

# Le journal du Médecin

• [www.lejournaldumedecin.com](http://www.lejournaldumedecin.com)

LA RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

45E ANNÉE N° 2790 - MARDI 4 FÉVRIER 2025 - 3 € - BIMENSUEL - P309580 - MEIBOOMLAAN 3, 8800 ROESELARE, BELGIQUE



## Gilbert Bejjani pour une solide norme de croissance

Président de l'Union des médecins (Absym-Bruxelles), l'anesthésiste Gilbert Bejjani tient au système de concertation et à la sécurité sociale. Pour préserver des soins de santé de qualité, maintenir une norme de croissance supérieure à la croissance du PIB est nécessaire. Toutefois, le système pourrait être beaucoup plus efficient grâce notamment à la « Value-Based HealthCare ».

**L**e journal du Médecin: Que pensez-vous de la manière dont les libéraux ont préféré postposer la décision finale sur le budget des soins de santé plutôt que de l'entériner, alors que le Conseil général de l'Inami l'avait approuvé ?

Dr Gilbert Bejjani : Il faut revenir sur l'histoire. Ce n'est pas la première fois qu'on a un gouvernement « provisoire ». De mémoire, tous les gouvernements ont changé la norme de croissance. Je ne saurais pas vous dire si cela s'est opéré pendant les affaires courantes ou pas, mais cela s'est fait, et sans problèmes. La situation actuelle s'est accompagnée de beaucoup de « cinéma » et de mises en scène inutiles. Cela a fait perdre du temps à tout le monde, et à nous aussi, médecins, avec

différents positionnements des syndicats vis-à-vis des accords. Personnellement, j'ai pris du recul sur ce sujet et, de manière générale, cette dernière année. Et cela m'a fait du bien. Il était quasi certain qu'un budget allait être mis en place. Ne pas indexer les soignants aurait été une pure folie quand le reste du pays est indexé. Et nous l'avons obtenu.

**Vous êtes déçu quand même ?**

De fait, je suis déçu par le MR. En octobre-novembre, on entend parler de ce vote du budget. On savait aussi que dans les programmes électoraux, Les Engagés voulaient 3,5 % de croissance, Vooruit 2,5 % (raboté finalement à 2 %) et le MR, une norme alignée sur la croissance du PIB mais surtout, avec un discours stigmatisant les médecins. L'efficacité est bien sûr

## Covid-19, cinq ans plus tard



Dans cette série, *Le journal du Médecin* revient sur la pandémie de covid-19 avec quelques-uns de ses acteurs clés, qui partagent leurs souvenirs les plus marquants et tirent de précieuses leçons pour l'avenir. Pedro Facon, aujourd'hui administrateur général adjoint de l'Inami, ouvre le bal.

Lire page 12-13

essentielle, mais il y a une croissance des besoins, notamment due à la croissance de la population. Celle-ci va au-delà de la croissance du PIB. Dire que le secteur des médecins est surfinancé est à la limite de l'insulte. Bien sûr, certains médecins gagnent plus que d'autres, mais c'est aussi parce que la nomenclature a mal évolué. Elle mélange des éléments de frais hospitaliers, des frais extra-hospitaliers et ambulatoires. Tantôt, les frais professionnels sont intégrés, tantôt ils ne le sont pas. Franchement, c'est une soupe, à laquelle les médecins et les hôpitaux se sont adaptés via un financement par un pool, ou des mécanismes de solidarité par institution...

Lire suite en pages 2 et 3





Laurent Zanella  
Rédacteur en chef

## Covid-19, cinq ans déjà

Il y a cinq ans, jour pour jour, on ne savait pas que le monde allait se refermer. Mais aujourd'hui, comment oublier ces mois d'isolement, cette inquiétude relative à la progression du virus, ou encore ces incessants débats d'experts sur l'efficacité du vaccin ? Cinq ans après, quelles leçons avons-nous tirées de la pandémie ? *Le journal du Médecin* fait le bilan dans un dossier qui paraîtra sur cinq éditions. Premier invité et non des moindres : Pedro Facon, *le Monsieur corona*, ou plus exactement le commissaire covid, qui revient sur son expérience à ce poste (lire pages 12-13). 2019, c'était hier. Et pourtant, dieu que le monde a changé en ce laps de temps ! Aujourd'hui, la Belgique semble mieux préparée à faire face à une potentielle crise - les experts me contrediront peut-être. Ce qui est avéré, c'est qu'en cinq ans, on nous a rebattu les oreilles avec la résilience du système (lire encore pages 8-9). On a même vu de nouveaux concepts naître, à l'instar de l'antifragilité. On peut encore citer le concept de *One Health*, *One World*, qui fait son chemin, même si ce dernier paraît semé d'embûches à l'ère des empires renaissants. Reste que - et vous êtes les mieux placés pour le savoir - le personnel soignant est exsangue. Ce qui fait craindre à certains le pire. Mais ce n'est pas l'avis de tous. Quelque chose a changé. De plus en plus, les médecins sont conscients qu'ils doivent faire avec les moyens - financiers et humains - du bord. C'est vrai aujourd'hui, et cela le sera encore plus demain. Les voix s'élèvent aujourd'hui non pas pour plus de moyens, mais pour une répartition efficace des moyens. Et, enfin, mettre à profit les avancées technologiques qui ont fait leurs preuves. La tâche sera lourde pour le prochain ministre fédéral de la Santé. Mais il sait déjà ce qu'il doit faire.

# Les gains d'efficacité pour sauver le système

**Gilbert Bejjani se tâte. Se présentera-t-il aux prochaines élections à la présidence à l'Absym ? Y pense-t-il en se rasant ? En attendant, l'anesthésiste parle des « combats perdus » par le mouvement syndical médical, et de la nécessité d'intégrer la « Value-Based Healthcare » dans toute réflexion budgétaire.**

**L**e journal du Médecin : Quels leviers devraient être activés pour réformer efficacement le système de soins de santé ?

**Dr Gilbert Bejjani :** La réforme doit se concentrer sur plusieurs leviers structurels : le financement basé sur la valeur (*Value-Based Healthcare*) pour commencer. Le constat est simple, accepté sur toute la planète. Ce concept, développé par Michael Porter <sup>[1]</sup>, économiste de la santé à Harvard, repose sur une idée clé : améliorer les résultats pour les patients, tout en réduisant les coûts. L'essai de Porter définit la « valeur » comme étant le rapport entre les résultats obtenus (*outcomes*) et le coût total. On peut inclure également des dimensions comme l'impact environnemental, par exemple le coût carbone.

**« Pour changer les choses, il faut transformer le mode de financement. »**

En Belgique, nous avons un problème majeur : environ 10 % des hospitalisations sont associées à des complications ou à des infections nosocomiales évitables. Ces incidents sont un échec en matière de valeur ajoutée. Pourtant, nous sommes incapables de mesurer précisément le coût d'une opération à l'hôpital. C'est une lacune fondamentale.



**La Belgique à la traîne**  
Sur une échelle de 1 à 10, où se situe la Belgique en termes de Value-Based Healthcare ?

Nous sommes à 2 sur 10, au maximum. Il n'existe pratiquement aucun incitant pour encourager les soins

basés sur la valeur. Cela fait 30 ans qu'on en parle, mais rien ne bouge. Pour changer les choses, il faut transformer le mode de financement. C'est le bras de levier principal.

Nous devons également utiliser le bras normatif, par exemple en fixant le



nombre d'accouchements pour les maternités, le nombre de lits aux soins intensifs, ou la taille d'un service d'urgence, mais aussi en concentrant les cancers lourds dans des centres d'excellence. Nous ne pouvons pas continuer à surfinancer ce qui rapporte peu de valeur ajoutée. Il est crucial de répartir les tâches de manière plus rationnelle. Par exemple, il est absurde d'avoir six ou sept centres de chirurgie cardiaque à Bruxelles. Les grands centres devraient se concentrer sur les cas complexes, tandis que les petits hôpitaux pourraient gérer des pathologies plus simples. Cette rationalisation permettrait d'optimiser les ressources humaines et financières, tout en améliorant la qualité des soins.

Il se dit que votre syndicat est trop corporatiste...

C'est une critique facile. L'Absym bouge, se réforme et se féminise (...) Mais je dis souvent « Oui, mais... », plutôt que simplement « non » aux réformes ou aux propositions qui nous sont soumises. C'est une approche constructive. Cette marque de fabrique donne, je trouve, un nouveau visage au syndicalisme. Cela étant, je ne suis pas le seul qui décide, loin de là. Il y a un organe d'administration fédéral, un comité directeur et un président. D'ailleurs, le prochain président devrait être un francophone, et c'est vrai que je n'ai pas encore songé à la possibilité de me présenter à l'élection fédérale de l'Absym. L'Absym est composée de chambres paritaires à tous les niveaux, entre médecins généralistes et spécialistes, mais aussi entre francophones et néerlandophones. Historiquement, il y avait trois chambres francophones qui se répartissaient les postes d'administrateurs (et les voix) en trois tiers. Mais depuis la fusion de deux d'entre elles, il y a, pour certains, l'impression d'un déséquilibre dans la représentation francophone.

Il faut aussi rappeler que lors des élections syndicales, au moment du vote pour choisir les syndicats, on ne sait pas précisément qui vote pour quelle chambre. Seulement qui vote pour l'Absym dans son ensemble. De ce fait, la parité est essentielle, parce qu'elle donne un poids égal à chacune des parties membres.

Je ne sais pas encore si je me porterai candidat. Mais si c'est le cas, mon engagement de campagne sera basé sur

un « oui, mais », dans une dynamique de renforcement de la concertation et de la démocratie interne et des actions concrètes sur des points fondamentaux et tangibles pour tous, comme la nécessaire revalorisation des consultations mais aussi des permanences en général et de la disponibilité, notamment à l'hôpital.

« Je préfère 'oui, mais' à 'non' comme méthode de travail dans le cadre de la concertation. »

Combats perdus

Vous parlez parfois de combats perdus. Avez-vous des exemples ?

Nous avons perdu certains combats importants, comme la limitation des suppléments pour les chambres à deux lits, ce qui est une entrave à la liberté de pratique pour des médecins hors convention. Le projet BIM est aussi un échec pour le secteur de l'ambulatoire, ou encore des réformes imposées comme la vaccination par les pharmaciens. Nous avons parfois péché par le non, sans alternatives négociables (c'est mon avis personnel, bien sûr).

La norme de croissance est un autre bon exemple. Nous n'en avons quasi jamais bénéficié. Quand il y a eu des marges, elles ont souvent été réinvesties dans d'autres « silos », puisque vraisemblablement nous ne sommes pas le « silo » qui a les faveurs des politiques. Pour les prestations chirurgicales par exemple, si on regarde de 2010 à 2020, nous avons perdu presque dix points d'index. C'est inadmissible.

Nous avons aussi subi une perte de représentation au Comité de l'assurance. La composition a été diluée avec l'ajout de nouveaux membres, ce qui fragilise notre place dans le système. Aujourd'hui, nous n'avons presque aucune majorité nulle part. Dans la Commission paritaire médecins-hôpitaux, des mandats ont été ajoutés aussi pour des universitaires et des assistants, ce qui complique encore plus les votes.

Un entretien de Nicolas de Pape

[1] « Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results », coécrit avec Elizabeth Olmsted Teisberg.

>> Retrouvez notre interview en intégralité sur [www.lejournaldumedecin.com](http://www.lejournaldumedecin.com).

