lagneaux. « Plusieurs facteurs sont probablement à l'origine du problème, dont un probable accroissement des faits de délinquance sexuelle durant la pandémie, une plus grande réactivité des autorités judiciaires associée à une sévérité accrue et un manque de moyens pour absorber l'ensemble des demandes. Le nombre de nouvelles sollicitations est largement supérieur à celui des traitements arrivés à leur terme. »

Le directeur de l'UPPL souligne que son centre n'a jamais été confronté, lors de ses prises en charge thérapeutiques, à des individus correspondant à la caricature du pédophile vêtu d'un long imper en train de guetter sa « proie » à la sortie d'une école. « Ce sont des cas exceptionnels », dit-il. « Parmi les délinquants, y compris les délinquants sexuels, on rencontre beaucoup de personnes qui ont été fracassées par la société, qui sont en perte de repères, qui présentent des déficits culturels, d'éducation, etc. », explique pour sa part le psychologue Jérôme Englebert, professeur au sein des écoles

de criminologie de l'Université libre de Bruxelles et de l'Université catholique de Louvain. Et c'est pourquoi une conclusion s'impose : si la prise en charge thérapeutique des AICS offre un intérêt réel tant pour le bien-être des délinquants eux-mêmes que pour la société, en

termes de réduction des récidives, il est indispensable qu'elle soit accompagnée de mesures de réinsertion sociale efficaces. Il existe des déterminants psychologiques dans la délinquance sexuelle, mais, selon les études, la précarité sociale en est en général le principal moteur.

Objectif prévention

Partant du principe que tout fantasme sexuel déviant, fût-il pédophile, n'induit pas nécessairement un passage à l'acte, l'UPPL, notamment, s'est également inscrite dans une logique de prévention en donnant vie à un Service d'écoute et d'orientation spécialisé (SéOS). Ouvert depuis le 1^{er} juillet 2021, il a pour supports une ligne d'écoute téléphonique gratuite (0800/200.99), anonyme et confidentielle, un tchat et une adresse e-mail de contact destinés à des adultes ou adolescents qui se questionnent sur la notion de consentement, s'interrogent sur des comportements potentiellement inadéquats ou sont eux-mêmes en proie à des fantasmes sexuels déviants. Les cibles de cette initiative sont donc tout autant les auteurs potentiels d'actes délictueux que leur entourage et les professionnels de la santé, les enseignants, les travailleurs sociaux, etc. « Prendre rendez-vous chez son médecin traitant ou chez un psy pour lui dire : 'Je fantasme sur ma petite voisine qui a 9 ans' est une démarche que peu d'individus arrivent à accomplir. D'où l'intérêt du SéOS », commente Julien Lagneaux.

Les personnes qui nourrissent des fantasmes sexuels déviants privilégient généralement le repli sur soi et tendent à se murer dans le silence. Elles sont le

plus souvent dans un état de détresse qui favorise un passage à l'acte qu'une écoute attentive et bienveillante aurait peut-être pu éviter. « Les personnes qui sont préoccupées par des fantasmes, sentiments ou comportements sexuels déviants ou qui sont susceptibles de nuire à autrui font l'objet d'une stigmatisation et de stéréotypes qui peuvent les conduire à rester dans le secret. Ce qui est de nature à les empêcher de demander de l'aide quand elles en ont besoin. L'exclusion et la diabolisation ne contribuent ni au bien-être du groupe cible ni à la sécurité de la société », indique-t-on à l'UPPL. Comme pour le volet thérapeutique des interventions de ce Centre d'appui wallon, une approche humaniste constitue le fil d'Ariane que suit son service spécialisé dans l'écoute à des fins préventives - bienveillance, respect, absence de jugement, prise en considération de la personne dans sa globalité plutôt qu'à travers les idées déviantes qui l'habitent.

Objectifs d'apprentissage

La lecture de cet article vous aura familiarisé(e) avec :

- » L'équilibre à trouver entre le temps consacré par les délinquants sexuels à la thérapie psychosociale et leur impératif de réinsertion professionnelle.
- » Le concept et la mise en œuvre de la thérapie de groupe dédiée aux délinquants sexuels adultes.
- » Le concept et la mise en œuvre de la thérapie de groupe dédiée aux délinquants sexuels adolescents.
- » Les différentes disciplines intervenant dans la prise en charge psycho-socio-éducative des délinquants sexuels.
- » Le concept et la mise en œuvre d'une ligne d'écoute téléphonique dédiée à la prévention de la délinquance sexuelle.



Psychopathes, ces calculateurs froids

On dit généralement des psychopathes qu'ils présentent un déficit ou une absence d'empathie. Et si c'était l'inverse ?

sexuelle ou autre. En clair, s'il y a nombre de délinquants non psychopathes, il y a de même nombre de psychopathes non délinquants. Le mode de fonctionnement psychopathique peut se rencontrer chez des personnes n'ayant aucun démêlé avec la justice mais qui, par exemple, génèrent des environnements de travail délétères ou exercent une emprise ou une autorité absolue dans leur cellule familiale.

Défaut de sympathie ?

Réactualisant les hypothèses de Cesare Lombroso, un courant de recherche actuel ambitionne de mettre en évidence des traces neurologiques de la psychopathie - organisation anatomique du cerveau, modes de fonctionnement cérébral... Ces études reposent d'une certaine manière sur des sables mouvants, dans la mesure où non seulement la population des psychopathes est assez peu fournie et peu identifiée - la plupart d'entre eux ne sont connus qu'à travers le cadre médico-légal -, mais également parce qu'elle se montre très peu coopérative. La raison en est simple : l'intérêt des psychopathes se porte essentiellement sur ce qui peut leur procurer un bénéfice. Pour l'heure, on ne peut s'appuyer sur aucune base scientifique solide pour affirmer l'existence de particularités neurologiques de nature à induire le fonctionnement psychopathique. « De toute façon, il semble évident que les comportements humains déviants ne s'expliquent pas uniquement par des dysfonctions cérébrales. Ils sont plurifactoriels et, outre des facteurs biologiques, incluent des facteurs environnementaux, sociaux et psychologiques », commente Jérôme Englebert. Et d'ajouter que ce sont les situations qui engendrent les comportements et, partant, qu'il est probable qu'en fonction de celles-ci, une société produise des personnes possédant un idéal psychopathique plus ou moins affirmé.

Le psychiatre liégeois Albert Demaret, décédé en 2011, écrivait dans *Éthologie et psychiatrie*, édité en 1979 aux éditions Mardaga : « La fonction sociale des psychopathes dépend des conditions du milieu. Plus celles-ci sont perturbées, plus le 'déséquilibré' se révèle adapté et même utile. En temps de paix, on les enferme; en temps de guerre, on compte sur eux et on les couvre de décorations. » Ce qui amène Jérôme Englebert à rappeler que, selon Demaret, nombre de comportements jugés

Initialement, le terme de psychopathie fut appréhendé dans une acception très large : il se référait à un trouble du psychisme entendu dans son sens le plus général. Par la suite, il reçut successivement différentes définitions. Ainsi, le psychiatre français Philippe Pinel évoqua en 1801 une « manie sans délire » tandis qu'en 1835, le médecin et ethnologue britannique James Prichard présentait la psychopathie comme une « folie morale ». Psychiatre français, Bénédicte Augustin Morel la percevait pour sa part, en 1857, sous les traits d'une « dégénérescence nerveuse ». De la sorte, il l'ancrait dans la sphère de la biologie, démarche qui allait inspirer les travaux du médecin légiste italien Cesare Lombroso, lequel postula, dans son ouvrage *L'Homme criminel* (1876), l'existence d'un gène du crime et donc de « criminels nés ». Dans les *Annales Médico-Psychologiques*, le psychologue Jérôme Englebert, professeur au sein des écoles de criminologie de l'Université libre de Bruxelles et de l'Université catholique de Louvain, cite encore, parmi d'autres « pionniers », Valentin Magnan, psychiatre français qui suggéra en 1895 de ranger les psychopathes sous le concept de « déséquilibrés ».

Pinel, Prichard, Morel, Magnan..., tous ces auteurs du 19^e siècle avaient en outre en commun d'établir un lien entre la psychopathie et les actes de délinquance. « Aujourd'hui, la psychopathie est globalement considérée comme un trouble grave ou un déséquilibre du caractère ou de la personnalité sans présence d'une psychose ni d'une déficience mentale significative », indique le Pr Englebert. Comme il le souligne, le mode de fonctionnement psychopathique n'a pas immanquablement pieds et poings liés avec la délinquance, qu'elle soit



Jérôme Englebert

aujourd'hui pathologiques ou inadaptés « devaient avoir une valeur adaptative dans le milieu originel qui a façonné la morphologie et le psychisme de notre espèce ».

Le diagnostic de psychopathie est presque exclusivement masculin, du moins sur la base des données criminologiques. Évaluer le pourcentage de psychopates dans la population relève de la gageure. Il est rare qu'ils consultent spontanément un psychiatre ou un psychologue. Aussi le diagnostic de psychopathie n'émane-t-il le plus souvent, comme susmentionné, que d'expertises médico-légales. Par ailleurs, occupant une position ambiguë entre le trouble psychiatrique et le trouble de la personnalité, la psychopathie ne fait pas, à ce jour, l'objet d'une définition diagnostique officielle et définitive. Ainsi, le DSM, « bible » de plus en plus contestée de la psychiatrie américaine et internationale, s'attarde prioritairement sur la notion de « trouble de la personnalité antisociale », qui repose essentiellement sur l'identification d'un acte délinquant ou d'un non-respect de normes sociales - focalisation qui n'est pas sans poser des questions éthiques et criminologiques importantes.

La majorité des auteurs considèrent que le psychopathe se caractérise par un déficit, voire une absence d'empathie, une incapacité plus ou moins prononcée à comprendre et ressentir les émotions d'autrui. Pour d'autres, dont Jérôme Englebert, le psychopathe dispose au contraire d'une compétence certaine, parfois exacerbée, pour la compréhension des émotions, mais, malgré cela, ne manifeste aucune compassion, aucune bienveillance à l'égard de l'autre. Il le chosifie, le renvoie au statut d'objet et non de sujet, au profit de l'emprise qu'il veut exercer sur lui. « La psychopathie n'est pas le reflet d'un défaut d'empathie, mais d'un défaut de sympathie », estime le Pr Englebert. Et l'on pourrait citer l'exemple classique et presque caricatural du psychopathe à même de décrire avec une extrême finesse la souffrance de ses victimes, faisant ainsi preuve d'empathie tout en n'ayant que faire de cette souffrance en raison de son trouble de la sympathie.