	Prix
16 comp. eff.	6.71€
32 comp. eff.	10.57€



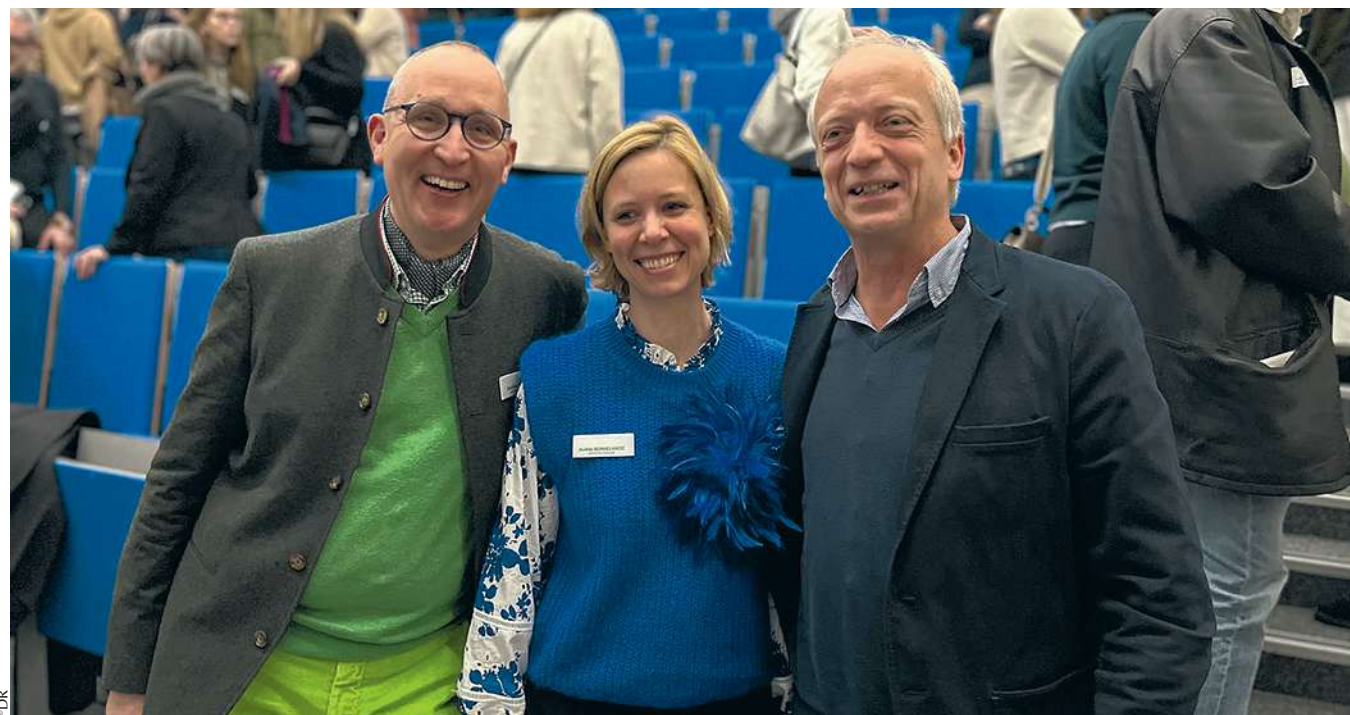
**DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT** Afebryl Comprimés effervescents **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque comprimé effervescent contient 300 mg d'acide acétylsalicylique, 300 mg d'acide ascorbique (surdosage 4%) et 200 mg de paracétamol lié par povidone 8 mg. Excipients : Chaque comprimé effervescent contient 94 mg de lactose et 83 mg de sorbitol. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimés effervescents. **Indications thérapeutiques** Traitement symptomatique de la douleur et de la fièvre. **Posologie et mode d'administration** La durée du traitement doit être la plus courte possible et limitée à la période de présence des symptômes. **Posologie** Adultes et enfants âgés de 12 ans et plus : Dose usuelle de 1 comprimé 1 à 4 fois par jour ; l'intervalle habituel entre deux prises étant de 4 heures. Doses maximales : 2 comprimés en 1 fois et 6 comprimés en 24 heures. **Enfants de 2 à 12 ans** 1/2 comprimés 1 à 4 fois par jour. La dose maximale journalière recommandée pour adultes (6 comprimés) ne dépassant pas 1,8 g d'acide acétylsalicylique par jour, Afebryl ne doit pas être assimilé aux médicaments anti-inflammatoires. En cas d'insuffisance rénale, le nombre de prises par jour sera réduit autant que possible. **Diminution de la fonction hépatique, alcoolisme chronique** Chez les patients présentant une diminution de la fonction hépatique, la dose doit être réduite ou l'intervalle d'administration prolongé. **Sujets âgés** Sur la base des données pharmacocinétiques, aucune adaptation de la dose n'est nécessaire. Il faut toutefois tenir compte du fait que l'insuffisance rénale et / ou hépatique survient plus souvent chez les sujets âgés. **Mode d'administration** Voie orale. Faire dissoudre le comprimé dans un demi-verre d'eau en agitant légèrement à l'aide d'une cuillère. Les comprimés Afebryl craignent l'humidité : il est dès lors indispensable pour leur assurer une bonne conservation, de reboucher hermétiquement le tube immédiatement après usage. **Contre-indications** Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. - Antécédents d'hypersensibilité aux salicylés, aux A.I.N.S. ou à la tartrazine. - Ulcère gastrique ou duodénal évolutif, hémorragie digestive. Diathèse hémorragique et les situations cliniques où il existe un risque hémorragique. - Insuffisance rénale grave. - Danger de méthémoglobinémie et d'anémie hémolytique surtout chez les sujets présentant une déficience génétique en glucose-6-phosphate déshydrogénase. - Insuffisance hépatocellulaire grave. - Patients soumis à un régime désodé strict (pour les patients soumis à un régime hyposodé, tenir compte de la teneur en sodium : soit 14 mEq par comprimé). **Effets indésirables** Effets dus à la présence d'acide acétylsalicylique : - accidents de sensibilisation avec réactions cutanées ou respiratoires (oedème de Quincke, urticaire, asthme, choc anaphylactique) ; - réactions bronchospastiques ; - réactions d'hypersensibilité croisée avec les A.I.N.S. et avec la tartrazine ; - aux doses faibles préconisées pour l'emploi d'Afebryl, les effets indésirables de l'acide acétylsalicylique se limitent généralement à une certaine irritation du tractus gastro-intestinal. A doses plus élevées, les effets indésirables digestifs comprennent les érosions muqueuses, l'ulcère gastrique ou duodénal, les pertes de sang occulte, le mélaena. L'acide acétylsalicylique peut également augmenter la tendance aux hémorragies et le temps de saignement (l'allongement du temps de saignement persiste 4 à 6 jours après l'arrêt du médicament). Il peut aussi détériorer la fonction rénale notamment en cas d'affection préexistante (l'usage à long terme pouvant provoquer une néphropathie chronique). De l'hyperuricémie peut apparaître à la posologie proposée. Les signes de salicylisme sont décrits sous la rubrique surdosage. **Effets dus à la présence de paracétamol** Les effets indésirables sont répertoriés par classe d'organe et selon la fréquence d'apparition. La convention suivante a été utilisée pour la classification des effets indésirables par fréquence : • 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). 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 le système national de déclaration : **Belgique** Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - Division Vigilance Avenue Galilée 5/03, 1210 BRUXELLES - Boîte Postale 97 - 1000 BRUXELLES - Madou Site internet : [www.notifieruneffetindesirable.be](http://www.notifieruneffetindesirable.be) - e-mail : [adr@afmps.be](mailto:adr@afmps.be) - **Luxembourg** Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments - 20, rue de Bitbourg - L-1273 Luxembourg-Hamm - Tél. : (+352) 2478 5592 - e-mail : [pharmacovigilance@ms.etat.lu](mailto:pharmacovigilance@ms.etat.lu) - <https://guichet.public.lu/fr/entreprises/sectoriel/sante/medecins/notification-effets-indesirables-medicaments.html> **Nature et contenu de l'emballage extérieur** Boîte contenant 1 tube de 16 comprimés effervescents et boîte contenant 2 tubes de 16 comprimés effervescents chacun préservés de l'humidité par une capsule de silicagel. Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Laboratoires SMB S.A. Rue de la Pastorale 26-28 B-1080 Bruxelles - Belgique - Tel : +32.2.411.48.28 - Fax : +32.2.411.28.28 - E-mail : [mailcontact@smb.be](mailto:mailcontact@smb.be) **NUMEROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** BE075932 : Afebryl comprimés effervescents (tube PP) BE465697 : Afebryl comprimés effervescents (tube alu) **Mode de délivrance** Délivrance libre **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 05/2022. **Date d'approbation** : 06/2022

Classes de système/d'organe	Rare (>1/10.000, <1/1.000)	Très rare (<1/10.000)	Fréquence indéterminée
Troubles hématologiques et du système lymphatique	-	Thrombocytopénie, leucopénie, pancytopenie, neutropénie, anémie hémolytique, agranulocytose	Anémie
Troubles du système immunitaire	Réactions allergiques	Réactions allergiques nécessitant un arrêt du traitement	Choc anaphylactique
Troubles du système nerveux	Mal de tête	-	-
Troubles gastro-intestinaux	Douleur abdominale, diarrhée, nausées, vomissements, constipation	-	-
Troubles hépatobiliaires	Troubles de la fonction hépatique, insuffisance hépatique, nécrose hépatique, ictère	Hépatotoxicité	Hépatite
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Pruits, éruptions, transpiration, angio-œdème, urticaire	De très rares cas de réactions cutanées sévères ont été signalés	-
Affections du rein et des voies urinaires	-	Pyurie stérile (urine trouble), insuffisance rénale	Néphropathies (néphrite interstitielle, nécrose tubulaire) suite à l'utilisation prolongée de fortes doses
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Étourdissements, malaise	-	-
Lésions, intoxications et complications procédurales	Surdosage et intoxication	-	-



# Symposium Resumes : en bref, un succès

La prévention était au cœur du troisième symposium du Réseau multidisciplinaire d'échange scientifique (Resumes), ASBL qui rassemble les professionnels des soins dans le but de partager les savoirs et les expériences.



Les Drs Thomas Orban et Audrey Bonnelance, accompagnés par le ministre francophone de la Santé, Yves Coppieters.

Quelque 17 spécialités se sont succédé sur l'estrade de l'auditoire central de la faculté de médecine de l'UCLouvain – site Woluwe, le 18 janvier dernier, devant une salle comble. 300 professionnels des soins de tous horizons, première et deuxième ligne confondues, sont venus saluer le travail réalisé en à peine trois ans par les Drs Audrey Bonnelance et Thomas Orban, cofondateurs de Resumes.

« Resumes, concrètement, est un réseau qui rassemble plusieurs professions de soins dans le but de partager les savoirs et les expériences », contextualise, en préambule du symposium, **Audrey Bonnelance**. « Nous sommes indépendants des firmes pharmaceutiques et de tout pouvoir. C'est très important pour nous. »

« Ce symposium est l'occasion d'élargir notre réseau, de partager nos connaissances, d'apprendre les uns les autres et de promouvoir une approche collaborative pour promouvoir la prévention. Il est important d'unir les disciplines pour développer une vision globale de la prévention en santé, pour écrire un futur où la prévention est au cœur de nos collaborations », explique la médecin généra-

liste, avant d'ajouter que le symposium est aussi l'occasion « d'explorer des solutions concrètes à des problématiques complexes ».

## Une approche variée

17 spécialités qui échangent sur une thématique commune, c'est difficile à résumer en un article. On invitera donc les curieux à assister au prochain symposium de Resumes.

Néanmoins, on peut dire que le symposium était résolument orienté pratique. Les diverses thématiques (médecine du travail, nutrition, kinésithérapie, gynécologie, urologie, oncologie, ...) étaient centrées sur la prévention, tantôt primaire, tantôt secondaire, selon la proximité des professionnels avec les patients et le moment où ils interviennent dans le parcours de soins. L'approche, si elle met l'accent sur la collaboration, reste cependant encore « silotée ». Chacun apprend toutefois à mieux comprendre les attentes de l'autre. L'objectif est donc atteint.

« C'est une initiative porteuse », salue le Dr **Paul De Munck**, tout jeune retraité de sa présidence du GBO mais décidément encore bien actif. « Il est encore possible de faire plus, pourquoi pas

en portant cette initiative au sein de la Plateforme de première ligne wallonne (la PPLW, dont il a été également président, NdLR). C'est un sujet à discuter. »

## Un soutien de poids

Dans les travées de l'auditoire, un invité de marque était présent en la personne d'**Yves Coppieters**, ministre francophone de la Santé. Il a salué l'initiative à travers un discours et, fait à souligner, est resté tout au long du symposium, écoutant attentivement les présentations successives.

« Merci de me nourrir de vos réflexions », remercie le ministre avant de mettre l'accent sur l'importance de la prévention dans son programme. « La promotion de la santé au sens large est au cœur de nos préoccupations. Les défis sont nombreux et les inégalités sociales en santé sont encore trop prégnantes », explique le ministre, s'appuyant sur les (mauvais) exemples de l'alimentation et de l'accès au logement. « Force est de constater que nous tendons vers un contexte plus favorable, mais le chemin à parcourir est long et jalonné d'inconnues au niveau politique. »

Le ministre table sur deux leviers pour mener ses actions : le Plan wallon

de prévention et de promotion de la santé et – étonnement, en préférant les termes de « réforme de la première ligne d'accompagnement et de soins qui descend au niveau local » (sic) – Proxisanté. « Il ne suffit pas de fixer des objectifs ambitieux, il faut que ces derniers prennent vie sur le terrain par le biais d'équipes pluridisciplinaires de proximité. »

Au-delà de ces deux leviers spécifiques relevant de la compétence santé, Yves Coppieters cite diverses politiques transversales – mobilité, aménagement du territoire, sport, environnement – pour souligner la nécessité d'agir collectivement. « Plusieurs chantiers sont sur la table, tels que la nouvelle stratégie de lutte contre la pauvreté. Nous travaillons aussi à l'actualisation du plan santé-environnement. Enfin, l'évaluation du Plan de prévention et de promotion de la santé est prévue cette année. »

**La prévention est un enjeu cher à Audrey Bonnelance, qui milite pour une consultation de prévention par an de 45 minutes pour aborder cette thématique en profondeur avec le patient.**

Le ministre espère y associer les professionnels de soins pour alimenter un nouveau plan à l'horizon 2027. « Il faut être innovant, faire preuve de courage politique. Je suis convaincu que c'est par le biais d'une action collective interdisciplinaire, où chaque acteur apporte sa pierre à l'édifice, que nous arriverons à atteindre nos objectifs de santé. Ce présent colloque est un exemple. »

Yves Coppieters de conclure sur les mesures qu'il prévoit pour renforcer le soutien aux acteurs de la prévention. « Je plaide et je plaiderai au niveau fédéral pour que vos efforts en matière de prévention soient justement valorisés, y compris sur un plan financier. »

**Laurent Zanella**



# UN TRAITEMENT EFFICACE CONTRE LES MAUX DE VENTRE



**Large spectre d'indication**



**Soulagement en 15 min<sup>1</sup>**



**Action ciblée<sup>1-3</sup>**



**Excellente tolérabilité**

**Meilleure  
efficacité  
avec 20 mg<sup>5</sup>**



**Soit 2  
comprimés  
de 10 mg\***



**> 6 ans**



**Sans sucre**



**> 1 an**



**Sans lactose**

## POSOLOGIE

**1 comprimé 1 à 5 fois par jour**  
(max 100 mg / 24 h ou 5 comprimés par 24 h)\*\*

## POSOLOGIE

**1 à 2 comprimés 3 à 5 fois par jour**  
(max 100 mg / 24 h ou 10 comprimés par 24 h)\*\*  
Pour les enfants : max 1,5 mg / kg / 24 h.  
Petit comprimé facile à avaler.