La froideur émotionnelle est une caractéristique redoutable du psychopathe. Elle traduit sa capacité à gérer l'émotion avec calme, sang-froid, distance. Est-elle

un défaut ? Oui, si on l'habille de sa dimension morale de manque de compassion et, plus encore, de vecteur privilégié d'une emprise sur autrui. Toutefois, cette gestion froide des émotions est celle qu'on attend d'un médecin urgentiste ou d'un dirigeant politique, alors que dans d'autres situations sociales, relationnelles ou professionnelles, c'est une « gestion chaude » qui est escomptée. Par exemple, lorsqu'un artiste se produit sur scène. « Dans l'absolu, il n'y a pas un type de gestion des émotions qui soit meilleur qu'un autre », dit Jérôme Englebert. « Le problème avec le psychopathe est qu'il utilise ses compétences émotionnelles de façon redoutable et péjorative pour autrui. »

Selon certains auteurs, la psychopathie ne refléterait pas un défaut d'empathie, mais de sympathie.

Préceptes thérapeutiques en question

En l'absence de définition de la psychopathie au niveau des classifications internationales, différents auteurs se sont efforcés d'en élaborer une, pragmatique, dans une perspective diagnostique. Un courant majoritaire se réfère aux travaux du psychologue canadien Robert Hare, de l'Université de Colombie-Britannique, lequel a proposé une échelle d'évaluation, la PCL-R, constituée de 20 items. La définition opérationnelle qui en ressort met en exergue, ainsi que l'explique Jérôme Englebert dans les *Annales Médico-psychologiques*, « un ensemble de caractéristiques comportementales et affectives comprenant l'égoцентриté, la manipulation, l'insensibilité aux autres, l'irresponsabilité, l'instabilité relationnelle, l'impulsivité, le manque d'empathie, de remords ou de culpabilité et un pauvre contrôle comportemental ».

Les caractéristiques de la psychopathie selon Hare et les auteurs qui se sont inspirés de ses travaux aboutissent à des critères diagnostiques qui s'avèrent largement superposables à ceux de la manie, dont un trait cardinal est aussi la chosification d'autrui. D'où cette question : la conception développée par ces auteurs ne passe-t-elle pas « à côté » de

spécificités essentielles de la psychopathie ? C'est ce que pense le Pr Englebert. Selon lui, le psychopathe, à l'instar du maniaque, a un trouble de l'alter ego se traduisant par une chosification de l'autre, mais contrairement au maniaque, ne souffre pas d'un trouble de l'ego, du « Je », étant donné qu'il parvient à conserver une identité stable et cohérente tout en chosifiant autrui. Il ne ressortirait donc pas au registre de la psychose, ce en quoi il serait radicalement différent du maniaque.

Il existe une littérature scientifique soutenant l'idée que le psychopathe est incurable. De fait, s'agissant de profils psychopathiques absolument « purs », ceux que l'on rencontre en thérapie dans

le cadre médico-légal, le pronostic thérapeutique est des plus réservés. Toutefois, les personnes présentant certains traits psychopathiques sont de très loin plus nombreuses que celles dont le mode de fonctionnement « déviant » est radical et totalement incrusté en eux comme un sceau cacheté dans de la cire. Basés sur la conception traditionnelle voulant que le psychopathe soit en proie à un déficit, voire une absence d'empathie, les programmes thérapeutiques sont axés sur une remédiation dans ce domaine. Si au contraire, comme le postulent Jérôme Englebert et d'autres auteurs, le psychopathe est doté d'une haute compétence en matière d'empathie, mais pêche par un défaut de sympathie, cet effort thérapeutique est voué à l'échec. « La thérapie renforcerait dès lors une compétence dont jouent les psychopathes. Comme le concluent certaines études, on les rend encore plus psychopathes », fait remarquer le Pr Englebert. À ses yeux, il convient de remettre en question les préceptes thérapeutiques, mais sans sombrer dans l'angélisme, dans l'affirmation qu'on « vaincra le mal » pour autant.

Lors de la prise en charge des psychopathes, le clinicien se rend souvent compte, après quelques séances encourageantes, qu'il est mené en bateau. « Ils

ont toujours un coup d'avance », dit Jérôme Englebert. « Pour les comprendre, le thérapeute doit être capable de cerner leurs compétences et non espérer les dominer en raisonnant en termes de déficit. Le modèle thérapeutique doit offrir un cadre clinique de respect et de bienveillance qui contraste avec leur attitude. Peut-être, à la lumière du décalage ainsi créé, finiront-ils par s'inspirer de ce mode de relations bienveillant pour l'importer dans leurs propres rapports avec autrui. Néanmoins, pour les cas les plus extrêmes, je rejoins nombre de mes collègues dans leur pessimisme quant à une issue favorable. »

Objectifs d'apprentissage

La lecture de cet article vous aura familiarisé(e) avec :

- » Les descriptions de la psychopathie en tant qu'entité clinique, depuis le début du 19^e siècle.
- » La classification actuelle de la psychopathie parmi les troubles sévères du caractère ou de la personnalité.
- » L'absence de bases scientifiques solides pour mettre la psychopathie en rapport avec des anomalies structurales du cerveau.
- » L'interaction entre la fonction sociale de la psychopathie et les conditions du milieu.
- » L'absence de définition diagnostique officielle pour la psychopathie.
- » Les arguments qui proposent de considérer la psychopathie comme un manque de sympathie, et non d'empathie.
- » La différence entre la psychopathie et la manie, malgré l'existence de critères diagnostiques communs à l'une et à l'autre.
- » Une réflexion sur la meilleure façon d'approcher l'individu psychopathe en tant qu'interlocuteur.

« Et bonne santé ! » : tout ce qui a changé ce 1^{er} janvier 2025



DROIT Le Nouvel An rime, comme toujours, avec l'entrée en vigueur des réformes adoptées lors des derniers mois. Le cru 2025 fait du bien au portefeuille des patients, pas toujours à celui des médecins. Le droit à l'oubli et la protection de la société sont renforcés.

La première annonce représente une avancée majeure pour les personnes guéries d'un cancer ou atteintes de maladies chroniques. Depuis le 1^{er} janvier, le délai d'attente pour souscrire une assurance solde restant dû est réduit à cinq ans après la fin des traitements. Passé ce délai, les antécédents médicaux de ces patients ne pourront plus être utilisés par les assureurs pour refuser une couverture. Ce changement s'inscrit dans le cadre du droit à l'oubli, introduit en 2019, pour garantir un accès équitable aux assurances à ces personnes, leur permettant de surmonter les stigmates de leur passé médical.

Cette évolution s'applique spécifiquement aux assurances liées à des crédits hypothécaires ou professionnels, et fait suite à plusieurs étapes de réduction progressive du délai d'attente, initialement de dix ans, d'abord rapporté à huit ans, puis à cinq. Le dispositif vise à encourager une réintégration socio-économique complète des personnes

concernées, tout en promouvant l'égalité des chances. Sensibiliser vos patients à cette nouvelle réglementation est donc plus que jamais pertinent.

Papillomavirus : moins de tests cytologiques inutiles

Un autre changement important a été opéré en matière de dépistage du papillomavirus humain (HPV). Désormais, il est recommandé d'effectuer un test de dépistage primaire du papillomavirus tous les cinq ans pour les femmes dès l'âge de 30 ans. Ce test remplace l'examen cytologique, qui était précédemment recommandé tous les trois ans. Cette nouvelle approche, adoptée par la conférence interministérielle santé publique en 2022, repose sur des preuves scientifiques de Sciensano et des recommandations de l'OMS.

Le changement de stratégie est motivé par les caractéristiques biologiques du HPV. Avant 30 ans, ce virus disparaît souvent spontanément, ce qui limite l'utilité des tests de dépistage dans cette

tranche d'âge. Ainsi, aucun dépistage n'est préconisé avant l'âge de 25 ans, tandis qu'entre 25 et 29 ans, l'examen cytologique reste recommandé tous les trois ans pour éviter un nombre excessif de faux positifs. Après 30 ans, le risque de persistance du virus augmente, ce qui justifie l'utilisation du test HPV, plus efficace pour détecter les infections persistantes susceptibles de conduire à un cancer. La mutualité Solidaris monte cependant au créneau. Selon elle, le risque existe que les pathologistes essaient de compenser le manque de revenus provoqué par ces nouvelles directives en prescrivant systématiquement un test cytologique.

Une alternative à l'hospitalisation forcée

La réforme de la législation sur l'admission forcée des patients psychiatriques, également effective depuis le 1^{er} janvier, introduit une nouvelle mesure : le « traitement volontaire sous conditions ». Cette alternative s'adresse

aux patients souffrant de troubles psychiatriques graves qui pourraient représenter un danger pour eux-mêmes ou pour autrui. Désormais, un juge de paix peut proposer un traitement volontaire assorti de conditions, plutôt que de contraindre directement à une hospitalisation forcée. Cette option permet aux patients de participer activement à l'élaboration de leur plan de traitement.

L'accompagnement psychosocial et médical des personnes transgenres est maintenant remboursé dans six centres conventionnés, contre seulement deux auparavant.

La réforme vise à renforcer l'équilibre entre les droits des patients et la nécessité de protéger la société. L'hospitalisation forcée reste possible dans les cas où aucune autre alternative n'est envisageable, mais elle devra être décidée par un juge ou, en situation d'urgence, par le procureur du Roi. Par ailleurs, la période d'évaluation en urgence, permettant de déterminer si une admission forcée est justifiée, passe de 24 à 48 heures.

Le contexte d'adoption de cette réforme est marqué par l'attentat du policier Thomas Montjoie à Schaerbeek en 2022, qui a mis en lumière les lacunes du système précédent. En favorisant des approches volontaires encadrées, cette mesure cherche à prévenir les situations de crise, tout en respectant la dignité des patients. Pour les médecins psychiatres, cela implique une collaboration étroite avec les autorités judiciaires.

Le portefeuille des patients fragilisés mieux protégé

Depuis le 1^{er} janvier 2025, les suppléments d'honoraires en médecine générale et en dentisterie sont interdits pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Cette interdiction concerne environ la moitié des bénéficiaires actuels et s'appliquera aussi à certaines prestations dentaires préventives. Elle sera progressivement élargie : dès 2026, elle inclura tous les patients éligibles à l'allocation majorée et s'étendra à l'ensemble des prestations médicales remboursées par l'Inami, comme la kinésithérapie.