\*Prises simultanément. \*\*Consulter la notice pour les enfants de 1 à 6 ans.

1. Lacy BE, et al. Scand J Gastroenterol. 2013;48:926-935. 2. Tytgat GN. Drugs. 2007;67:1343-1357. 3. Corsetti M, et al. Neurogastroenterol Motil. 2022;00:e14451.

**DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT** BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés : un comprimé enrobé contient 10 mg de bromure de butylhyoscine. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés : Un comprimé pelliculé contient 20 mg de bromure de butylhyoscine. Excipients à effet notoire : BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés : un comprimé enrobé contient 41,18 mg de saccharose. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés : un comprimé enrobé contient 138,5 mg de lactose. **FORME PHARMACEUTIQUE** BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés. **INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES** Traitement symptomatique des spasmes des voies digestives, biliaires, urinaires et génitales : colique biliaire, colique néphrétique, côlon spastique, spasme oesophagien, spasme gastrique, spasmes lors des maladies diarrhéiques ou des gastro-entérites. BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés est indiqué chez les adultes et les enfants à partir de 1 an. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés est indiqué chez les adultes et les enfants à partir de 6 ans. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Posologie Adultes : BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés : 1 à 2 comprimés, 3 à 5 fois par jour, à avaler avec un peu de liquide. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés : 1 comprimé pelliculé, 1 à 5 fois par jour, à avaler avec un peu de liquide. On ne dépassera pas 100 mg/24 heures chez les adultes et adolescents. **Population pédiatrique** : Enfants de plus de 6 ans : voir adultes. Enfants de 1 à 6 ans : BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés 1 mg/kg/24 heures. Enfants en dessous de 1 an : ce médicament ne doit pas être utilisé. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés : Enfants en dessous de 6 ans : ce médicament ne doit pas être utilisé. **Mode d'administration** Voie orale. Quelle que soit la voie d'administration, on ne dépassera pas 100 mg/24 heures chez les adultes et adolescents, et 1,5 mg/ kilo de poids corporel/24 heures chez les enfants. Ne pas administrer au-delà de 7 jours sans avis médical. BUSCOPAN ne doit pas être pris quotidiennement pendant une période prolongée sans rechercher la cause de la douleur abdominale. Vu le risque d'atonie intestinale médicamenteuse, l'usage de longue durée est contre-indiqué. L'expérience clinique montre qu'il n'y a pas de schéma posologique particulier à l'insuffisance rénale. **CONTRE-INDICATIONS** Le BUSCOPAN est contre-indiqué

en cas de : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients, Adénome prostatique, Hypertrophie prostatique avec rétention urinaire, Glaucome à angle fermé non traité, Sténose pyloro-bulbaire, Atonie intestinale, Tachycardie, Obstruction gastro-intestinale mécanique, Iléus paralytique ou obstructif, Mégacôlon, Myasthénie sévère. Le BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés est contre-indiqué chez les enfants de moins de 1 an. Ce médicament contient du saccharose. Les patients présentant une intolérance au fructose, un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose ou un déficit en sucrase/isomaltase (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament. Le BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés est contre-indiqué chez les enfants de moins de 6 ans. Ce médicament contient 138,5 mg de lactose. Les patients présentant une intolérance au galactose, 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** Des effets indésirables anticholinergiques peuvent survenir, ces effets sont généralement peu marqués et transitoires. Les effets indésirables ont été classés en fonction de leur incidence en utilisant la classification suivante : Très fréquent ( $\geq 1/10$ ) ; fréquent ( $\geq 1/100$ ,  $< 1/10$ ) ; peu fréquent ( $\geq 1/1\ 000$ ,  $< 1/100$ ) ; rare ( $\geq 1/10\ 000$ ,  $< 1/1\ 000$ ) ; très rare ( $< 1/10\ 000$ ) ; fréquence indéterminée (ne peut pas être estimée sur la base des données disponibles). **BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés Affections du système immunitaire** : Peu fréquent : choc anaphylactique, réactions anaphylactiques, dyspnée et autres réactions d'hypersensibilité. **Affections oculaires** : Fréquence indéterminée : troubles passagers de la vision, mydriase, élévation de la pression intraoculaire. **Affections cardiaques** : Peu fréquent : tachycardie. **Affections vasculaires** : Rare : baisse de la tension artérielle, étourdissements, flushing. **Affections gastro-intestinales** : Peu fréquent : xérostomie (sécheresse de la bouche), ralentissement du transit. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** : Peu fréquent : réduction de la transpiration, réactions cutanées (urticaire, éruption, rougeur de la peau, prurit). **Affections du rein et des voies urinaires** : Rare : rétention urinaire. **BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés Affections du système immunitaire** : Peu fréquent : réactions anaphylactiques et choc anaphylactique, dyspnée et autres réactions d'hypersensibilité, angioedème. **Affections oculaires** : Fréquence indéterminée :

troubles passagers de la vision, mydriase, élévation de la pression intraoculaire. **Affections cardiaques** : Peu fréquent : tachycardie. **Affections vasculaires** : Rare : baisse de la tension artérielle, étourdissements, flushing. **Affections gastro-intestinales** : Peu fréquent : xérostomie (sécheresse de la bouche), ralentissement du transit. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** : Peu fréquent : réduction de la transpiration, réactions cutanées (urticaire, éruption, rougeur de la peau, prurit). **Affections du rein et des voies urinaires** : Rare : rétention urinaire. **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](http://www.afmps.be) - Division Vigilance : Site internet : [www.notifierunefetindesirable.be](http://www.notifierunefetindesirable.be) – E-mail : [adr@fagg-afmps.be](mailto:adr@fagg-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](http://www.guichet.lu/pharmacovigilance). **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Sanofi Belgium - Leonardo Da Vincilaan 19, 1831 Diegem - Tél. : 02/710.54.00 - E-mail : [info.belgium@sanofi.com](mailto:info.belgium@sanofi.com) **NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés : BE021183 / LU : 2009080432 • 0016448 : 20 comprimés • 0016451 : 50 comprimés • 0963741 : 60 comprimés • 0669848 : 1 comprimé • 0669851 : 500 comprimés. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés BE442276 / LU : 2013120603 • 0722801 : 10 comprimés • 0722815 : 20 comprimés • 0722829 : 30 comprimés • 0722832 : 50 comprimés. **DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/ DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés A. Date de première autorisation 14.03.1962. B. Date de dernier renouvellement: 24.06.2009 BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés A. Date de première autorisation : 02.09.2013 B. Date de dernier renouvellement : 29.07.2019 **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** BUSCOPAN 10 mg comprimés enrobés Date d'approbation : 07/2024. BUSCOPAN FORTE 20 mg comprimés pelliculés Date d'approbation : 12/2023.

# Incapacité de travail de longue durée :

Ce nouvel outil de communication entre médecins généralistes, médecins du travail et médecins conseils sera lancé le mercredi 19 février, sous l'égide de l'Inami. But, clairement avoué : faciliter et stimuler le retour au travail des plus de 520.000 malades belges de longue durée.

**L**es questions n'ont pas manqué de fuser à l'occasion de la grande journée de la SSMG, le samedi 25 janvier, consacrée aux « aides pour un retour gagnant au travail ». Une thématique ô combien complexe, qui engage de nombreux acteurs mais, bonne nouvelle, tous sont censés bientôt mieux « échanger » entre eux grâce à 'Trio', la future plateforme de l'Inami adoptée en plénière par la Chambre ce 23 janvier. Par 'Trio', comprenez la triade formée par le médecin généraliste, le médecin du travail et le médecin conseil de la mutuelle, et réunie autour du patient en *incapacité primaire* de travail (absent depuis moins d'un an) ou en *invalidité* (au-delà d'un an).

## L'affaire de tous

En filigrane des riches échanges lors de ce colloque qui se déroulait à l'amphithéâtre du CHC MontLégia (Liège), le désarroi profond de médecins généralistes qui, souvent, n'arrivent pas à joindre leurs confrères médecins conseils ou médecins du travail – « J'ai attendu 35 minutes au téléphone dernièrement... », témoigne une dame dans l'assemblée. Des généralistes qui, par ailleurs, sont de plus en plus confrontés à des patients qui, tel un dû, « viennent chercher leur certificat, Docteur » ou qui « estiment avoir assez travaillé depuis 15 ans pour être en invalidité, vous-comprenez-bien-Docteur » (loin, donc, des 40 à 43 ans de carrière légale actuelle...).

Un bouleversement sociétal insupportable, contre lequel aucune plateforme, fusse-t-elle 'Trio', ne pourra lutter totalement. La prise en charge des malades de longue durée se doit d'être intégrée, pluridisciplinaire, holistique. Pour cela, la coordination des actions et l'échange de données doivent - au-delà des seuls prestataires

de santé bientôt amis grâce à Trio - inclure également les mutuelles, et les acteurs de l'emploi et de l'insertion socioprofessionnelle comme le Forem ou l'Aviq. « Et il faut aussi un gouvernement fédéral », a glissé le ministre régional Coppieters « qui ne peut pas tout ».

Justement, le Dr Yves Coppieters, ministre wallon de la Santé, ouvrait le colloque. Avant même de faire l'anamnèse de cette épidémie 'd'absentéisme aiguë' qui frappe le Royaume, l'épidémiologiste a d'emblée posé le bon diagnostic : après quelques mois seulement d'absence, la probabilité d'un retour chez le même employeur chute de... 50 % ! Or, le trajet de retour au travail s'apparente souvent à un parcours du combattant, comme l'ont systématiquement démontré les différents intervenants au colloque. Il est « primordial de donner aux travailleurs et travailleuses toutes les chances de retourner au travail au stade



**« Il faut réformer l'accompagnement administratif et médical grâce à des démarches simplifiées et des délais de traitement accélérés. »**

– Dr Yves Coppieters, ministre wallon de la Santé

le plus précoce », recommande le Dr Coppieters, pour qui « l'incapacité de travail est un enjeu collectif. Je crois en une société qui soutient, accompagne et valorise chaque individu, quel que soient ses capacités, à tout moment de sa vie. »

## Le temps, ce tueur d'emplois

Le ministre avait apporté des chiffres dans sa petite mallette. Ils sont éloquentes : l'Inami comptait en 2022, en Wallonie, 134.000 salariés en incapa-



**Fin 2023, la Belgique comptait 526.000 absents de longue durée, principalement pour troubles musculosquelettiques ou psychosociaux. Un coût de plus de 9 milliards d'euros.**

cité primaire et 9.500 indépendants, ainsi que 180.000 salariés en invalidité et 9.700 indépendants. Parallèlement, du côté du SPF Emploi (2023), dix services externes de prévention et protection au travail, comptabilisant 230.000 employeurs représentant plus

de quatre millions de travailleurs, ont contacté 72.000 travailleurs en incapacité de travail d'au moins quatre semaines pour les informer des possibilités de retour au travail.

Et le Dr John Colin, médecin du travail (Securex), de continuer à appuyer là où ça fait mal : « Il y avait en Belgique, fin 2023, 526.000 absents de longue durée, pour un coût de plus de 9 milliards d'euros. Et les perspectives ne sont pas des meilleures. »

À l'instar du ministre, le Dr Colin estime que le temps est assassin : après

deux ans d'invalidité, seul un travailleur sur dix peut espérer retrouver son poste. Ce temps doit être mis à contribution. La solution passe par de meilleures collaboration et communication entre disciplines – la fameuse triade de Trio –, en construisant un « solide réseau préventif dont vous seriez le héros », lance-t-il à l'auditoire de généralistes. Et de les inviter à ne jamais hésiter à contacter la cellule « Santé & bien-être au travail » de la SSMG, pour animer des Glems sur la thématique du retour au travail ou des risques psychosociaux, qui constituent la première cause – avec les troubles musculosquelettiques – d'absentéisme de longue durée. « Une problématique psychosociale comme un burn out, c'est entre six mois et deux ans d'incapacité. C'est énorme. Il y a donc tout intérêt à nous contacter pour que nous essayions de mettre quelque chose en place avec le conseiller en prévention. »

**Cécile Vrayenne**

>> Retrouvez encore plus d'informations sur ce sujet sur notre site : [www.lejournaldumedecin.com](http://www.lejournaldumedecin.com)



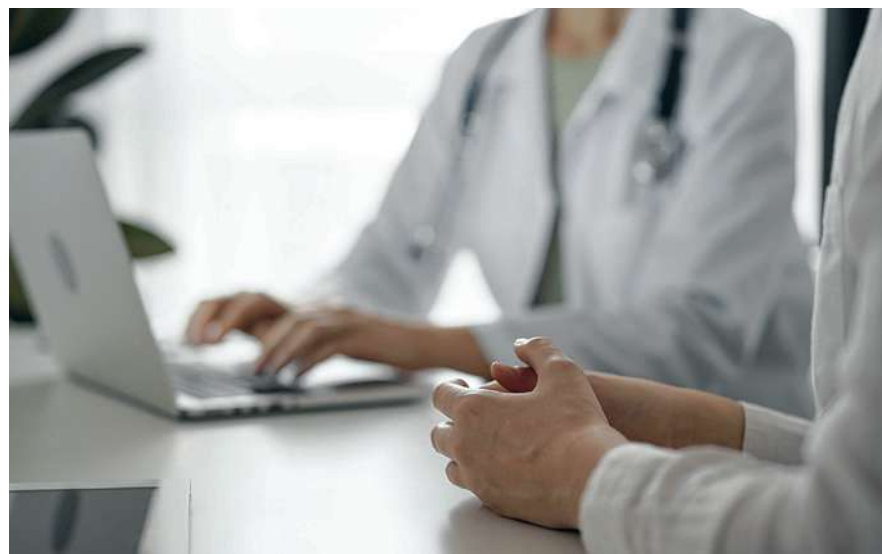
# plateforme Trio, J-15

## Mode d'emploi

**L**a plateforme Trio <sup>[1]</sup> est en cours de test 'end to end' depuis le 20 janvier, pour vérifier les échanges entre médecins, sa sécurité et la protection des données par pseudonymisation. Elle sera mise en production le mercredi 19 février, sous forme d'application web intégrée dans vos logiciels métier.

### Communiquer & échanger

Trio est un outil de communication et d'échange d'informations médicales et administratives entre les trois acteurs clés que sont le généraliste, le médecin du travail et le médecin conseil, dans le cadre des trajets de



Dans une phase ultérieure (non encore déterminée) : les médecins spécialistes, les médecins du travail des services internes de prévention et les partenaires régionaux pour l'emploi (VDAB, Forem, Actiris, Medex et Impreva).

Les patients eux-mêmes et les employeurs n'auront PAS accès à cet outil.

vail... Les différents échanges se font par l'intermédiaire de notifications et de liens dans Trio et dans l'e-Health box.

### Quelques questions que vous vous posez peut-être...

-Votre patient devra-t-il donner son consentement ? Oui, c'est prévu.

-Quid en maison médicale ? Le contact peut se faire au nom de la maison médicale ou d'un médecin spécifique.

-Tout le monde peut-il tout voir ? Non, le médecin décide à quel(s) acteur(s) l'annexe qu'il dépose sur la plateforme est accessible.

Cécile Vrayenne

[1] L'Inami est commanditaire du projet Trio, dont les développements techniques sont assurés par la Smals, en collaboration avec e-Health, la Banque carrefour de la sécurité sociale (BCSS), Co-prev (couple qui chapeaute les différents services externes de prévention), le Collège intermutualiste national, les organismes assureurs et les firmes des logiciels des médecins généralistes.



**« Une prime est-elle prévue pour le surcroît de travail engendré par ce nouvel outil pour les généralistes ? », a demandé le Dr Luc Herry, président de l'Absym Wallonie.**

- Non, Trio sera juste intégré dans la prime télématique actuelle.

retour au travail (c'était le but premier) mais aussi de l'incapacité de travail en général (objectif élargi à la demande des différents acteurs du projet). Le dossier du patient y est créé, avec ses données pertinentes, mais il est ensuite traité dans votre propre logiciel. Seul critère d'exclusion : l'assuré doit déjà être en incapacité, Trio n'est pas (encore) un outil de prévention.

### Qui, précisément, peut y accéder ?

En phase 1, les médecins généralistes, les médecins conseils des mutuelles et les membres de leur équipe multidisciplinaire, les médecins du travail des services externes de prévention, les coordinateurs « retour au travail » (CRAT) et les membres de secrétaires médicaux (en mutuelles et services externes de prévention).

### À quoi Trio va-t-il vous servir, concrètement ?

À trouver toute info utile concernant le trajet « AMI » (= dans le cadre de l'assurance maladie invalidité) d'un patient en incapacité, mais aussi à échanger - ou tout simplement vous mettre en contact - avec vos confrères impliqués dans le dossier.

Quelques exemples : un médecin conseil veut vous poser une question en tant que généraliste (dans votre réponse, vous pourrez ajouter aisément des annexes comme un rapport médical) ; vous voulez joindre le médecin du travail ou répondre à la demande d'une mutuelle ; vous avez besoin d'identifier le service de prévention du travailleur en incapacité, vous voulez introduire une demande de mi-temps médical, aider votre patient à faire une demande d'adaptation de poste lors de sa reprise du tra-

## Médecin du travail et médecin conseil, des spécialités en voie d'extinction...

D'avantage de médecins du travail et de médecins conseils partent à la pension que de nouveaux n'arrivent sur le marché du travail. « Et ces spécialités ne sont pas prises en compte par la Commission de planification, ce qui est problématique dans le contexte actuel », a regretté le Dr Colin.

Du côté des médecins conseils (MC), on comptait 236 équivalents temps plein actifs mi-2022, dont 198 impliqués dans l'incapacité de travail et la réinsertion.

Le nombre de malades ne cessant de croître, chaque médecin, qu'il soit du travail ou en mutuelle, doit donc « suivre davantage de dossiers », a pointé le Dr **Julien Distexhe**, de Solidaris. Depuis 2022, les MC sont entourés par une équipe multidisciplinaire pour soulager leur charge de travail, des ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues cliniciens et infirmiers spécifiquement formés, chargés d'assurer le contact avec les personnes en incapacité primaire. Cette réforme permet par ailleurs « d'utiliser les compétences spécifiques de chaque collaborateur IDT (incapacité de travail, NdlR) et d'améliorer la qualité des décisions, avec une répartition transparente et claire des compétences », a souligné **Aurore Sottiaux**, de la Mutualité chrétienne.

## Besoin d'aide ?

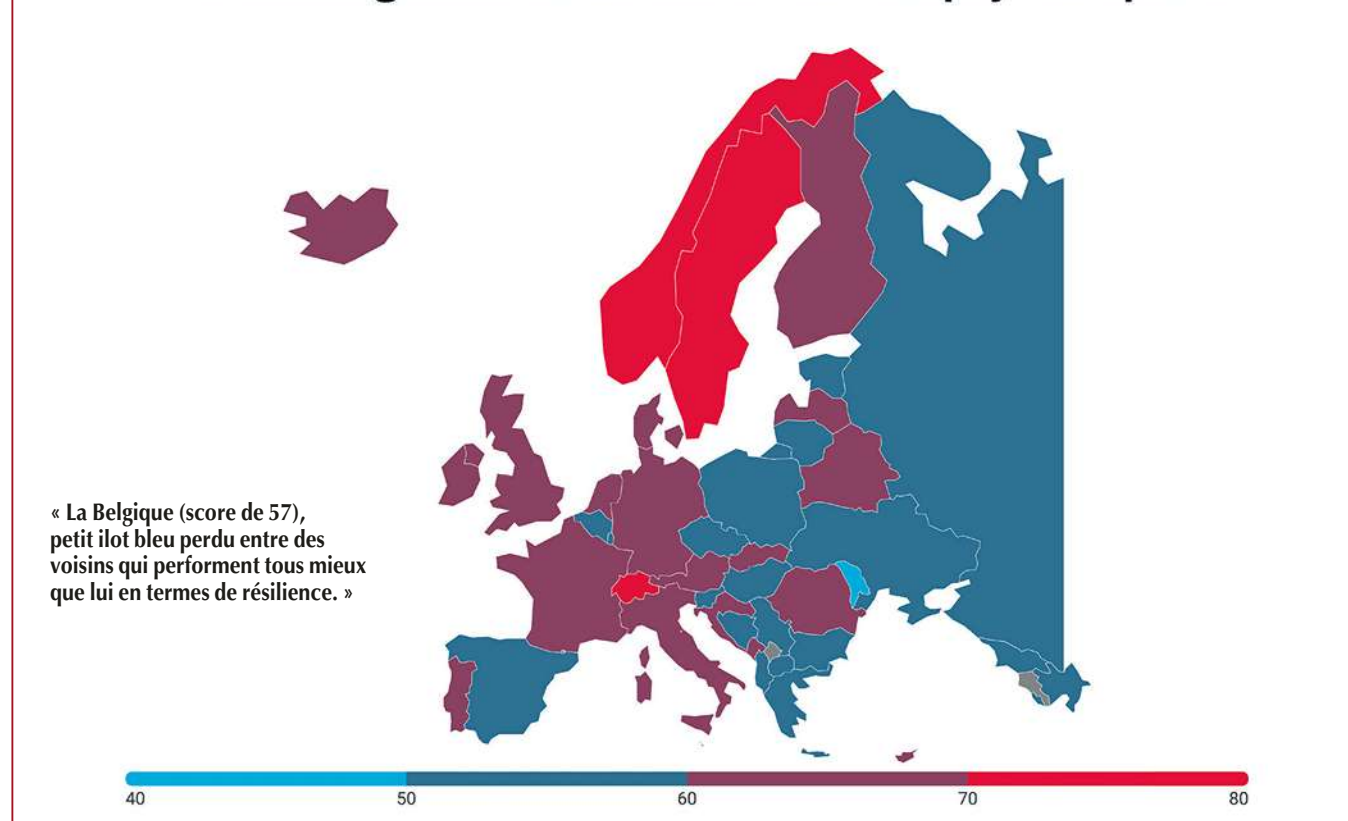
L'Inami mettra un helpdesk à disposition des médecins pour répondre à toutes vos questions, ainsi qu'un guide de l'utilisateur et une vidéo détaillée des différentes fonctionnalités proposées par la plateforme. Les questions relatives au RGPD sont assurées par un *data protection officer* au sein de l'Inami. Pour les généralistes, il est prévu l'envoi

d'un courrier dans la boîte e-Health, un webinaire et des interventions via les associations professionnelles (consultez les *digital learnings* de la SSMG). Le site de l'Inami sera bien sûr mis à jour et l'Institut va déployer un plan de communication vis-à-vis des médias, des réseaux sociaux et des différents *stakeholders*.

# Le système de soins de santé belge est à la rupture

Le « baromètre de résilience des soins de santé », réalisé par la firme BD, classe la Belgique 35<sup>e</sup> sur 100 pays à travers l'Europe, le Moyen-Orient et l'Afrique (EMEA). Soit en queue de peloton des pays européens. D'aucuns, à l'instar du Dr Gilbert Bejjani, estiment que le système de soins de santé belge, si rien n'est fait, pourrait connaître le même sort que le NHS anglais qui s'est effondré ces dernières années.

## Performance globale du baromètre dans les pays européens



**B**ien que la Belgique offre un accès dans l'ensemble satisfaisant à des soins de santé, le pays fait face à d'importants défis en matière de sécurité des patients, de surcharge du personnel soignant et d'efficacité. D'après le baromètre de résilience de BD, qui a scruté ces trois indicateurs en particulier, la Belgique se classe 35<sup>e</sup> sur 100 pays de la région EMEA. Ce classement place le pays derrière de nombreux autres pays européens, notamment la France, l'Allemagne et les pays scandinaves qui briguent, comme souvent, la tête du classement.

### Beaucoup de points à améliorer

Le baromètre met en lumière les lacunes de la Belgique concernant la

résilience. D'abord en matière de sécurité des patients (1<sup>er</sup> pilier). Bien que la Belgique bénéficie d'une couverture santé universelle solide, le pays pêche en matière de prévention des infections associées aux soins (IAS). Le taux d'IAS dans les hôpitaux belges atteint 9,2 % des patients, dépassant la moyenne européenne de 6,8 %.