Au-delà des BIM, vos patients ne devront plus non plus supporter les surcoûts liés à l'importation ou au remplacement de médicaments essentiels indisponibles en Belgique. Cette mesure, prévue par arrêté royal, s'applique aux médicaments remboursés par les mutualités et jugés nécessaires pour éviter une détérioration grave de l'état de santé des patients. Désormais, ces surcoûts seront intégralement pris en charge, et les patients n'auront plus à payer que le ticket modérateur. Une liste des médicaments concernés sera publiée par l'Inami et mise à disposition des pharmaciens et mutuelles, facilitant la gestion de ces situations. Cette décision vise à protéger les patients des conséquences financières des pénuries de médicaments.

Désormais, un juge de paix peut proposer un traitement volontaire assorti de conditions, plutôt que de contraindre directement à une hospitalisation forcée.

De nouveaux remboursements Inami

Une série de nouveaux remboursements de l'Inami sont entrés en vigueur au 1^{er} janvier. La télésurveillance des patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique sera remboursée dans les hôpitaux ayant conclu une convention avec l'Inami. La surveillance proactive vise à détecter précocement les signes de détérioration, permettant un ajustement rapide des traitements. Les études montrent que cette approche réduit les hospitalisations, améliore la qualité de vie et diminue la mortalité, renforçant ainsi l'efficacité et la personnalisation des soins.

L'accompagnement psychosocial et médical des personnes transgenres est désormais remboursé dans six centres conventionnés avec l'Inami, contre seulement deux auparavant (UZ Gent et CHU de Liège). Ces centres offrent un soutien lié à l'identité, l'expression ou la dysphorie de genre, couvrant des besoins variés allant de la consultation psychosociale à l'accompagnement médical. Cette extension vise à répondre à la demande croissante, et à garantir un accès équitable à des soins spécialisés pour la population transgenre.

Les femmes enceintes, enfin, pourront bénéficier du remboursement du vaccin maternel contre le VRS. Ce vaccin, administré entre les 28^e et 36^e semaines de grossesse, permet aux mères de transmettre des anticorps protecteurs au fœtus, réduisant ainsi significativement les hospitalisations liées au VRS chez les nouveau-nés. Cette mesure complète la mise en place, en octobre 2024, du remboursement d'un anticorps monoclonal délivré aux nourrissons.

La vérification électronique obligatoire dans les hôpitaux

Dernier changement en matière de remboursement : les pères et coparents ayant droit au congé de naissance de 20 jours, introduit en 2023, recevront désormais leurs indemnités de manière mensuelle. Jusqu'à présent, ces indemnités étaient versées en une seule fois à la fin du congé, ce qui pouvait créer des obstacles financiers pour les pères étalant leurs jours de congé sur plusieurs mois. Cette modification, décidée après concertation avec les mutuelles et les employeurs, simplifie le paiement tout en conservant les mêmes démarches administratives pour les travailleurs. Les employeurs devront toutefois transmettre mensuellement les informations nécessaires aux mutuelles.

Pour terminer, une dernière modification concerne plus spécifiquement les gestionnaires hospitaliers. Depuis le 1^{er} janvier 2025, les hôpitaux en Belgique doivent vérifier électroniquement l'identité des patients pour toutes les prestations de santé facturées dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire. Cette mesure, supervisée par l'Inami, s'applique aux soins hospitaliers comme ambulatoires, y compris les hospitalisations de jour. En cas de non-respect, les mutualités pourront refuser la facturation. Une phase de test, mise en place depuis septembre 2024, a permis d'initier cette démarche de manière facultative. Cette obligation vise à sécuriser et simplifier les processus de facturation, tout en rappelant aux patients l'importance de toujours se munir de leur carte d'identité lors des consultations ou hospitalisations.

La rédaction, avec Belga

Traumeel®

aussi efficace que le diclofénac⁹



Traumeel® respecte & soutient le processus de résolution de l'inflammation dans sa totalité¹ :

Régule l'inflammation^{5,6}

Induit la résolution²⁻⁵

Accélère la guérison^{4,6,7,8}

Traumeel® 50 comprimés : € 15,95 - Traumeel® 250 comprimés : € 42,95
Traumeel® 50 g crème et gel : € 14,26 - Traumeel® 100 g crème et gel : € 23,35
Traumeel® 10 ampoules : € 26,95 - Traumeel® 50 ampoules : € 109,95 - Traumeel® 100 ampoules : € 199,95

TRAUMEEL solution injectable **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 ampoule de 2,2 ml contient : Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6, Millettifolium D3, Belladonna D2, Hepar sulphur D6 à 2,2 mg ; Aconitum napellus D2 1,32 mg ; Bellis perennis D2, Mercurius solubilis D6 à 1,1 mg ; Hypericum perforatum D2 0,66 mg ; Echinacea D3, Echinacea purpurea D2 à 0,55 mg ; Hamamelis virginiana D2 0,22 mg. Excipients : Chlorure de sodium. Eau pour préparations injectables **FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique pour le traitement de diverses blessures traumatiques, telles que les entorses, luxations, contusions et gonflements articulaires ; la régulation des processus inflammatoires dans divers tissus, incluant en particulier les affections aiguës et chroniques du système musculo-squelettique. **Posologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Dans les conditions aiguës une ampoule par jour, sinon une ampoule 1 à 3 fois par semaine. **Mode d'administration** : L'injection sera administrée par voie intramusculaire, sous-cutanée, intradermique, intra-articulaire ou périarticulaire et uniquement par un médecin. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** : Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de le prescrire à des patients souffrant de troubles du système immunitaire, par exemple en cas de maladies systémiques progressives, de maladies auto-immunes, d'immunodéficiences, d'immunosuppression et de maladies liées aux globules blancs. Il n'existe aucune mise en garde ni précaution spécifique relative à l'utilisation de ce médicament. Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose, c-à-d. qu'il est essentiellement "sans sodium". **Effets indésirables** : Dans de rares cas, des réactions allergiques (hypersensibilité) peuvent survenir (par ex. des allergies cutanées, une rougeur/enflure au point d'injection, voire même un choc anaphylactique). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE532195 **MODE DE DELIVRANCE** MÉDICAMENT SOUMIS À PRÉSCRIPTION MÉDICALE **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 08/2023 **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE.**

TRAUMEEL solution injectable **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 ampoule de 2,2 ml contient : Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6, Millettifolium D3, Belladonna D2, Hepar sulphur D6 2,2 mg ; Aconitum napellus D2 1,32 mg ; Bellis perennis D2, Mercurius solubilis D6 à 1,1 mg ; Hypericum perforatum D2 0,66 mg ; Echinacea D3, Echinacea purpurea D2 à 0,55 mg ; Hamamelis virginiana D2 0,22 mg. Excipients : Chlorure de sodium. Eau pour préparations injectables **FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique pour le traitement de diverses blessures traumatiques, telles que les entorses, luxations, contusions et gonflements articulaires ; la régulation des processus inflammatoires dans divers tissus, incluant en particulier les affections aiguës et chroniques du système musculo-squelettique. **Posologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Dans les conditions aiguës une ampoule par jour, sinon une ampoule 1 à 3 fois par semaine. **Mode d'administration** : L'injection sera administrée par voie intramusculaire, sous-cutanée, intradermique, intra-articulaire ou périarticulaire et uniquement par un médecin. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** : Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de le prescrire à des patients souffrant de troubles du système immunitaire, par exemple en cas de maladies systémiques progressives, de maladies auto-immunes, d'immunodéficiences, d'immunosuppression et de maladies liées aux globules blancs. Il n'existe aucune mise en garde ni précaution spécifique relative à l'utilisation de ce médicament. Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose, c-à-d. qu'il est essentiellement "sans sodium". **Effets indésirables** : Dans de rares cas, des réactions allergiques (hypersensibilité) peuvent survenir (par ex. des allergies cutanées, une rougeur/enflure au point d'injection, voire même un choc anaphylactique). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE532195 **MODE DE DELIVRANCE** MÉDICAMENT SOUMIS À PRÉSCRIPTION MÉDICALE **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 08/2023 **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE.**

TRAUMEEL comprimés **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 comprimé de 301,5 mg contient : Amica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Hamamelis virginiana D2, Millettifolium D3 à 15 mg ; Belladonna D4 75 mg ; Aconitum napellus D3, Mercurius solubilis D6, Hepar sulphur D6 à 24 mg ; Chamomilla D3, Symphytum officinale D6 à 24 mg ; Bellis perennis D2, Echinacea D3, Echinacea purpurea D2 à 6 mg ; Hypericum perforatum D2 3 mg. Excipients : Lactose monohydraté. Séarate de magnésium **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimé **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique contenant des composants traditionnellement utilisés comme traitement de soutien pour les affections musculo-squelettiques, notamment des traumatismes légers ou modérés et des douleurs légères et inflammatoires des muscles et des articulations. Ce médicament homéopathique est utilisé selon les principes de la médecine biogéopathique. **Posologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Prendre 1 comprimé 3x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 1 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 12 comp./jour). Enfants de 6-11 ans : Prendre 1 comprimé 2x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 8 comp./jour). Enfants en dessous de 2 ans : Administrer 1 comprimé 1x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 4 comp./jour). Si les symptômes persistent au-delà d'une semaine de traitement, il faut consulter un médecin. Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de prescrire le produit pour une période supérieure à 8 semaines. **Mode d'administration** : Il est recommandé de garder les comprimés dans la bouche aussi longtemps que nécessaire pour les ramollir, avant de les avaler. Les comprimés ne doivent pas être complètement dissous, mais plutôt mordus pour ensuite être avalés. Éventuellement avec une gorgée d'eau. Pour les enfants, il est possible d'écraser les comprimés et de les ajouter à une petite quantité d'eau avant de les administrer. Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de le prescrire à des patients souffrant de troubles du système immunitaire, par exemple en cas de maladies systémiques progressives, de maladies auto-immunes, d'immunodéficiences, d'immunosuppression et de maladies liées aux globules blancs. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une des substances actives ou l'un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** : Les patients présentant une intolérance au lactose ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, consulter un médecin. **Effets indésirables** : Allergies cutanées (hypersensibilité). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE050960 **MODE DE DELIVRANCE** DELIVRANCE LIBRE. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 03/2021 **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE.**