Ensuite, notre pays compte un taux élevé de burn out parmi les professionnels de santé (2<sup>e</sup> pilier). En 2019, le ratio patients/infirmiers dans les hôpitaux belges était de 9,4, ce qui est inférieur au ratio recommandé de 8. De plus, la Belgique obtient de mauvais résultats en matière de bien-être mental des soignants. Cependant, cette problématique ne concerne pas uniquement la Belgique : l'Union européenne connaîtra d'ici 2030 un déficit de 4,1 millions de

professionnels de santé, avec 40 % des médecins atteignant l'âge de la retraite dans près d'un tiers des pays de l'UE.

Enfin, bien que la Belgique affiche de bons résultats en matière de dépenses publiques pour la santé et d'espérance de vie, des défis majeurs persistent en ce qui concerne l'efficacité (3<sup>e</sup> pilier), notamment l'empreinte écologique des activités de santé et la production de déchets dans le secteur. Les séjours hospitaliers prolongés, qui demeurent au-dessus de la moyenne européenne, non seulement augmentent les coûts, mais contribuent également à l'empreinte écologique de notre système de santé.

### Un énième rapport ?

« Ma première réflexion, quand j'ai lu ce rapport, était de me dire que ce n'était pas

le premier rapport qui va dans ce sens », commente le Dr Gilbert Bejjani, vice-président de l'Absym. « On peut discuter d'indicateurs, de classement... C'est la tendance qui se confirme rapport après rapport qui est inquiétante. En termes de résilience, ceux qui nous sont inférieurs dans le classement sont majoritairement des pays d'Afrique et du Moyen-Orient. »

On argumentera que le baromètre classe par exemple la Biélorussie dans les bons élèves, au même titre que la Roumanie. Est-ce pour autant que les systèmes de santé sont plus résilients dans ces deux pays ? Rien n'est moins sûr. On peut faire dire aux chiffres ce que l'on veut. Il n'en reste pas moins que l'argument de l'anesthésiste est valide. « Le benchmarking fonctionne comme un outil d'amélioration de la qualité à condition que ces résultats soient discutés dans les hôpitaux et d'autres forums avec les parties prenantes pertinentes », souligne le Pr Dirk De Ridder, Director of Quality & Head of Research Health Care Policy de l'UZ Leuven.

« Ces chiffres sont alarmants et mettent en évidence l'urgence d'accroître la sensibilisation, d'adopter de meilleures pratiques et de recourir à des solutions innovantes », explique le Pr De Ridder, avant d'embrayer sur les lacunes : « La répartition éparse des compétences de santé est un grand problème en Belgique. La répartition des compétences de soins de santé préventifs et curatifs entre régions, communautés et fédéral mine notre capacité à agir. » Autre problème, pour Dirk De Ridder : le manque de données de qualité. « La collecte de données de qualité est un problème en Belgique. Nous sommes mal organisés comparés à d'autres pays. Il faut prendre nos responsabilités. »

« Il ne faut pas être défaitiste. La Belgique a de nombreux points forts. Mais l'urgence est réelle », estime Gilbert Bejjani qui cite le mauvais exemple du NHS qui, faute d'être bien organisé, « s'est écroulé comme un château de cartes ».

### Quelles solutions ?

« Il faut réduire les complications inutiles, le gaspillage et la redondance dans les soins », avance Gilbert Bejjani qui promeut, comme toujours pour ceux qui sont familiers de son discours, le value-based healthcare, mais aussi le rôle clé de la prévention. « Il y a de la place pour de nombreuses améliorations







# La Pre Axelle Pintiaux sollicitée par l'Assemblée nationale française

La gynécologue du CHU de Liège, fondatrice d'un des tout premiers centres de la ménopause en Belgique, a été invitée à faire part de son expertise pour une mission commandée par l'ex-Premier ministre français Michel Barnier.

**S**i les cliniques ou consultations dédiées à la ménopause sont aujourd'hui légion et plutôt dans l'air du temps, en ouvrir une il y a 26 ans - au siècle dernier, donc, eh oui ! - relevait de la gageure. Forte d'une expertise en endocrinologie acquise à l'hôpital Saint-Antoine de Paris, la Dre Axelle Pintiaux, alors jeune gynécologue obstétricienne, n'hésite pourtant pas : elle ouvre un centre consacré à la ménopause au cœur de Liège, dans le giron du département universitaire de gynécologie, et monte une équipe... Équipe aujourd'hui forte de 18 médecins spécialistes et prestataires paramédicaux qui assurent aux patientes une prise en charge pluridisciplinaire et intégrée.

## Une spécialisation à Paris

« J'ai fait mes études de médecine et de gynécologie à Liège, puis je suis partie deux ans à Paris, dans le service d'endocrinologie générale et de la reproduction du Pr Philippe Bouchard, qui avait une renommée internationale », explique-t-elle. « C'est là que j'ai acquis des compétences très spécifiques. Je n'ai ensuite jamais coupé les ponts entre Liège et Paris : je suis restée en contact permanent avec mes collègues français, notamment pour faire de la recherche ou pour leur envoyer des assistantes. »

Il y a quelques mois, via notamment une de ses anciennes consœurs françaises aujourd'hui à l'Ordre des médecins et des membres de la Haute autorité de santé (HAS), des gynécologues endocrinologues sollicitent l'expertise de la Liégeoise. « Ils m'ont demandé de présenter notre modèle de soins en Belgique, dans le cadre d'une demande de mission du Premier ministre Michel Barnier diligentée par un médecin parlementaire (avant la motion de censure, Ndlr). L'objectif étant d'évaluer les prises en charge de la ménopause dans les pays limitrophes. »

La Pre Pintiaux a fait sa présentation

en visioconférence avec Paris, exposant aux Français l'organisation des soins au Centre liégeois de la ménopause, riche de sa longue expérience. « Le Centre permet notamment de faire un bilan complet en unité de temps et de lieu et dernièrement, nous avons ouvert une consultation plus spécifique encore, pour la ménopause après un cancer et les jeunes patientes à haut risque de cancer qui se retrouvent brutalement en ménopause après chirurgie. »

## La ménopause source de discriminations

Le rapport parlementaire français est à présent en cours d'élaboration. Plus tôt, à l'été 2023, c'est au Sénat belge <sup>[1]</sup> que la spécialiste du CHU de Liège avait fait part de son expertise, à la requête du Conseil de l'égalité des chances entre hommes et femmes. Quel rapport avec la ménopause ? Cette transition hor-

monale peut s'avérer source de discriminations : « Les femmes confrontées à cet orage de neurotransmetteurs peuvent être moins performantes à cause de leurs symptômes », rappelle Axelle Pintiaux. « Elles sont moins combatives professionnellement et, malheureusement, vont parfois laisser passer des opportunités alors qu'elles sont à l'âge où l'on accède généralement aux plus hauts postes. Quand j'interroge mes patientes, je me rends compte qu'elles sont nombreuses à passer à temps partiel et à ne plus attribuer la même importance à leur activité professionnelle... »

Selon une étude de Securex, les femmes ménopausées symptomatiques sont davantage à risque d'absentéisme et de burn out, alors que celles qui n'ont pas de symptômes (ou n'en ont plus car sous

traitement) sont plus performantes au travail que... leurs homologues masculins plus jeunes. « C'est vraiment interpellant ! Cette période de transition ménopausique est difficile », insiste la gynécologue, « mais ça s'arrange avec le temps. »

**Chez nous, le cursus de gynécologie vient d'être porté à six ans au lieu de cinq, dont deux consacrés à des spécialisations.**

## Revaloriser les consultations

D'où l'importance d'une bonne prise en charge des femmes en détresse. Ce qui exige des connaissances spécifiques... mais aussi du temps, car la ménopause est « time-consuming » : il est compliqué de garantir à ces patientes, qui ont parfois attendu des mois pour avoir un rendez-vous, une écoute attentive - et souvent longue vu la diversité de la symptomatologie -, quand une future maman est en cours de travail un peu plus loin dans le service ou qu'il faut quitter sa consultation en urgence pour une césarienne...

« Nous avons un an et demi de délai dans notre département universitaire pour les bilans de ménopause... », regrette Axelle Pintiaux. « Il faudrait revaloriser les consultations, les rendre plus attractives. On essaie constamment de trouver de jeunes médecins, actuellement deux jeunes gynécologues de l'ULB viennent se former dans notre institution. » Si la spécialisation en gynécologie ne connaît pas de pénurie particulière, le domaine de la ménopause n'attire pas énormément de médecins. Avec le vieillissement de la population et la levée du tabou qui entourait la ménopause jusqu'il y a peu, les patientes en quête de soulagement se pressent pourtant au portillon.





## Une spécialité de plus en plus pointue

Le système est différent en France où, dès leur formation, les futurs gynécologues peuvent faire une partie de leur cursus en endocrinologie, « et les endocrinologues font une année de gynécologie », expose notre interlocutrice. Ce croisement entre spécialités explique que l'on trouve des endocrinologues au sein des équipes de PMA en France, et que par ailleurs, les gynécologues « médicaux » ont des compétences en endocrinologie. Non soumis aux urgences de la salle d'accouchement, ils peuvent se permettre de prendre le temps pour les patientes ménopausées. « Chez nous, on a surtout des gynécologues obstétriciens ou chirurgiens. Notre spécialité est très large, elle déborde souvent sur d'autres : de l'endocrinologie, de la médecine interne, de l'oncologie... Il faut avoir l'esprit ouvert. Souvent, les collègues se spécialisent au fil des années. »

La femme est toutefois en train de changer, puisque le cursus de gynécologie vient d'être porté à six années au lieu de cinq, les deux dernières étant consacrées à des spécialisations : médecine maternelle, médecine fœtale, ménopause, génétique, chirurgie de la statique pelvienne, chirurgie oncologique, ménopause, médecine reproductive... « C'est une nouvelle génération de médecins qui arrive, cela donne d'autres opportunités et ça va vraiment ouvrir des horizons », se réjouit la Pre Pintiaux.

Par ailleurs, la Société belge de la ménopause [2], dont fait partie Axelle Pintiaux, est en train de mettre au point, au niveau national, une formation en ménopause (en anglais) qui devrait être accessible à la rentrée de septembre. « De mon côté, depuis 2012, j'organise avec l'ULB un certificat interuniversitaire d'endocrinologie de la reproduction [3] au cours duquel les problématiques de la ménopause sont abordées, entre autres. »

Cécile Vrayenne

>> [1] Depuis, le débat a avancé et la Conférence interministérielle santé publique a approuvé, en décembre dernier, la création d'un groupe de travail interfédéral dédié à l'élaboration d'une politique cohérente en matière de ménopause.

>> [2] [www.menopausesociety.be](http://www.menopausesociety.be)

>> [3] REBIC : [www.programmes.uliege.be/cocoon/20242025/formations/descr/MYENRE90.html](http://www.programmes.uliege.be/cocoon/20242025/formations/descr/MYENRE90.html)



**NOUVEAU**

# Bactiol® Women

## Soyez parfaitement équilibrée

**Microbiotiques puissants  
avec un fonctionnement unique 5-en-1**



Santé  
urogénitale



Santé  
hormonale



Santé  
intestinale



Immunité



Santé  
émotionnelle

- ✓ Soutient l'équilibre féminin, à chaque étape de la vie, y compris pendant la (péri) ménopause
- ✓ Scientifiquement prouvé (plus de 80 études cliniques)
- ✓ Sans allergènes
- ✓ Sans danger pour les femmes enceintes et celles qui allaitent
- ✓ Usage facile : 1 gélule par jour



30 gélules CNK 4875-712

**13/02/'25 WEBINAIRE  
SANTÉ DES FEMMES**  
La santé intestinale est la clé  
de l'équilibre féminin.

**S'inscrire? Scannez le code QR!**







COVID-19,

## CINQ ANS PLUS TARD

Dans cette série, *Le journal du Médecin* revient sur la pandémie de covid-19 avec quelques-uns de ses acteurs clés, qui partagent leurs souvenirs les plus marquants et tirent de précieuses leçons pour l'avenir. Pedro Facon, aujourd'hui administrateur général adjoint de l'Inami, ouvre le bal.

# Pedro Facon : « Ne nous endormons pas »

Nommé « Commissaire au covid-19 » en octobre 2020, soit neuf mois après le début de la crise sanitaire, Pedro Facon revient sur son expérience à ce poste créé après la première vague pour faire face au chaos administratif et aux tensions politiques.