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT TRAUMEEL gel **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 100 g de gel contient : Amica montana radix D3 1,5 g ; Calendula officinalis D2 0,45 g ; Hamamelis virginiana D2 0,45 g ; Echinacea D3 0,15 g ; Echinacea purpurea D2 0,15 g ; Chamomilla D3 0,15 g ; Symphytum officinale D4 0,15 g ; Bellis perennis D2 0,15 g ; Hypericum perforatum D2 0,09 g ; Millettifolium D3 0,09 g ; Aconitum napellus D2 0,045 g ; Belladonna D3 0,045 g ; Mercurius solubilis D6 0,045 g ; Hepar sulphur D6 0,025 g. Excipients : Carbomère 980 NF, Hyaluronate de sodium. Eau purifiée, Ethanol 96 %. **FORME PHARMACEUTIQUE** Gel **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique utilisé comme traitement de soutien local pour les affections musculo-squelettiques, notamment des traumatismes légers ou modérés, des douleurs légères et inflammatoires des muscles et des articulations. **Posologie** : Appliquer le gel 2x par jour (le matin et le soir), si nécessaire plus souvent. Si les symptômes persistent après 1 semaine de traitement, consulter un médecin. **Mode d'administration** : Voie cutanée. Le gel est destiné uniquement à l'usage externe. Appliquer le gel sur les parties à l'usage externe. Appliquer le gel sur les parties à l'usage externe. Éviter tout contact avec les yeux, les muqueuses, les plaies ouvertes ou la peau endommagée. Appliquer le produit uniquement sur la peau intacte. En présence de signes d'infection de la peau, consulter un médecin. **Traumeel contient de l'éthanol** Ce médicament contient 2000 mg d'alcool (éthanol) par 100 g (20% p/p). Cela peut provoquer une sensation de brûlure sur une peau endommagée. **Effets indésirables** : Dans de très rares cas, des réactions allergiques cutanées (hypersensibilité) peuvent se produire (chez moins d'un utilisateur sur 1000). **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE050960 **MODE DE DELIVRANCE** DELIVRANCE LIBRE. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 03/2021 **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE.**

Références : Serhan C. Treating inflammation and infection in the 21st century: new hints from decoding resolution mediators and mechanisms. *FASEB Journal*. 2017;31:1273-1288. ¹St Laurent III G, Tormal, Tzouli M, Zhou J et al. Differential effects of T14 versus diclofenac on pro-resolving lipid mediators revealed by RNAseq. *Ann Rheum Dis*. 2018;77(Suppl 2):1237-1238. doi:10.1136/annrheumdis-2018-eular.579. ²Schopoli P, Smita S, Khan F, et al. A systems approach to investigate inflammation resolution by multicomponent medicinal product T14-ESL-249-2019. *Mol Cell Biochem*. 2019;480(1-2):113-123. doi:10.1007/s00280-019-0384-1. ³Yadav et al. The Natural Combination Medicine Traumeel® (T14) Improves Resolution of Inflammation by Promoting the Biosynthesis of Specialized Pro-Resolving Mediators. *Pharmaceutics*. 2021;14:1123. ⁴https://doi.org/10.3390/ph14111123. ⁵St Laurent III et al. RNAseq analysis of treatment-dependent signaling changes during inflammation in a mouse cutaneous wound healing model. *BMC Genomics*. 2021;22:254. ⁶https://doi.org/10.1186/s12864-021-08083-2. ⁷Heine H, Scholz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. *Biomedical Therapy*. 1998;16(3):224-226. ⁸Montesano R, Ocl L. Transforming growth factor beta stimulates collagen-matrix contraction by fibroblasts: implications for wound healing. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1988;85(13):4894-7. ⁹Lusignea S, Bertault S, Metelmann H, Bellante P, Corfatti A. Effect of Traumeel S, a homeopathic formulation, on blood-induced inflammation in rats. *Complementary Therapies in Medicine*. 1999;7(4):225-230. ¹⁰Gerdemeyer L, Vester J, Schneider C, Wildemann R, Frank S, Schultze M, Seilheimer R, Smit A, Kerthof G. Topical Treatment is Effective and Safe for Acute Ankle Sprains: The Multi-Center Double-Blind Randomized Placebo-Controlled TRAUMED Trial. *J Clin Med*. 2024 Feb 1;13(3):841. doi: 10.3390/jcm13030841. PMID: 38373536; PMCID: PMC10861351.



Plus d'information et fondements scientifiques sur le hub.heel.be



Healthcare designed by nature

Comment investir en 2025 ?



FINANCES C'est la question à laquelle une foule de stratégestes et gestionnaires de fonds ont très naturellement répondu au cours des dernières semaines. Avec des hésitations et même quelques contradictions, mais en proposant également plusieurs lignes directrices assez claires. En voici une synthèse.

En janvier 2024, nos confrères de l'Echo titraient : « Les gestionnaires de fonds passent la barre du Bel 20 haut la main ». La performance de la plupart des fonds investis en actions belges dépassait en effet celle de l'indice de la bourse de Bruxelles pour l'année 2023. Deux d'entre eux affichaient même un return (hausse du cours + dividende) carrément triple de celui de l'indice. Hélas, la hausse de ce dernier était limitée à un très maigre +2,1 %, contre +15,8 % pour l'indice Stoxx 600, mesure de l'ensemble des bourses européennes ! Pas de quoi pavoiser donc pour les investisseurs, bien au contraire. Et cela faisait longtemps que Bruxelles était à la traîne...

Wall Street fait la course en tête...

La bourse belge s'est toutefois brillamment rattrapée en 2024 : l'indice Bel 20 a progressé de quelque 14 %, soit le double du Stoxx 600 ! Rattrapage encore modeste, cependant, dans une perspective historique : l'indice belge se contente de 7 % sur cinq ans et de 30 % sur dix ans, à bonne distance des 22 % et 50 % respectivement de l'indice européen. Et que dire de la bourse américaine, en progrès de 24 % l'an dernier, de 82 % en cinq ans et de...

188 % sur dix ans ! La leçon est claire : l'investisseur en actions doit se diversifier au niveau international, avec une priorité nette pour les États-Unis. Ce n'est pas pour rien que les valeurs américaines représentent grosso modo deux tiers des portefeuilles d'actions proposés par les gestionnaires d'actifs européens.

Répondons d'emblée à deux objections possibles. D'abord, un recul du dollar ne risque-t-il pas de ternir la performance pour un investisseur de la zone euro ? C'est possible, oui, mais outre que le dollar peut tout aussi bien s'apprécier, avec la conséquence inverse, ce ne serait que du court ou du moyen terme. Au cours des dix dernières années, l'euro a valu entre 0,95 et 1,26 dollar. La différence n'est pas négligeable dans l'absolu, mais presque insignifiante en regard de la performance de la bourse américaine. Surtout, le dollar n'a rien à voir avec une devise exotique comme la lira turque, par exemple, qui s'est effondrée face à l'euro et sans remontée possible. L'illusion d'un rendement très élevé, anéanti par la chute de la devise, est un danger qui guette dans le domaine des obligations en devises exotiques mais qui, au-delà de quelques années éventuellement, ne concerne pas l'investissement en actions américaines.

... pour d'excellentes raisons

Deuxième objection possible : on sait que, suivant la formule consacrée, « les performances passées ne préjugent pas des performances futures ». Dès lors, il est très légitime de se demander si, après un pareil envol, les actions américaines ne sont pas devenues trop chères. Plutôt chères, oui, mais pas nécessairement trop chères : tel est le credo de la plupart des professionnels. La valorisation des actions américaines restera sans doute très élevée, juge ainsi l'important gestionnaire allemand DWS, car c'est justifié par la progression des bénéfices et la longue phase d'expansion de l'économie du pays.

Pour 2025, cette progression des bénéfices est estimée à 14 % par le consensus des analystes. Le gestionnaire américain Fidelity, un des plus importants du monde, partage cette vue et complète le tableau avec une prévision de 12 % environ pour 2026, comme en 2024. Le ciel s'éclaircit en Europe mais, après le repli de quelque 3 % des bénéfices en 2024, l'amélioration devrait rester contenue : +5,9 % cette année et +8,3 % l'an prochain. L'écart avec les États-Unis demeure tristement sensible... Résultat : les actions européennes ne sont globalement guère privilégiées dans les portefeuilles, avec une industrie en panne, particulièrement dans le secteur automobile.

Hausses de cours mieux réparties

Son de cloche semblable du côté de BNP Paribas. La croissance des États-Unis va ralentir, mais rester nettement

positive. L'enthousiasme à l'égard de l'intelligence artificielle (IA), qui fut le principal catalyseur de la bourse en 2024, sera toujours d'actualité en 2025, mais à une échelle plus large. Comme nombre de ses consocuteurs, la banque française estime donc que la hausse de Wall Street ne sera plus aussi largement dominée par les fameux sept magnifiques, soit Alphabet (Google), Amazon, Apple, Meta (Facebook, Instagram), Microsoft, Nvidia et Tesla. Il faut savoir que ce club select fut responsable, à lui seul, de 65 % de la hausse de l'indice S&P 500 en 2023 et encore 57 % en 2024 !

Les appréciations boursières seront plus largement réparties, tout en demeurant entraînées par le secteur technologique, estime le stratégeste en chef Daniel Morris : tandis que les bénéfices de l'ensemble du marché progresseraient de 15,1 %, ceux des entreprises composant l'indice technologique Nasdaq 100 bondiraient encore de 21,9 %.

Pas d'enthousiasme excessif, ici non plus, pour les actions européennes. Elles s'apprécieront, mais moins qu'ailleurs dans le monde. Le continent reste plombé par les problèmes structurels de l'industrie allemande, tandis que la demande des consommateurs reste trop faible pour dynamiser l'économie.

À défaut de pouvoir évoquer toutes les prévisions, voici une vue globale concernant la hausse attendue de la bourse américaine en 2025. La moyenne des scénarios retenus par l'agence financière Bloomberg est de 12,3 %. Un niveau inférieur de moitié à la performance de l'an dernier, mais encore



Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.



Les villages inuits du Groenland

DU 18 AU 30 AOÛT 2025

Embarquez pour une croisière d'expédition inoubliable vers le Groenland et l'Islande ! Naviguez entre les icebergs, visitez des villages inuits isolés et admirez des paysages uniques.

Ce navire écologique, avec ses cabines spacieuses, est idéal pour observer les baleines et partager cette aventure avec des collègues.

Programme scientifique des croisières 2025 :

Lors de ces croisières, Le journal du Médecin propose un programme varié de **4 ou 7 sessions d'une heure**. Celles-ci seront **modérées** par le **Pr. Dr. Frederik Vandenbroucke**.

Les différents thèmes abordés seront :

Groenland / Douro

Diabète de type 1 (partie 1)

Groenland

Lésions focales hépatiques

Groenland / Douro

Diabète de type 1 (partie 2)

Groenland

Lésions focales du rein

Groenland / Douro

Sommeil

Groenland

Ablation par radiofréquence

Groenland / Douro

Mode de vie



Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.



L'Or du Douro

DU 12 AU 19 OCTOBRE 2025

Embarquez à bord du luxueux M/S Queen Isabel 5* et découvrez les magnifiques vallées du Douro !

Visitez les célèbres vignobles de porto et vinho verde, et explorez Salamanque, en Espagne, où se trouve la plus ancienne université d'Europe.

Un voyage alliant culture, nature et découverte pour une expérience unique au Portugal.

Plus d'informations et la brochure gratuite

Visitez : www.jmacademytravel.be

Pour réservation et informations

veuillez contacter Rivages du Monde via
info@rivagesdumonde.be ou par tél. 02 899 75 46



Dr Carl Vanwelde,
médecin généraliste

Tombé de la trousse

Dégraissier la prescription des IPP, la

Un récent courrier de l'Inami annonce l'adoption de deux indicateurs destinés à réduire l'utilisation inutile et/ou prolongée)

Ces médicaments sont utilisés depuis plusieurs années dans le traitement d'affections causées par la production excessive d'acide gastrique, dont ils diminuent la sécrétion en bloquant l'action des pompes à protons de la muqueuse de l'estomac. Devenus progressivement des incontournables de l'existence de milliers de patients, bien tolérés et bien remboursés, ces traitements paieront-ils la rançon de leur succès ? Le caractère inutilement coûteux ou superflu de leur prescription à grande échelle interpelle, ainsi que la mise en évidence d'effets indésirables potentiels associés à leur utilisation prolongée. Leur utilisation a en effet considérablement augmenté au cours des dernières années, souvent en dehors des indications normales, avec notamment une administration de doses élevées injustifiées et une prolongation de la durée des traitements.

Des indicateurs de pratique pour les seuls médecins généralistes

Parmi les mesures envisagées afin de réduire l'utilisation inutile et prolongée des IPP, le Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) a mis en place deux indicateurs de déviation des bonnes pratiques médicales pour soutenir les médecins généralistes dans une prescription efficace, comprenez une diminution, des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), visant à en réduire l'utilisation lorsqu'elle est estimée abusive. Le choix de limiter l'usage de ces indicateurs aux seuls généralistes est motivé par la prépondérance de leur volume de prescription par rapport aux autres spécialités, et peut se comprendre. On sourit néanmoins en évoquant la célèbre consigne fiscale : « Taxez d'abord les pauvres, d'accord ils sont moins riches et rapportent moins, mais ils sont tellement plus nombreux. » Le premier indicateur

évalue la prévalence des patients que le prescripteur traite par IPP. Si cette prévalence est élevée, cela pourrait indiquer que l'indication a été déterminée de façon insuffisamment précise. Le deuxième indicateur est une mesure de la durée moyenne de traitement par IPP. En cas de score élevé, ce peut être une indication de la poursuite inutile du traitement par IPP. La surprescription d'IPP avec un dosage double augmente également cet indicateur.

Des mesures pavées de bonnes intentions

Les initiateurs de ces mesures se défendent bien sûr de ne viser que le seul impact budgétaire, soucieux d'abord d'éviter les effets indésirables potentiels de ces traitements en cas d'utilisation non conforme. Les médecins prescripteurs, outre la promesse

mettre de se situer par rapport aux indicateurs et aux autres médecins généralistes de leur région, avec suggestion d'« adapter leur comportement de prescription », suivie d'une évaluation annuelle avec demande au dispensateur de soins de se justifier en cas de dépassement simultané et répété des deux valeurs seuils, en tenant compte de leur situation spécifique. Rien de malveillant, mais une expression de la démarche qui manque parfois d'élégance envers une profession dont les conditions de pratique sont déjà ressenties comme difficiles.

Le retour de la Badoit ?

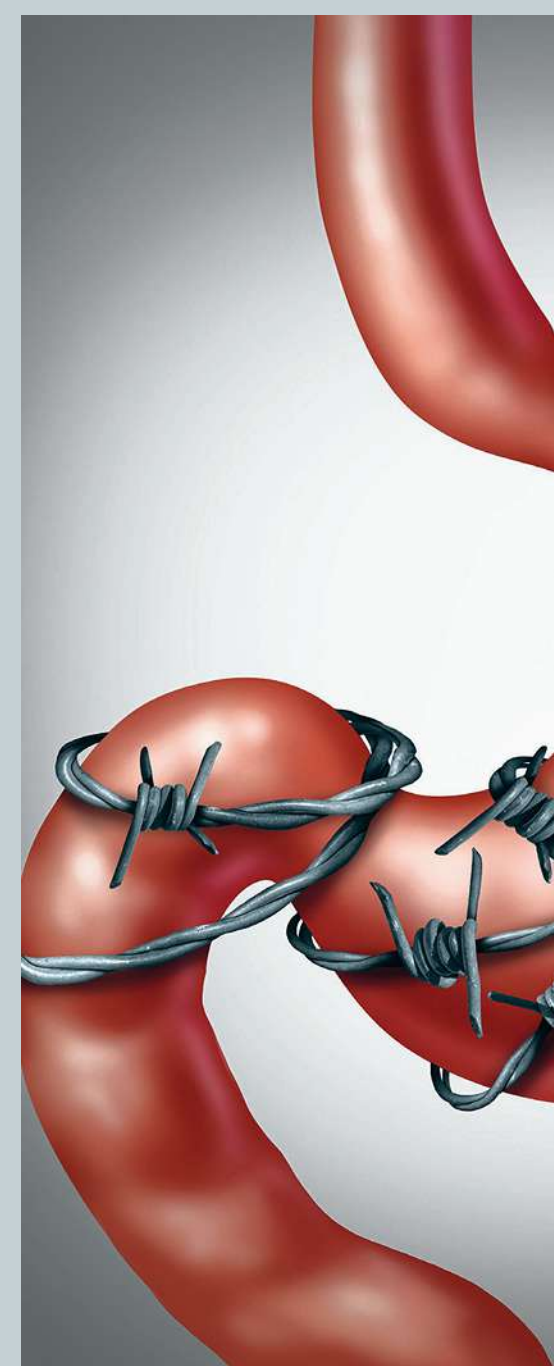
Quand il est évoqué d'adopter « un comportement plus responsable en matière de prescription », cela suppose que ce ne fut guère le cas jusqu'ici. Les causes d'utilisation abusive ou prolon-

« La raison d'être de la présente campagne de réduction raisonnée des prescriptions d'IPP constitue, pour le corps médical, une occasion à saisir afin de sortir des ornières que constituent les renouvellements automatiques sous la pression de patients fort demandeurs. »

d'une liberté thérapeutique intacte, bénéficieront ainsi d'un soutien supplémentaire grâce à la mise à disposition d'outils pour maximiser le respect des lignes directrices et guider les patients dans la réduction progressive de leur consommation inutile d'IPP.

Il n'empêche que la lecture des étapes prévues pour sensibiliser les médecins généralistes à une meilleure pratique procède davantage du contrôle parental que d'un projet collaboratif : une première lettre de feedback pour leur per-

gée d'IPP ne relèvent pas des seuls médecins généralistes, et mériteraient de se voir analysées plus finement. Suggérer au médecin traitant, lors de la délivrance d'une prescription pour le renouvellement d'IPP, de demander au patient si son dosage ne peut pas être diminué ou si le traitement ne peut pas être interrompu, relève de l'angélisme. Quelle réponse lui apporter s'il affirme qu'il ne peut faire ni l'un ni l'autre ? Lui suggérer d'acheter de la Badoit ou de l'Apollinaris, qui faisaient digérer



des briques ? On ne change pas de longues habitudes par de seules bonnes paroles, et évoquer de possibles effets secondaires chez des patients bénéficiant du confort d'un traitement ne lui ayant jamais causé le moindre problème clinique n'entamera pas sa



Scannez ce code QR et lisez, en tant qu'abonné, notre journal numérique sur iPad et iPhone.

Bimensuel réservé au corps médical

(Verschijnt ook in het Nederlands onder de titel "Artsenkrant")

Rédacteur en chef

Laurent Zanella ☎ 02-702.70.62

Laurent.Zanella@roularta.be

Senior Writer

Nicolas de Pape — nicolas.de.pape@roularta.be

Rédacteur

François Hardy — francois.hardy@roularta.be ☎ 0478/155.664

Secrétaire de rédaction et rédactrice

Cécile Vrayenne — Cecile.Vrayenne@roularta.be

Collaborateurs

Wouter Colson, Iris Einhorn, Jérôme Havet, Guy Legrand, Julie Luong, Bernard Roisin, Martine Versonne

Photographie

Belga Image, Getty Image

Lay-out

Opmaak magazines

Impression

Roularta Printing

Petites annonces et Offres d'emploi

Natalie Van de Walle - ☎ 02-702.70.31

vacature.healthcare@roularta.be

Journal du Médecin papier

Changement d'adresse: seulement par e-mail à

Circulation.rhc@roularta.be

Abonnement annuel 149 € - ☎ 078-35.33.13

Journal du médecin en ligne

Adaptation adresse e-mail, couplage numéro Inami ...

serviceonline@abonnements.be

Problème d'enregistrement serviceonline@abonnements.be

Les articles, les photos, les dessins et autres illustrations de la partie rédactionnelle du Journal du médecin ne comportent pas de publicité: les mentions d'entreprises ou de produits le sont à titre documentaire. Les articles, les photos et dessins les illustrant ainsi que les opinions et les publicités paraissent sous la seule responsabilité de leurs auteurs/annonceurs. Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous les procédés sont réservés pour tous pays.