**D'**emblée, lors de cette interview exclusive, Pedron Facon s'étonne que cinq années se soient déjà passées : pour lui, la pandémie, c'était hier... « Lorsque je suis devenu commissaire, la phase active était en cours depuis neuf mois environ en Belgique. La première vague fut une période de chaos administratif ; les acteurs, à tous les niveaux, ignoraient comment gérer une telle crise. Personne n'était bien préparé », se remémore l'ex-'Monsieur Corona'. « Ce chaos administratif a également conduit à des tensions politiques. C'est pour cela qu'il a fallu créer un commissariat : pour rationaliser la gestion de la crise à tous les niveaux administratifs. »

nel, cela a été un fameux apprentissage. Lors de la première vague, j'avais joué un rôle central dans la gestion du secteur hospitalier, et ça s'était relativement bien passé grâce à la collaboration de tous. Soudain, je me retrouvais

projeté sur le devant de la scène et devenais une figure publique - ce que je n'avais jamais demandé. J'en ai sous-estimé l'impact. Je suis quelqu'un de consciencieux, qui se fixe des objectifs ambitieux, mais d'un coup, tout le monde me jugeait. Ce fut une expérience assez perturbante. Des articles paraissaient au

sujet du commissariat, sans même savoir sur quoi ils se basaient. Au cours de ma vie, j'ai eu pas mal de discussions difficiles, voire houleuses, mais toujours en interaction avec les personnes autour de la table. Or, ce qui paraissait dans les médias - sans parler des réseaux sociaux -, c'était une tout autre affaire...

**« Je suis quelqu'un de consciencieux, qui se fixe des objectifs ambitieux, et d'un coup, tout le monde y allait de son jugement. Ce fut une expérience assez perturbante. »**

## Une page blanche

**Pedro Facon :** Il n'y avait pas de description de fonction. J'ai rapidement rassemblé une équipe et nous sommes partis d'une page blanche. Ce ne fut pas simple car tout le monde n'était pas content de la façon dont ça s'était passé jusque-là. Il a donc d'abord fallu aligner tout le monde et essayer d'apaiser les frustrations. Nous ne réalisions pas, à ce moment-là, que nous n'étions qu'au début de la pandémie. Une semaine après ma nomination, nous nous sommes retrouvés en pleine deuxième vague et, plutôt que de nous préparer à de futures pandémies, nous avons dû nous concentrer sur celle en cours. À titre person-



## À refaire...

**Le journal du Médecin :** au vu des connaissances actuelles, agiriez-vous différemment ?

J'ai profité des vacances de Noël pour lire *Nexus*, de Yuval Noah Harari. Il y parle de l'évolution des réseaux et des technologies de l'information, de ses conséquences sur la société, mais aussi sur notre façon de gouverner et de faire de la politique. Selon Harari, nous en



sous-estimons encore l'impact. Selon lui, l'intelligence artificielle change également la façon dont la société fonctionne et peut être gouvernée. Pendant la crise sanitaire, nous étions trop peu conscients qu'à côté du monde réel et des médias traditionnels existe aussi un monde virtuel, avec les réseaux sociaux. Il s'y passe beaucoup de choses qui affectent les marges dont nous disposons pour faire de la politique et l'efficacité de nos politiques. Les réseaux sociaux ont un impact considérable sur la manière dont les gens sont informés et suivent ou non certaines recommandations ou décisions. Nous avons totalement sous-estimé ce phénomène et n'y étions absolument pas préparés. Et ce n'était pas vrai uniquement pour notre pays.

La communication a été un point sensible, dès le départ, dans la gestion de crise. La communication politique fut difficile, mais elle s'est améliorée sous le nouveau gouvernement. Elle est toutefois restée assez conventionnelle, dans l'ensemble. Nous avons essayé de communiquer par le biais de conférences de presse, de rapports, et nous avons maintenu de bons contacts avec les médias, mais nous n'avons pas toujours réussi, via ces canaux, à motiver les gens à adhérer à certaines mesures, à se faire vacciner ou se faire tester. Nous n'avons pas toujours réussi à créer l'adhésion. En revanche, vis-à-vis des réseaux sociaux, il n'y avait aucune politique. Nous ne pouvions pas y présenter la gestion de crise ou expliquer ce que nous faisons ni pourquoi, et nous n'avions aucun moyen de répondre à la désinformation qui y circulait. C'est une leçon importante : nous devons travailler sur la manière dont nous communiquons avec la population dans un contexte de crise. Il faut pouvoir se battre avec les mêmes armes. Nous ne sommes absolument pas prêts.

**Outre la communication, y a-t-il d'autres choses que nous aurions dû faire différemment ?**

Il est important, lors de crises mondiales, de rapidement nommer quelqu'un pour gérer. Au départ, les autorités s'appuyaient fort sur les avis d'experts en épidémiologie, infectiologie et en santé publique. Nous avons dû élargir le champ d'action au cours de la crise, nous avons réuni des experts qui avaient un point de vue psychologique ou socio-psychologique.

La multidisciplinarité est essentielle lors d'une telle crise. À ce titre, nous avons bien appris de nos erreurs.

## Atouts et faiblesses

**Le système de santé belge disposait-il d'atouts lors de la pandémie ?**

Nous avons pu capitaliser sur tout ce qui fonctionnait bien, tous les points forts d'avant la crise. En revanche, nous nous sommes heurtés aux points à améliorer, que nous connaissions déjà grâce à des rapports du KCE, de l'OCDE ou à l'enquête de santé.

**« Nous étions trop peu conscients qu'à côté du monde réel et des médias traditionnels, existe aussi un monde virtuel, avec les réseaux sociaux »**

La flexibilité de notre système de soins de santé, tant de la part des prestataires de soins que des gestionnaires hospitaliers qui savaient comment agir rapidement, a été un grand atout. Les hôpitaux, sous la houlette du gouvernement, se sont très vite remis en question. Au niveau de la première ligne, avec les médecins généralistes, nous avons créé des centres de tri qui se sont ensuite transformés en centres de vaccination. L'assurance maladie s'est également montrée flexible, avec la mise en place de nouveaux systèmes de financement. Les téléconsultations, évoquées depuis des années, ont été immédiatement introduites.

**Quelles faiblesses ont constitué un frein pendant la pandémie ?**

J'en vois trois majeures. D'abord, le manque d'attention porté à tout ce qui a trait à l'hygiène de vie et à la prévention. Si, en janvier-février 2020, nous n'avions pas seulement pris des mesures pour stopper la propagation du virus mais aussi lancé un projet pour améliorer la santé de la population, ça aurait eu un impact énorme.

Deuxième faiblesse, la fragmentation de notre système. Nous avions des plans d'urgence pour les hôpitaux, mais uniquement au niveau hospitalier. L'*Hospital & Transport Surge Capacity Committee* (HTSC) devait permettre le transfert, en cas de surcharge, vers d'autres hôpitaux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réseaux existants. Cela a relativement bien

fonctionné car notre secteur hospitalier est limité. Pour la première ligne, c'était plus difficile. Je peux inviter la SSMG et *Domus Medica*, mais il faut aussi réunir les syndicats. Tous n'ont pas la même vision. Certains estimaient que chaque médecin devait gérer son propre cabinet, d'autres étaient plus enclins à envisager des structures communes. Certains médecins généralistes voulaient vacciner en cabinet, d'autres en centres de vaccination.

Troisième point sensible, les soins aux personnes âgées. Plus de 30.000 personnes sont décédées du covid en Belgique, principalement des personnes âgées. Il ne faut pas sous-estimer ce chiffre. Nous nous sommes concentrés, dans un premier temps, sur le secteur hospitalier, après avoir vu des images dans les hôpitaux du nord de l'Italie. Le manque d'investissements, d'expertise et de procédures sur la manière de gérer certains risques infectieux et la transmission ont fait payer un lourd tribut aux soins aux personnes âgées. L'investissement dans des soins de qualité pour les personnes âgées doit rester une priorité.

## Trop de ministres ?

**On s'est parfois moqué de nos nombreux ministres de la Santé, comment évaluez-vous l'impact de cette fragmentation des compétences ?**

Cela fait dix ans que je dis que la répartition des compétences en matière de soins de santé ne contribue pas à une politique de soins de santé ciblée, efficace et efficiente. Mais malgré cette répartition complexe, il y a heureusement beaucoup de collaboration entre administrations. La séparation des pouvoirs reste néanmoins un obstacle à la politique de santé et des soins de santé. Dans ce pays, si l'on veut prendre une décision, il faut d'abord téléphoner pendant une heure pour entendre les bonnes personnes. À un moment donné, nous avons voulu créer de la capacité supplémentaire dans nos hôpitaux. Certains pouvaient le faire dans leurs murs, d'autres voulaient des conteneurs temporaires. Dans le premier cas, il s'agit d'investissements pris en charge par les entités fédérées, et dans le second cas, il s'agit de frais de fonctionnement pris en charge par le fédéral.

Nous avons également un plan de répartition pour transférer les patients vers d'autres hôpitaux lorsqu'un hôpi-

tal saturait. Les transports urgents de patients sont financés par le gouvernement fédéral, tandis que les transports non urgents le sont par les entités fédérées. Nous avons donc dû déterminer si le fait de déplacer des patients pour éviter la sursaturation était urgent ou non. Nous devons vraiment nous pencher sur cette fragmentation des compétences. Aux partenaires politiques de décider comment, dans quelle direction et à quel rythme.

**« Nous ne pouvons pas nous reposer sur nos lauriers. Le risque est réel. »**

## Et si demain...

**Les pandémies continuent de nous menacer, existe-t-il une feuille de route pour les combattre ?**

Il ne se passera pas un siècle, cette fois-ci, avant que nous soyons confrontés à une nouvelle pandémie. Nous avons déjà mis au point toute une série d'outils, de structures et de processus. Ils ont été activés lors d'incidents de moindre ampleur (Mpox, Ebola, grippe aviaire, Marburg). Tout est-il au point ? Certainement pas ! Le test survient lorsqu'un événement majeur se produit. Les structures et processus survivront-ils à ces tests de résistance ? Je ne vais pas dire que nous sommes déjà prêts, car je pense que ce n'est pas correct. Je pense que nous sommes sur la bonne voie, mais il y a encore pas mal de pain sur la planche.

La vigilance reste de mise. Il y a trois ans, la santé publique était la priorité absolue de tous les décideurs politiques. Aujourd'hui, les investissements dans la gestion des crises sanitaires sont revus à la baisse dans tous les pays. Nous devons veiller à ne pas nous retrouver dans la même situation qu'il y a dix ans, lorsque les stocks stratégiques de base n'existaient plus. Nous ne pouvons pas nous reposer sur nos lauriers. Le risque est réel.

**Un entretien de Filip Ceulemans et Eric Derycke (Artsenkrant)**

>> Retrouvez l'interview complète de Pedro Falcon sur notre site : [www.lejournaldumedecin.com](http://www.lejournaldumedecin.com)

# Démence précoce : des solutions pour un parcours de soins sur mesure

Lorsqu'elle touche une population encore relativement jeune et active, la démence précoce présente des défis uniques : diagnostic difficile, impact sur la vie professionnelle et familiale et prise en charge souvent inadéquate. Le KCE propose des recommandations concrètes pour structurer un parcours de soins adapté à ces patients et à leurs proches.

**I**l s'agit de repenser l'organisation des soins existants, d'en renforcer l'accessibilité et de mettre en place des solutions innovantes pour combler les lacunes actuelles. Explications avec Dominique Roberfroid, *senior expert in clinical evaluation and epidemiology*.

**Le journal du Médecin : Quelles sont les différences spécifiques entre démence précoce et tardive ?**

**Dominique Roberfroid :** Premièrement, les causes de la démence précoce sont plus variées. Par exemple, la maladie d'Alzheimer est retrouvée dans 30 % des cas, alors que cette proportion s'élève à 60 % dans la démence tardive. Une neurodégénérescence des lobes frontaux et temporaux est par contre plus fréquente dans la démence précoce, ainsi que des démences secondaires à un autre problème d'origine neurologique (maladie de Huntington, sclérose en plaques), infectieuse (VIH, neurosyphilis) ou toxique (consommation excessive d'alcool). Une mutation génétique (autosomique dominante) est retrouvée dans 15 % des démences précoces et dans 50 % des démences très précoces (début avant 45 ans). En second lieu, assez logiquement, ces causes plus diverses se traduisent aussi par une présentation clinique plus variable, et dès lors par un diagnostic moins facile à poser, surtout dans cette population relativement jeune où l'incidence de la démence est faible (les démences précoces représentent approximativement 4 % de l'ensemble des démences en Belgique).

En sus de l'atteinte cognitive que l'on retrouve également dans les formes tardives, les signaux d'alarme suivants devraient être bien connus des prestataires de soins de première ligne et déclencher une mise au point plus approfondie : 1. une altération d'ordre psychiatrique, comportemental ou

cognitif observée pour la première fois chez une personne de 55 à 64 ans sans antécédents psychiatriques personnels ou une altération d'ordre psychiatrique, comportemental ou cognitif observée chez une personne présentant des antécédents familiaux de démence précoce. 2. des symptômes psychiatriques qui ne sont pas améliorés par les traitements recommandés et/ou par la psychothérapie. 3. des symptômes neurologiques qui surviennent de façon progressive, tels que l'incapacité à exécuter certains mouvements volontaires (apraxie), une paralysie du mouvement vertical des yeux, des problèmes d'équilibre ou des chutes (...).