Département commercial

Account managers

Corry Bas - ☎ 0471-58.40.86

corry.bas@roularta.be

Sylvie Mayi - ☎ 0486-41.22.00

sylvie.mayi@roularta.be

Sigi Van Cleemput - ☎ 0495-28.02.05

sigi.van.cleemput@roularta.be

Frontoffice assistant

Lara Brems - ☎ 02-702.70.33

frontoffice.rhc@roularta.be

Le journal du Médecin

est une publication de



Rue de la Fusée 50 bte 14 - 1130 Bruxelles

Medical Manager

Hade Scheyving

Operations Manager

Virginie Meysmans

virginie.meymans@roularta.be

Directeur des éditions

Luk Wynants

Editeur responsable

Sophie Van Iseghem

Digital manager

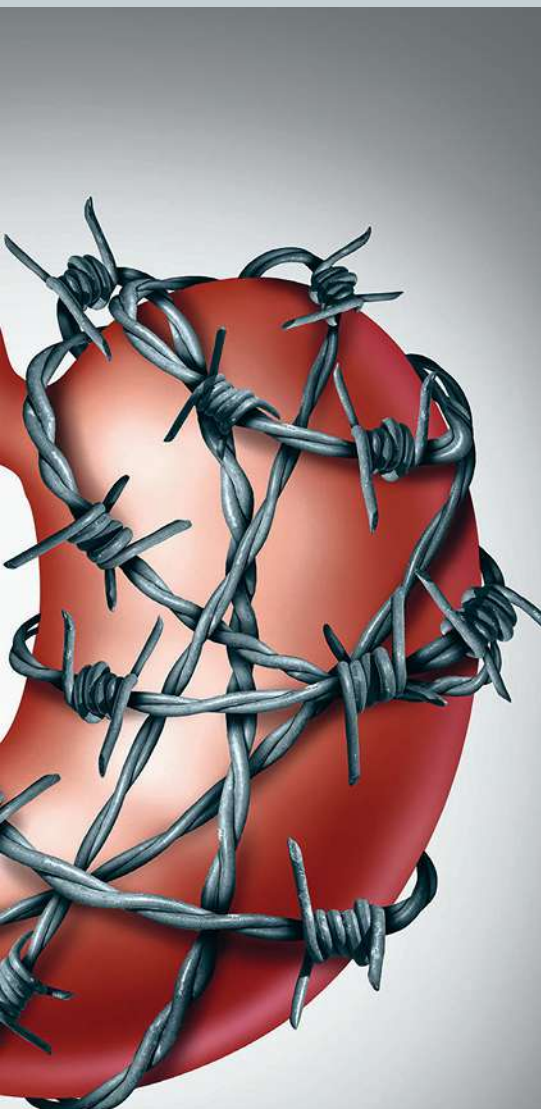
Jorgen Vanderdood

jorgen.vanderdood@roularta.be



rançon d'un succès

des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)...



une prescription raisonnée et limitée. Mais elle est amenée à represcrire bon nombre de traitements initiés au gré des consultations spécialisées diverses auxquelles le patient se rend à juste titre. Aucun plan de réduction d'un traitement intégré de longue date dans les usages ne réussira si on ne responsabilise pas la filière entière, médecins traitants, gastroentérologues, pharmaciens, diététiciens... et les patients eux-mêmes.

Soyons créatifs, et plutôt que de guetter une ou deux fois par an nos lettres de feedback accompagnées de possibles demandes de justification, ne pourrait-on imaginer à l'échelon local des contrats win-win associant le corps médical, les patients et les pharmaciens pour une baisse progressive, raisonnée et responsable de la consommation des IPP? Quatre pistes paraissent réalistes et d'application immédiate:

“Aucun plan de réduction d'un traitement intégré de longue date dans les usages ne réussira si on ne responsabilise pas la filière entière, médecins traitants, gastroentérologues, pharmaciens, diététiciens... et les patients eux-mêmes.”

- La mise en place, sur prescription médicale motivée par le médecin traitant comme cela s'est fait pour les benzodiazépines, d'un plan de réduction progressive sur plusieurs mois utilisant une préparation magistrale à dose décroissante, fournie à de bonnes conditions financières et modulée selon la réponse clinique du patient;

- La réinstauration, dans cette optique utilisant des magistrales, d'antagonistes des récepteurs H2 de l'histamine (anti-H2), comme la ranitidine, la famotidine, ou la cimétidine, supprimées de prescription dans notre seul pays, alors

qu'elles présentent moins de risques à long terme que les IPP, constitue une piste à envisager pour les patients redevenus symptomatiques après diminution de leur IPP;

- Sans pour autant revenir au chapitre 4 comme c'était le cas il y a quelques années, réinitier le contact périodique du patient avec son gastroentérologue, permettant d'objectiver une évolution, de prolonger ou de suspendre l'indication de traitement, d'assumer une part des prescriptions, de suggérer des alternatives et de fixer un plan de soins réaliste;

- Envisager une procédure de feedback associant progressivement d'autres filières que la seule médecine générale, notamment les patients concernés et leur gastroentérologue, l'intégration volontaire à un contrat local dégressif faisant office de justification sans autre procédure.

La raison d'être de la présente campagne de réduction raisonnée des prescriptions d'IPP paraît évidente, et constitue pour le corps médical une occasion à saisir afin de sortir des ornières que constituent les renouvellements automatiques sous la pression de patients fort demandeurs. Encore faut-il qu'elle n'ajoute pas à une pratique devenue déjà bien compliquée une source de tensions supplémentaires en consultation, provoquées par des refus de prescriptions sans alternatives et sans cadre précis, dont le médecin traitant serait tenu comme seul exécutant.

conviction qu'on le brime pour des raisons purement économiques.

Quelques pistes pour une coopération responsable

La médecine générale est peut-être de toutes les spécialités la plus attachée à

Les médecins généralistes ne sont pas responsables de la consommation élevée d'antidépresseurs

« Un noyau dur de médecins généralistes surprescrit des antidépresseurs. » C'est avec ce titre que L'Écho du 4 janvier 2025 présente les médecins généralistes comme un groupe de médecins ayant un comportement irresponsable en matière de prescription. La consommation d'antidépresseurs est élevée en Belgique, mais pointer du doigt les médecins généralistes ne rend pas justice à la complexité du problème.

En lisant l'article dans L'Écho, on ignore exactement combien de médecins prescrivent « un nombre extrêmement élevé » d'antidépresseurs. Le journal ne donne pas de chiffres, seulement des pourcentages : « L'an dernier, le généraliste moyen a prescrit des antidépresseurs à 11,7 % de ses patients. Les 5 % de médecins les moins regardants en prescrivent quatre fois plus. »

Il existe effectivement une forte consommation d'antidépresseurs en Belgique, mais pas qu'en Belgique : l'usage de psychotropes augmente partout en Europe. Il ne s'agit donc pas d'un phénomène unique chez nous. La consommation dans notre pays est inférieure à celle de certains autres pays européens. Mais jetons d'abord un coup d'œil aux chiffres les plus récents de l'Inami.

Selon le rapport de la Cellule « soins efficaces » de l'Inami ^[1], publié le 2 novembre 2024, on peut lire que 1.333.899 patients se sont vus prescrire des antidépresseurs en 2023. Cela correspond à 11,58 % de tous les patients. Leur âge moyen est de 57,81 ans et la consommation d'antidépresseurs augmente linéairement avec l'âge.

Trop facile

Les antidépresseurs sont nettement plus prescrits aux femmes et aux patients qui ont droit à une intervention majeure. Le rapport indique que sur 20.130 prescripteurs, 15.844 ont prescrit des antidépresseurs. Sur les 2.379 psychiatres prescripteurs, 2.110 ont prescrit des antidépresseurs.

Il est trop facile de pointer du doigt les médecins généralistes. Les chiffres concernant les médicaments psychotropes indiquent une augmentation



« Les médecins généralistes sont en première ligne de la santé mentale. (...) Actuellement, le contexte social général d'incertitude, de solitude mais également de guerre auquel nous sommes confrontés a un effet négatif sur la santé mentale. »

des problèmes de santé mentale tels que la dépression et les troubles anxieux. Et les médecins généralistes sont en première ligne de la santé mentale. Ils sont souvent les premiers prestataires de soins auxquels s'adressent les personnes souffrant de troubles psychologiques.

Il est injuste aussi de les accuser de surprescription car en pratique, ils n'ont souvent que peu d'alternatives. La situation est complexe et plusieurs facteurs entrent en ligne de compte. En effet, l'accès à l'aide psychologique dans notre pays est limité. Les listes d'attente pour les psychologues et les

psychiatres sont très longues, de sorte que dans de nombreux cas, la prescription d'antidépresseurs constitue la seule option viable à court terme.

Actuellement, le contexte social général d'incertitude, de solitude mais également de guerre auquel nous sommes confrontés a un effet négatif sur la santé mentale. Les conséquences de la crise du covid et la pression croissante à la performance sont aussi des facteurs dont il faut tenir compte.

Une responsabilité partagée

Il faut donc aborder ce problème social de manière bien plus large, à responsabilité partagée, et rechercher des solutions communes : un meilleur accompagnement des médecins généralistes et davantage de moyens pour la prise en charge psychologique afin que les patients aient accès à diverses options de traitement. Rendre coupables les médecins généralistes serait trop facile et déplacé.

L'Absym déplore que les médecins généralistes soient si souvent critiqués par la presse. Ils méritent plus de respect et de valorisation. Que se passerait-il s'ils prescrivaient moins de psychotropes ? Davantage de suicides et d'admissions dans les services psychiatriques des hôpitaux, est-ce là la solution ?

Que tous ceux qui contribuent à l'image négative des médecins généralistes prennent leurs responsabilités et réfléchissent aux conséquences de leur comportement. Ces critiques négatives envers les médecins doivent cesser.

[1] https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/INAMI/Rapports/RAPPORT-FR-Antidépresseurs_2023.pdf

OFFRES D'EMPLOI

Centre Médico-Sportif, B2M Sport & Rehab occupant la surface de 700m² situé au cœur du quartier Flagey s'agrandit et recherche :

- un(e) médecin généraliste ;
- un(e) chirurgien(ne) orthopédiste.

Pour compléter son équipe pluridisciplinaire qui est composée d'une vingtaine de collaborateurs. Nous contacter :

Email : b2m-sport@outlook.com

GSM : 0489/33.63.06.

FD1671



CENTRE HOSPITALIER
Reine Astrid
MALMEDY

Le Centre Hospitalier Reine Astrid Malmédy recrute

un médecin chef du Service des Urgences

Spécialisé (H/F). Renseignements

complémentaires sur www.chram.be,

rubrique «CHRAM - Emploi»

FD1672

Recrutement : Médecin coordinateur (MCC)

La MRS Le Sagittaire (Uccle) recherche un médecin coordinateur. En tant que MCC, vous jouerez un rôle clé dans la coordination des soins et le bien-être des résidents, en collaborant avec une équipe dévouée et multidisciplinaire. Le candidat a 2 ans pour obtenir le certificat MCC via une formation agréée de 24h (AR 21/09/2004). Ensuite, une formation continue de 6h/an est requise.

Intéressé(e) ? Envoyez votre CV à : gaetan.meuleman@emeis.com.

FD1673

DEMANDES D'EMPLOI

Assistante médicale trilingue (FR/NL/EN), polyvalente et véritable couteau suisse

en tâches administratives et relationnelles, cherche un mi-temps à Overijse et environs (Brabant-Wallon, Tervuren, Wezembeek-Oppem, Auderghem, Hoeilaart, Wavre, La Hulpe...). Contactez-moi au 0484 40 20 25.

FR822

Vous souhaitez placer une annonce ?

Envoyez un mail à
vacature.healthcare@roularta.be
roularta.be

REPLACEMENTS

Recherche remplaçant(e) congé maternité. Du 03-02-25 au 16-05-25.

Région Wavre (quartier 4 Sapins) - Cabinet médical Solis. Parking gratuit, télésecrétariat.

Contact : 0478/52.89.57 ou

docteur.smaier@gmail.com.

FRR819

CABINETS MEDICAUX

Patientèle taille modérée, mais très fidèle: à remettre, région semi-rurale proche Nivelles, accompagnement assuré pour la transition, tél 0475/79.30.07.

FC5664

Nouveau centre médical EKILIBRIS cherche médecins généralistes et spécialistes. Grands espaces lumineux dans le centre du village à Braine-le-Château. Contact: Vandevorode Valérie - v.vdv@ekilibris.be 0486/90.37.14.

FC5670

Vente cabinets place Brugmann

Ixelles : Saisissez cette opportunité unique d'acquies deux cabinets bien établis toujours en activité . Situé dans un quartier prisé, ce cabinet bénéficie d'une excellente visibilité et d'une patientèle fidèle. Cause départ à la retraite. Vente des murs + matériel deux cabinets, salle d'attente, cave 70m².

Contacts : Pierre Derard 0475/44.12.10

Mail: pderard@gmail.com

Ou Michèle Derard 0475/67.78.29

Mail: michelederard@gmail.com.

FC5671

A louer : Le centre médical Liedts

situé à Schaerbeek met à disposition des locaux tout équipés pour les généralistes, spécialistes, kinésithérapeutes, logopèdes, psychologues Loyer ou rétrocession à convenir. Patientèle existante. Si intéressés, veuillez nous contacter au 0471/56.05.17 - info@cmedlieds.be.

FC5673

Centre médical à Forest

(www.cmedalbert.be), loue des cabinets médicaux (secrétariat, RV en ligne) pour médecins et paramédicaux.

Contact: Dr Carouy 0474/05.28.83.

FC5674

VOTRE ANNONCE ICI

Intéressé ?

Envoyez-nous un mail et consultez nos options
vacature.healthcare@roularta.be



Vous cherchez du personnel ?

Faites-vous entendre en plaçant une **OFFRE D'EMPLOI** dans le Journal du Médecin, version papier et en ligne



Doc@work

Vous souhaitez placer une offre d'emploi? Contactez Natalie Van de Walle par téléphone : 02-702.70.31 ou envoyez un mail à vacature.healthcare@roularta.be



L'Espace Santé Pluriel en Brabant Wallon propose à la location des cabinets, salles de séminaire, bureaux et locaux divers. Locations fixes ou flexibles sis à la Rue de Mons, 159 à 1480 Tubize. Un emplacement stratégique directement limitrophe avec le Brabant Flamand, le Hainaut et à moins de 30 minutes de Bruxelles, nous sommes accessibles en voiture ainsi qu'en transports en commun. Le centre est actuellement partagé par une trentaine de praticiens de la santé et du bien-être ainsi que des services infirmiers à domicile. Pour toutes informations ou renseignements supplémentaires n'hésitez pas à prendre contact directement par téléphone au +32 473/74.37.29 ou par email via l'adresse info@careforyou.be.

FC5679



Surface pour cabinets médicaux à vendre/louer, idéalement située à l'entrée de Mons (chaussée du Roeulx), longeant le parking Delhaize et le futur centre commercial, proche de l'hôpital Ambroise Paré et de l'entrée d'autoroute. Date de fin de construction prévue: 09/25. Pharmacie du Bon Pasteur:065/31.37.57

FC5680

Retrouvez les petites annonces sur le net www.lejournaldumedecin.com

MATERIEL MÉDICAL

Echographe Lumify L 12-4 à vendre, échographe de type ultra portable pour échographie musculo-squelettique. État neuf ou presque, utilisé une dizaine de fois. Message au 0498/64.12.64 si intéressé(e).

FM3738

À vendre pour cessation d'activité ECG SCHILLER AT-110 avec programme stress test et système d'électrodes d'aspiration vacuboy. Contact : 0477/37.70.98.

FM3739

Centre de planning familial de Seraing recherche sonde échographie vaginale, modèle SIEMENS DIAGNOSTIC ULTRASOUND SYSTÈME ACUSON S 2000 MODEL (240)10041461. Soit à acheter à bon prix; faire offre. Soit à échanger contre sonde ACUSON Multi D9L4 ou 14L5SP ou HD18L6 contacter Dr Beine 0497/48.16.26.

FM3740

Je recherche un LASER COLORANT PULSE ou LUMIERE INTENSE PULSEE(IPL) MEDICALE pour TRAITEMENT COUPEROSE. GSM:0475/49.21.98.

FM3741

A vendre : Un divan médical compact avec 4 tiroirs type Ritter en très bon état, un stérilisateur (neuf), un ECG Welch Allyn 2015 (peu servi), petit matériel divers. Petit prix (à discuter). Contact: 0478/54.34.60.

FM3742

A vendre pour collectionneur (pharmaciens, médecins,...) : Pilon et mortiers : Art inca en cuivre 0,9kg + Cuivre 16ème siècle 1kg500 + Verre brut artisanal (diamètre 20 cm). Les 3 pour 135€. Contact : Dr Parsy Mail: ransbernadette@hotmail.com

FM3744

Table d'examen médical, lumière, 5 tiroirs. Tabouret assorti. Etat parfait, revêtement cuir très confortable. Prix modique à convenir. A enlever sur place (accès aisé) (Gosselies). Disponible à partir du 29 novembre. Contact 0475/79.85.08.

FM3745

Mobilier à vendre en excellent état. Bureau palissandre, son retour, 1 grande bibliothèque, 1 petite bibliothèque, 2 chaises cuir. Bureau d'angle de secrétaire, armoire assortie, 6 chaises. Prix modique à convenir, à enlever sur place (accès aisé) (Gosselies). Disponible à partir du 29 novembre, visite préalable possible, photos complémentaire disponibles. Contact 0475/79.85.08.

FM3746

A vendre: matériel médical: tables d'examen H 80 et 70 cm, tabourets, sets de diagnostic ORL Heine: HK 150-2 Multi et HK 20 Mini, bureau Bulo, armoires et tables Ahrend, printers Brother etc. Contacter : 0476/64.29.00.

FM3747

A vendre : Table d'examen HAMILTON E SERIE pour cessation d'activité. Prix: 1.500€ à discuter. Contact: mail.devillersfrancoise@msn.com

FM3748

A vendre : table en verre «assistant médical ou petite chirurgie». Long 60cm, Larg.40cm, Haut.80, roulante, 2 étages, récipients mobiles attachés. Photo possible par mail. Etat neuf 120€. Contact : tél. 0495/62.06.32

FM3749

A vendre : Otoscope WelchAllyn neuf, avec chargeur et provision spéculums . Prix 150€. Photo possible par mail. Contact : tél. 0495/62.06.32.

FM3750

LE CHR DE HUY RECRUTE

Rejoignez-nous !

NOUS RECHERCHONS :

Des médecins spécialistes hospitaliers

- Neurologie
- ORL
- Gastro-entérologie
- Anesthésie
- Dermatologie
- Pneumologie-somnologie
- Soins intensifs

POSTULEZ AUPRÈS DE LA DIRECTION MÉDICALE

christophe.levaux@chrh.be

BIENVEILLANCE

ENGAGEMENT

ÉQUITÉ

INNOVATION

PROXIMITÉ



A VENDRE : Assortiment table d'examen, tabouret à roulettes et meuble tiroir sur roulettes, 500€. A enlever, rue du Hollu 7, 4140 Rouvrex. Contact : Cécile Surleraux. GSM 0470/10.57.60. Mail: cecilesurleraux@gmail.com

FM3751

A vendre table d'examen (Arseus médical) datant de 2020, électrique, 3 positions, avec ouverture nez, peut servir également pour kiné, massage ... et bureau. 1200€. Contact : Docteur Martin, Ixelles, martin. chantal@skynet.be ou 0477/31.07.13.

FM3753



À VENDRE: Cabine Waldmann pour PUVA. En excellent état. En raison du passage d'une pratique solo à une pratique de groupe. Prix à discuter. Contact : dr.de.wachter@gmail.com ou 0486/69.55.67.

FM3754

A vendre suite à arrêt activité gynécologique : table d'examen beige Mesa avec porte-rouleau papier, tiroir chauffant, lampe d'examen flexible (ampoules à remplacer), tabouret de même couleur et colposcope Leisegang (15 / 30 x) + table roulante blanche à tiroirs « Medicare » : 250 euros. Tél : 0477/ 89. 37. 01

FM3755

A donner pour cessation d'activité table d'examen type Ritter en bon état.

Contact: 0475/80.89.00.

Mail: drphgillis@gmail.com.

FM3752

A vendre: table d'examen RITTER, tabouret circulaire. Bureau d'angle et chariot médical multifonction. Ainsi que des encyclopédies medico-chirurgicales. Renseignements au 0477 75 45 13.

FM3756

IMMOBILIER



Bien exceptionnel à vendre à Erquennes Grand-Reng: 650.000 €

Actuellement médecin généraliste termine sa carrière en juin 2025. 692m². Convient à de multiples types d'occupations et d'exploitations différentes, telles que profession libérale, activité indépendante, chambres d'hôtes, et tellement plus encore.

Contact direct : Mr Xavier Wantiez :

+32 494 26 37 28

FI6019

DIVERS



Créations graphiques pour votre cabinet : Développeur et designer disponible !

Je propose des créations graphiques sur mesure en un jour pour vos publicités et publications Instagram. Expert en Figma, je réalise des designs esthétiques et impactants qui captivent votre audience. Contactez-moi à sasha@fluentai.pro pour donner un coup de boost visuel à votre communication.

FV3789

VOTRE ANNONCE ICI

Intéressé ?