**« Entre 5.000 et 8.000 personnes âgées de 30 à 64 ans seraient concernées. »**

**Pour quelles raisons la démence précoce débouche-t-elle sur un parcours d'obstacles pour le patient ?**

Un premier problème est le diagnostic souvent posé avec retard, pour les raisons expliquées plus haut. Ensuite, les personnes consultées dans le cadre de l'étude pointent le manque d'organisation et d'expertise de la prise en charge de la démence précoce. De façon générale, les soins proposés sont perçus comme peu spécifiques, mal organisés et mal adaptés à ce groupe d'âge, même dans des structures relativement pointues comme les cliniques de la mémoire. Enfin, l'accessibilité financière et géographique à certains services et soins peut poser problème.

**Des 'case manager' pour aider les patients**

**Que nous apprennent les modèles étrangers ?**

Nous avons examiné les plans

démence nationaux mis en place dans quatre pays voisins : l'Allemagne, l'Angleterre, la France et les Pays-Bas. Aucun de ces plans ne concerne spécifiquement la démence précoce, mais ils abordent tous peu ou prou la problématique des patients plus jeunes. L'objectif premier de ces plans démence nationaux est de soutenir et autonomiser les personnes atteintes de démence (quel que soit leur âge) et leurs aidants proches, et d'aider les patients à conserver une place à part entière dans la société. Dans les quatre pays, les cliniques de la mémoire jouent un rôle de premier plan dans la prise en charge des patients. Dans la plupart des pays, chaque patient se voit attribuer une personne de référence unique, aussi appelée un *case manager*, qui peut servir de point de contact pour les patients, les aidants proches et les autres acteurs de la prise en charge. La France et les Pays-Bas se sont également dotés de centres de référence pour la démence précoce, dont l'objectif est de coordonner la prise en charge et la recherche au niveau macro.

**Quels mécanismes concrets proposez-vous pour améliorer la coordination entre les différents niveaux de soins (soins primaires, spécialisés, sociaux) afin de répondre aux besoins spécifiques des patients atteints de démence précoce et de leurs aidants ?**

Premièrement, le parcours de soins pour les patients atteints de démence précoce doit être clairement défini dans le cadre d'un plan régional/communautaire cohérent et global de lutte contre la démence, comme par exemple le plan démence flamand pour 2021-2025, dont les objectifs sont la prévention de la démence, l'amélioration de la qualité des soins et le soutien aux aidants proches. Ce plan devra également spécifier les moyens dévolus à la mise en

œuvre des interventions et les acteurs qui en sont responsables, ainsi que les dispositions pour le suivi et l'évaluation des activités et résultats.

Deuxièmement, développer (au niveau des entités fédérées) un centre de référence sur la démence précoce permettrait d'élaborer et d'implémenter des directives *evidence-based* actualisées, d'harmoniser les meilleures pratiques et de former les professionnels. Ce centre devrait également servir de pôle d'information sur les ressources et organisations de soutien, et être accessible par le biais d'un site web convivial ou d'autres supports d'information.

Enfin, le parcours des personnes atteintes de démence précoce s'inscrit dans la durée et la multiplicité des acteurs et des institutions. Il est donc important de veiller à ce que tout patient qui en a besoin puisse s'appuyer sur les compétences d'un *case manager* dédié, dont le rôle est de guider le patient et sa famille tout au long du parcours de soins et ce, dès les premiers symptômes. Le *case manager* assure le lien entre les différents dispensateurs de soins et avec les services sociaux et administratifs. Divers profils professionnels existants endossent déjà en partie cette fonction, comme les médecins généralistes, les assistants sociaux des cliniques de la mémoire ou les référents démence dans les maisons de repos.

**Habitat normalisé à petite échelle**

**Y a-t-il suffisamment de places (et l'envie d'accueillir des patients relativement jeunes) dans le résidentiel ?**

Il est difficile de répondre à la question du nombre de places car le nombre exact de patients souffrant de démence précoce en Belgique n'est pas connu. Sur base des données internationales extrapolées à la Belgique, entre 5.000 et 8.000 personnes âgées de 30 à 64 ans





seraient concernées. La proportion de ces personnes qui ne pourraient plus vivre à domicile et devraient être hébergées en institution est encore moins bien connue. On voit cependant émerger depuis quelques années des solutions d'accueil résidentiel proposant un environnement qui se rapproche du domicile privé et permet aux résidents de conserver un maximum de contrôle sur leur vie quotidienne (...).

Comment envisagez-vous de pallier les disparités géographiques et financières dans l'accès aux services spécialisés, notamment en Wallonie et à Bruxelles où le manque d'expertise est criant ?

Tout d'abord, il est important que chaque patient atteint de démence précoce, quel que soit son lieu d'habitation, ait accès à un parcours de soins cohérent incluant une détection précoce de la maladie, un diagnostic coordonné et un accompagnement post-diagnostic multidisciplinaire. Ce dernier recouvre un soutien psychologique adapté à l'âge et centré sur la famille, en particulier au moment du diagnostic, ainsi qu'une rééducation cognitive, des interventions psycho-éducatives et psychosociales, et une adaptation du lieu de vie. Pour atteindre cet objectif, il faut assurer la continuité de l'accompagnement par un *case manager* dédié à chaque patient, promouvoir l'intégration des soins et des services via un plan régional/communautaire cohérent et global de lutte contre la démence, et renforcer l'accès à des informations valides et utiles via des centres de référence sur la démence précoce (...).

## Un entretien de Nicolas de Pape



# 10

years



**Betmiga™**  
mirabegron

improving the lives of **OAB patients**

OAB: Overactive bladder = Vessie hyperactive

	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 β3  
ont un prix équivalent  
au 1<sup>er</sup> janvier 2025<sup>1</sup>

## Traiter avec confiance

- ✓ À ce jour, **> 40 millions** de patients ont été traités par BETMIGA™ pour hyperactivité vésicale<sup>2</sup>
- ✓ **> 23.000 patients** ont participé à **19 essais cliniques**<sup>3-27</sup>
- ✓ 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™<sup>28</sup>

### 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. Each tablet contains 50 mg of mirabegron. For the full list of excipients, see section 6.1. **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 Dosology and method of administration** **Prology. 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 50 mg 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 water. If needed, the dose may be increased to a maximum of 50 mg once daily with water after 2 weeks. During the first 4 weeks of therapy, patients should be individually evaluated for treatment continuation and if the dose is tolerated, at least an additional 4 weeks of treatment should be considered. 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 m<sup>2</sup>), 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 <sup>(1)</sup>	Mild/Moderate*	50
	Severe**	25
	ESRD	Not recommended
Hepatic impairment <sup>(3)</sup>	Mild*	50
	Moderate**	25
	Severe	Not recommended

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>; Severe: eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>; ESRD: eGFR < 15 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>. 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 <sup>(1)</sup>	Mild/Moderate*	25	50
	Severe**	25	25
	ESRD	Not recommended	
Hepatic impairment <sup>(3)</sup>	Mild*	25	50
	Moderate**	25	25
	Severe	Not recommended	

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89  $\text{mL/min/1.73 m}^2$ ; Serum eGFR 15 to 29  $\text{mL/min/1.73 m}^2$ ; ESPO (eGFR < 15  $\text{mL/min/1.73 m}^2$ ) does not establish a necessary for patients with mild to moderate renal impairment. 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. <sup>a</sup>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** *Oxcarbazepine*: 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** *Oxcarbazepine*: *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  $\geq 180$  mm Hg and/or diastolic blood pressure  $\geq 110$  mm Hg. **4.4 Special warnings and precautions for use** **Renal impairment** Betmiga has not been studied in patients with ESPO (eGFR < 15  $\text{mL/min/1.73 m}^2$ ) 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  $\text{mL/min/1.73 m}^2$ ); 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  $\text{mL/min/1.73 m}^2$ ) 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** *Oxcarbazepine*: *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  $\geq 160$  mm Hg or diastolic blood pressure  $\geq 100$  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 antimuscarinic medicinal products for OAB** Urinary retention in patients with bladder outlet obstruction and in patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB has been reported. Urinary retention in patients taking cautions is patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB. Betmiga does not demonstrate urinary retention in patients treated with Betmiga; however, Betmiga should be administered with caution to patients with clinically significant B00. **Effects** 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 Betmigo 50 mg. Tachycardia led to discontinuation in 0.1% patients receiving Betmigo 50 mg. The frequency of urinary tract infections was 2.9% in patients receiving Betmigo 50 mg. Urinary tract infections led to discontinuation in none of the patients receiving Betmigo 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 relates 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 was generally similar in patients receiving mirabegron 110/50 to 110/10, mirabegron 110/50 to <110/50, and mirabegron 110/50 to <110/100; were 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*				
Eye disorders			Eyelid oedema		
Cardiac disorders	Tachycardia	Palpitation Atrial fibrillation			
Vascular disorders				Hypertensive crisis*	
Gastrointestinal disorders	Nausea* Constipation* Diarrhoea*	Dyspepsia Gastritis	Lip oedema		
Hepatobiliary disorders		GGT increased AST increased ALT increased			
Skin and subcutaneous tissue disorders		Urticaria Rash Rash macular Rash papular Pruritus	Leukocytoclastic vasculitis Purpura Angioedema*		
Musculoskeletal and connective tissue disorders		Joint swelling			
Renal and urinary disorders			Urinary retention*		
Reproductive system and breast disorders		Vulvovaginal pruritus			
Investigations		Blood pressure increased			

observed during post-marketing exposure. **Cautious population:** The safety of miniprion tablets and oral suspension was evaluated in paediatric patients aged 5 to 18 years with NDO in a 52-week, open label, baseline-controlled, multicentre, dose-toxicity study. The most commonly reported adverse reactions recorded in this paediatric population were urinary tract infections and rashes. The paediatric patients with NDO, no severe adverse reactions were observed. The safety profile in children and adolescents is similar to that observed in adults. **Reporting of suspected adverse reactions:** Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the national reporting system. **Belgie/Belgique:** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten / Agence fédérale des médicaments et des produits de santé www.fda.mpp.be/AfdelingVlaanderen / Division Vigilance. Website / Site internet: [www.eurhivwerkingnederland.be/](http://www.eurhivwerkingnederland.be/) [www.nodifniefnederland.be](http://www.nodifniefnederland.be) e-mail: [atg@nodifniefnederland.be](mailto:atg@nodifniefnederland.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](http://www.guichet.lu/pharmacovigilance) **Nederland:** Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb Website: [www.lareb.nl](http://www.lareb.nl) **5. PHARMACOLOGICAL PROPERTIES** **Pharmacotherapeutic group:** Urologicals; drugs for urinary frequency and incontinence. ATC code: G04B012.7. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** Astellas Pharma Europe B.V. **OTIS/ED 62 2333 BE** Leiden The Netherlands **8. MARKETING AUTHORISATION NUMBER(S)** **EU/12/809/001 - 006 EU/12/809/008 - 013 EU/12/809/015 - 018** **10. DATE OF REVISION OF THE TEXT** **08/2024** **Delivery status:** subject to medical prescription. Astellas Pharma B.V., NL. **OTIS/ED 62 2333 BE** Leiden, The Netherlands **BE/LU:** Medisaan 50, 1800 Woerden **Belgium** Detailed information on this medicinal product is available on the website of the European Medicines Agency <https://www.ema.europa.eu>

**References :** 1. <https://cdk.buffr.fr/consulte/en/viewer/2020.2>, 2. Data on File [MA-007-00606], Astellas, Periodic Safety Update Report for Mirasgouten 2024, 3. Khutir V et al. Eur. Urol. 2013;362:283–295. 4. ClinicalTrials.gov, NCT008698104. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT008698104>. 5. Nittl WU et al. J. Urol. 2014;191:1388–1395. 6. ClinicalTrials.gov, NCT00662909. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00662909>. 7. ClinicalTrials.gov, NCT00966004. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00966004>. 8. ClinicalTrials.gov, NCT00840645. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00840645>. 9. ClinicalTrials.gov, NCT01043666. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01043666>. 10. ClinicalTrials.gov, NCT00912964. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00912964>. 11. ClinicalTrials.gov, NCT00868868. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT00868868>. 12. Abrams P et al. Eur. Urol. 2015;67(5):577–588. 13. ClinicalTrials.gov, NCT01340027. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01340027>. 14. ClinicalTrials.gov, NCT01638000. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01638000>. 15. ClinicalTrials.gov, NCT01459094. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01459094>. 16. ClinicalTrials.gov, NCT01908829. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01908829>. 17. Herschorn S et al. BJU Int. 2017;120(4):562–575. 18. ClinicalTrials.gov, NCT02045862. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02045862>. 19. ClinicalTrials.gov, NCT02294386. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02294386>. 20. ClinicalTrials.gov, NCT01972641. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT01972641>. 21. ClinicalTrials.gov, NCT02361526. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02361526>. 22. ClinicalTrials.gov, NCT02207773. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02207773>. 23. Kakizaki H et al. J. Urol. 2020;202(2):279–284. 24. ClinicalTrials.gov, NCT02656173. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02656173>. 25. ClinicalTrials.gov, NCT02261214. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02261214>. 26. ClinicalTrials.gov, NCT02757768. Available at: <https://clinicaltrials.gov/study/NCT02757768>. 27. Chapple CR et al. Eur. Urol. 2013;63(2):296–305. 28. Freeman R et al. Curr Med Res Opin. 2018;34(5):785–793.