Envoyez-nous un mail et consultez nos options vacature.healthcare@roularta.be



La Klinik St. Josef est un hôpital de soins aigus proposant des soins de base et fait partie du réseau hospitalier „MOVE“, avec le Groupe santé CHC (Liège) et le St. Nikolaus Hospital (Eupen). La Klinik St. Josef est située dans la région frontalière avec le Luxembourg et l'Allemagne.

LA KLINIK ST. JOSEF ST. VITH RECHERCHE POUR ENTRÉE EN FONCTION DÈS QUE POSSIBLE :

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE (F/M/X)

VOTRE PROFIL

- Vous êtes spécialiste en Ophtalmologie ou médecin spécialiste en formation
- Vous avez de l'empathie dans vos rapports avec les patients
- Vous êtes responsable, flexible et vous avez un esprit d'équipe
- Vous avez un bon sens de la communication et de l'organisation

NOUS PROPOSONS

- Un emploi en tant qu'indépendant qui laisse de la place à votre esprit d'initiative
- Un domaine d'activité varié avec une prise en charge des patients ambulatoires et hospitalisés



KLINIK
ST. JOSEF
ST. VITH

AVONS-NOUS SUSCITÉ VOTRE INTÉRÊT ?

Veuillez envoyer votre candidature avec CV à :

Klinik St. Josef | à l'att. du Directeur Médical

Klosterstraße 9 | 4780 St. Vith

ou par e-mail à paul.pardon@klinik.st-vith.be

Tél.: 0032(0)474/851.933

www.klinik.be

MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Dieulefit

La petite ville dynamique de Dieulefit en Provence vous accueille

1 Avantages installation
8 ans d'exonération fiscale + primes 60K€

2 Projet de santé
Élaboré par des professionnels de santé et des usagers
Ouverture d'une Maison de Santé Pluriprofessionnelle en 2027

3 Cadre de vie privilégié
Petite ville de 3300h chargée d'histoires et de culture
Foisonne d'activités artistiques, sport-nature et associatives
Aux portes du parc naturel régional des Baronnies Provençales à 30 mn du TGV, 2h des plages et des pistes de ski

Rejoignez nous pour découvrir ce beau potentiel d'équilibre vie professionnelle-vie personnelle

CONTACTEZ LE MAIRE 06 85 70 14 84 **PROJET DE SANTÉ** www.dieulefit.fr

Pasteur et le pastel

Un beau livre, signé par un médecin, remet en exergue les talents artistiques indéniables de l'inventeur du vaccin contre la rage.

Membre de l'Académie nationale de médecine française, le médecin hospitalier Philippe Bruniaux - natif d'Arbois où a vécu et travaillé le grand scientifique franc-comtois, président de l'association Pasteur patrimoine arboisien (PPA) et membre de la Société française d'histoire de la médecine - est un spécialiste reconnu de Louis Pasteur. Il signe, avec « Louis Pasteur, l'artiste ! », un beau livre richement illustré, qui met en exergue les talents artistiques de Louis Pasteur. Pour Le journal du Médecin, il croque le portrait caché, plutôt que craché, de ce grand homme de science.

Le Journal du Médecin : Que révèlent le dessin, le pastel, du scientifique Pasteur chez l'artiste ?

Dr Philippe Bruniaux : Chez Pasteur, qui était myope, la pratique du dessin et du pastel révèle une volonté d'avoir un regard très précis. Par ailleurs, cette activité artistique lui a permis de s'introduire dans la bonne société arboisienne, mais ensuite également dans celle de Besançon. Le pastel lui a procuré - au début, en tout cas - une forme d'ascension sociale, même si le père de Pasteur n'était pas aussi pauvre qu'on le décrit généralement.

Ensuite, l'une des qualités de l'artiste portraitiste, c'est la patience : aussi bien la patience du côté de celui qui se fait dessiner, que du dessinateur. Au-delà de cette qualité s'ajoute une certaine rapidité, notamment dans le cas du portrait dit du « Petit page », un petit garçon qui n'a pas pu poser des heures durant. Cette rapidité du trait d'exécution s'inscrit dans une certaine patience, laquelle fut aussi le cadre de ses découvertes scientifiques. Ce qui est également à souligner, c'est que même dans le domaine artistique Pasteur en voulait toujours plus : il a eu deux professeurs de dessin durant ses études à Besançon. Il est dans cette démarche de toujours chercher à s'améliorer, d'être le meilleur et de comprendre les choses.

Chimie et peinture

Voyez-vous un rapprochement entre l'atelier et le laboratoire ?

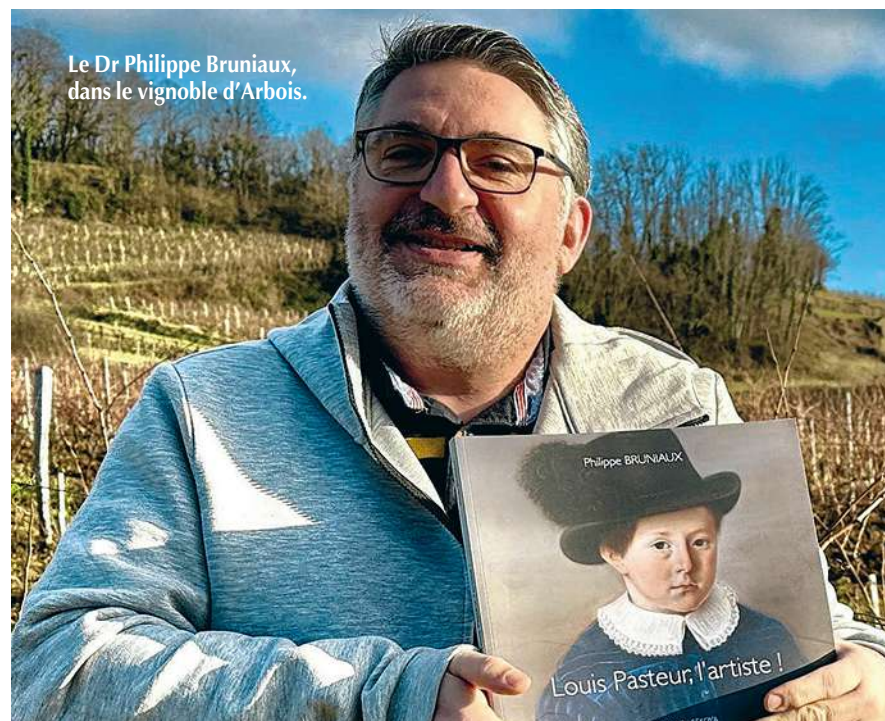
Je fais cette comparaison au début du livre : ce sont, dans les deux cas, des lieux de bouillonnement des idées, de création, de vie au milieu d'objets ou d'instruments. Et puis le laboratoire possède également le côté 'atelier de la Renaissance', peuplé de collaborateurs. Ajoutons que dans certains ateliers de peinture, même à l'époque, il y avait, je pense, des « apothicaires » ou des « alchimistes », une création matérielle de couleurs, on y trouvait un aspect en rapport avec la chimie.

L'art du pastel qu'il pratique majoritairement a une influence sur son côté scientifique ?

Pasteur n'a pratiqué quasiment que le pastel, on ne lui connaît pas de peintures. Le pastel est une matière qui se travaillait un peu plus facilement que la peinture à l'huile, qui n'avait pas la même durée de temps de séchage, qui se révélait également beaucoup moins chère que la peinture à l'huile et qui, au 19^e siècle, était plutôt utilisé pour les portraits de bourgeois, puisque tous les aristocrates, eux, se faisaient portraiturer avec des huiles et non au pastel... pour se distinguer.

« Dans certaines familles, la littérature, la lecture, le dessin faisaient partie de cette volonté de progresser, de s'élever socialement. »

Ce qui est étonnant, c'est qu'après cette période de création artistique au pastel durant sa jeunesse, il n'a plus jamais redessiné de manière artistique. Le seul dessin dans ses cahiers de laboratoire est celui de sa femme qui allaite. Pasteur n'a ensuite pas continué à dessiner autrement que scientifiquement. Il y a comme une forme de dichotomie. Néanmoins, créer au pastel, cela revient



à porter un regard sur l'humain, à aller dans la profondeur des choses. Finalement, ce qu'il appréciait dans l'art, c'était le côté échappatoire par rapport à sa carrière scientifique et ses recherches. Pasteur a, tout à long de sa carrière scientifique, souvent visité les musées d'art. Quand il découvre Dresde en 1852 - au cœur de la révolution scientifique et industrielle, avec ses mines et ses machines à vapeur -, dans sa recherche de l'acide racémique, Pasteur n'oublie pas d'aller visiter la Galerie des maîtres-anciens.

« Un concurrent en moins... »

Le grand peintre historique Jean-Léon Gérôme, franc-comtois comme Pasteur, dit de ce dernier, quand il arrête le dessin artistique, « ça fait un concurrent en moins »...

Il le dit aussi parce que c'était Louis Pasteur... et donc il le flatte (*il sourit*). Son père était lui-même doué, à voir le Groggnard laboureur exposé au musée de Dole...

Oui. Ce tableau révèle une ambiance, un regard intime sur ce grognard. Le fils de pasteur a aussi peint des paysages. Quant au petit-fils, il a donné dans l'abstraction.

Louis Pasteur fait donc partie d'une lignée...

À l'époque, dans les années 1830-1840, le dessin était une matière très enseignée : les jeunes au collège se voyaient prodiguer des cours de dessin avant les autres matières. L'enseignement de l'art était très important, plus même que la musique.

On compare souvent Victor Hugo et Louis Pasteur, les deux grandes figures de l'histoire française du 19^e : ils se ressemblaient, pas politiquement, mais physiquement, sont tous deux Francs-Comtois et ont chacun développé un talent pour l'art pictural...

Dans certaines familles, la littérature, la lecture, le dessin faisaient partie de cette volonté de progresser, de s'élever socialement. N'oublions pas non plus que Pasteur fut professeur à l'école des Beaux-arts. Il y utilise son versant scientifique afin de prodiguer des conseils aux architectes et aux peintres : il s'est proposé d'appliquer ses connaissances scientifiques aux beaux-arts, expliquant aux peintres comment un vernis vieillit et les couleurs s'équilibrent, et aux architectes les techniques de chauffage, notamment. C'est l'époque où il travaille sur les fermentations, les maladies du vin à Arbois. Mais il prend le temps de rester connecté aux matières artistiques, en devenant professeur aux Beaux-arts de Paris de 1863 à 1867.

Un entretien de Bernard Roisin

>> Philippe Bruniaux. *Louis Pasteur, l'artiste !* Sekoya.