Astellas Pharma B.V., Sylvisweg 62, 2333 BE Leiden, the Netherlands / Medialaan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium  
R.E.: V. Vanderroost Pharm. D., Astellas Pharma B.V. Medialaan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium  
MAT-BE-BET-2024-00086



# Un pacemaker pour les plus petits

Les technologies médicales continuent d'évoluer vers la miniaturisation et le mini-invasif, une tendance qui s'observe aussi dans le domaine des stimulateurs cardiaques.

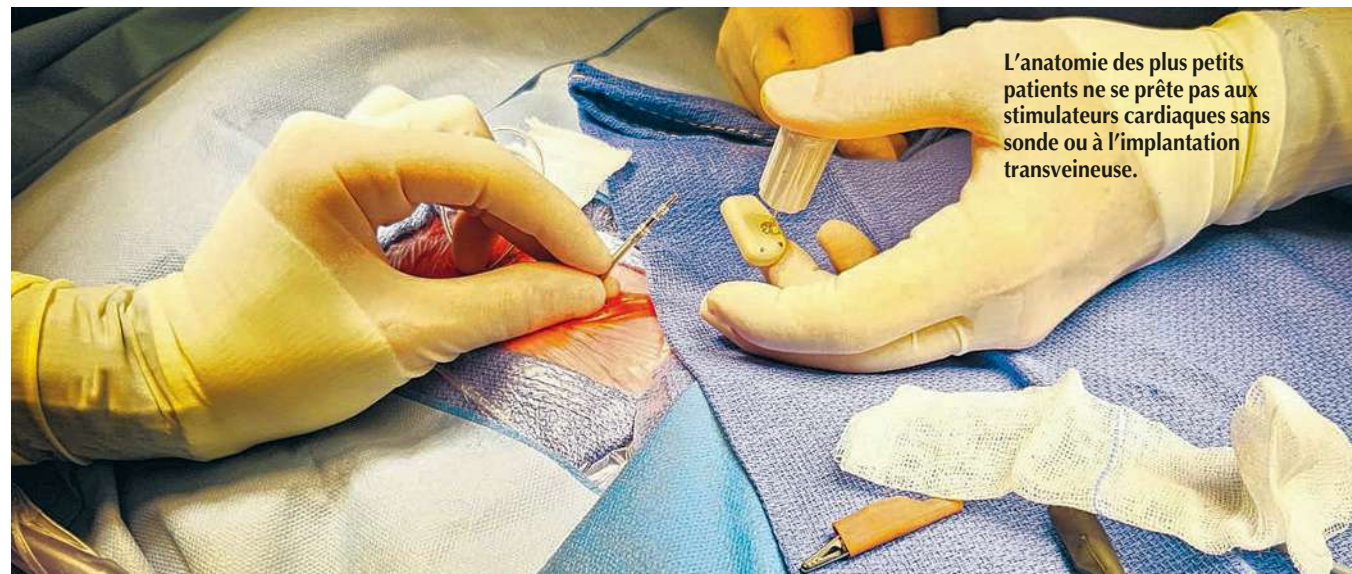
**D**epuis quelque temps déjà, on bénéficie de stimulateurs cardiaques sans sonde pour la population adulte. On les introduit dans la veine fémorale et ils sont implantés directement dans le ventricule droit, sous anesthésie locale. L'époque où il fallait opérer à cœur ouvert tout patient bradycarde semble bel et bien révolue. En octobre dernier, on a implanté pour la première fois en Belgique des mini-pacemakers sans sonde 'double chambre', dans l'oreillette et dans le ventricule, permettant une synchronisation auriculo-ventriculaire.

Il s'agit d'avancées majeures. Mais les cardiologues pédiatriques, en particulier ceux qui s'occupent des nouveau-nés, sont confrontés à des défis supplémentaires. En effet, l'anatomie des plus petits patients, avec leurs vaisseaux et ventricules minuscules, ne se prête pas aux stimulateurs sans sonde ou à l'implantation transveineuse. Pour ces bébés, il faut d'autres approches.

## Traitement temporaire

Même si c'est particulièrement rare, il arrive qu'un enfant ait besoin d'un stimulateur cardiaque dès la naissance, à cause d'un bloc auriculo-ventriculaire (BAV) congénital ou d'un trouble de la conduction lié à une cardiopathie congénitale. « Le pronostic d'un BAV congénital, une fois traité, est bon. Les patients ont, pour la grande majorité, une qualité de vie normale », sait le Dr Christophe Vò, du service de cardiologie pédiatrique des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Ce sont des diagnostics qu'on pose souvent déjà chez le fœtus, à l'écho-(cardio)graphie. « Pour éviter les risques de décompensation cardiaque et de mort in utero – la complication la plus redoutée –, on peut administrer un traitement



L'anatomie des plus petits patients ne se prête pas aux stimulateurs cardiaques sans sonde ou à l'implantation transveineuse.

© Cliniques universitaires Saint-Luc

*transplacentaire pendant la grossesse, pour accélérer le rythme cardiaque du fœtus», explique-t-il.*

Ensuite, à la naissance, il y a plusieurs possibilités. On peut opter pour un pacemaker classique, mais comme le boîtier est très volumineux par rapport à la taille du nourrisson, la cicatrisation est souvent compliquée. La plaie risque de s'infecter et peut nécessiter une reprise chirurgicale. Autre option, c'est

bébé par une sonde. Il s'agit d'un stimulateur cardiaque permanent qui comporte plusieurs avantages pour le nourrisson. « On évite de passer par un traitement temporaire, ce qui raccourcit considérablement l'hospitalisation. Les dimensions du boîtier <sup>[1]</sup> sont adaptées aux patients les plus petits <sup>[2]</sup>, facilitant la cicatrisation, et la procédure chirurgicale reste la même », ajoute le cardiologue. « Elle est même plus facile sur le

*on ne fouille pas dans la littérature, ou qu'on ne participe pas à des congrès internationaux, on n'est simplement pas au courant de ces nouvelles solutions. Les approbations prennent beaucoup de temps, justement, parce qu'elles nécessitent un certain volume d'interventions et que les indications sont tellement rares », dit le Dr Vò. Pour ce patient en particulier, Saint-Luc a obtenu l'approbation de l'AFMPS.*

L'enfant, né vers 35 semaines, a reçu le nouveau micro-pacemaker en décembre. Une première en Belgique. L'intervention s'est bien passée, grâce à une solide coordination entre les différents services des CUSL (obstétrique, néonatalogie, soins intensifs pédiatriques, cardiologie pédiatrique, anesthésie et chirurgie). Le Dr Vò assure le suivi du bébé, qui se porte à merveille. « Le seul inconvénient est que la durée de vie de la batterie est bien plus courte que celle d'un pacemaker classique », indique le spécialiste. « Il faudra réintervenir vers l'âge de 3-4 ans, âge auquel l'implantation d'un boîtier classique sera tout à fait adaptée. »

**Dr Hade Scheyving**



**« Les approbations de nouveaux dispositifs, surtout pour les indications rares, prennent beaucoup de temps. »**

– Dr Christophe Vò

d'instaurer d'abord un traitement intra-veineux à l'isoprénaline. Ce médicament à activité sympathomimétique accélère le cœur temporairement, pour donner le temps au bébé de prendre du poids et de mieux tolérer l'intervention. On peut aussi recourir à un système de pacemaker temporaire, qui consiste à implanter des fils à la surface du cœur et à les relier à un boîtier externe. « Aucune de ces solutions n'est idéale », avoue le Dr Vò. « La durée de l'hospitalisation peut être longue. »

## Petit poids

Il existe une dernière alternative, toute récente : un dispositif qui contient un pacemaker miniaturisé, à implanter en abdominal, que l'on relie au cœur du

*plan technique, car la poche abdominale que l'on doit créer pour implanter le pacemaker est bien plus petite. »*

Christophe Vò a proposé ce micro-pacemaker lorsqu'on a diagnostiqué un BAV congénital chez un fœtus susceptible de naître prématurément. « J'avais entendu parler de ce dispositif spécialement conçu pour les nouveau-nés prématurés ou de petit poids (< 2,5 kg) lors du congrès 'PediRhythm' <sup>[3]</sup>. On en a déjà implanté une cinquantaine aux États-Unis, et les résultats sont excellents », rapporte-t-il.

## Expérimental

Comme il s'agit d'un dispositif à titre expérimental, qui n'a pas encore été approuvé en Europe, les firmes ne sont pas autorisées à faire de la publicité. « Si

[1] 29,4 x 16,6 x 9,6 mm.

[2] Le dispositif est indiqué pour les bébés prématurés ou de faible poids de naissance, mais peut aussi être utile pour des patients pédiatriques avec une sonde gastrique, une stomie, ou un autre problème abdominal.

[3] Le congrès mondial sur les troubles du rythme cardiaque pédiatriques et congénitaux.



# Un labo d'échographie cardiaque aux Cliniques de l'Europe

Naguère réservée aux hôpitaux universitaires, l'accréditation de l'*European Society of Cardiology* (ESC) vient d'être accordée au Laboratoire d'échographie cardiaque des Cliniques de l'Europe (Bruxelles) – une première côté francophone.

L'examen est proposé sur les sites de Sainte-Elisabeth et de Saint-Michel [1] par la Dre Asefeh Defaee, coordinatrice de l'équipe et adjointe à la direction médicale, et la Dre Laurence van der Heart. Pour obtenir son accréditation, l'équipe a collationné 250 cas : « Pour un laboratoire comme le nôtre, ce n'est pas 'beaucoup' puisque nous voyons 15 personnes par demi-journée », précise la Dre Defaee. « L'enjeu était davantage dans le contrôle du référencement des patients, avec la prise en charge de pathologies particulières, et dans la démonstration de la qualité de nos diagnostics. »

Les Cliniques de l'Europe peuvent donc maintenant offrir les mêmes stan-

dards de qualité que les services universitaires, ce qui va permettre, entre autres, de raccourcir les délais. « Les cardiologues qui exercent en extrahospitalier peuvent nous appeler pour demander une évaluation échographique cardiaque 'one shot'. C'est vraiment un point intéressant car le patient n'a pas à faire à un nouveau cardiologue : il reçoit un avis échographique, puis retrouve son médecin habituel. »

## Ouvert au cardiologue comme au généraliste

Quels types de patients pouvez-vous référer vers ce labo ? « Il ne s'agit pas seulement du cardiologue, déjà », précise la spécialiste, « un généraliste confronté à un souffle au cœur et persuadé qu'il y a une

maladie valvulaire en amont peut très bien requérir une évaluation précise chez nous. Certes, c'est moins classique, on envoie généralement d'abord au cardiologue qui, lui, va envoyer chez l'échographiste quand, par exemple, l'évaluation de la maladie valvulaire cardiaque dépasse un niveau de gravité tel que se pose la question d'une éventuelle indication opératoire. » Coût de cette écho ? Elle est remboursée, et les prestataires sont conventionnés, le patient ne paie donc que le ticket modérateur.

Outre les progrès technologiques que permet cet appareillage haut de gamme (d'environ 120.000 euros), les compétences et la formation du personnel apportent une réelle plus-value, « surtout au niveau du référencement des paramètres

que nous mesurons, par exemple pour connaître l'exact degré de la gravité d'une maladie valvulaire et son évolution. Pour parler plus concrètement, pour coder une échographie de consultation, on est obligé de faire neuf images. Au laboratoire d'échographie, on est plutôt sur 40 images... »

Le Laboratoire réalise aussi des échographies transœsophagiennes (ETO), qui complètent l'écho transthoracique grâce à des images beaucoup plus précises, notamment pour les structures valvulaires. « Nous avons une ETO toute fine, beaucoup plus confortable pour le patient », précise notre interlocutrice. Autre domaine où l'équipe apporte une valeur ajoutée : les patients sous chimiothérapie toxique, chez qui on découvre une insuffisance cardiaque après des années. « Les oncologues nous réfèrent désormais les patients pendant leur traitement. En découvrant déjà des anomalies, on peut gagner des années grâce à ce diagnostic précoce. »

Cécile Vrayenne

[1] Numéros pour obtenir un rendez-vous pour vos patients : 02/614.40.10 (site Sainte-Elisabeth) et 02/614.41.10 (Saint-Michel).

## L'ESTOMAC LÉGER en toutes circonstances !<sup>1</sup>

### Antimetil<sup>®</sup>

Extrait de gingembre standardisé à 10% de gingérols<sup>2</sup>

- Dosage optimal
- Excellente tolérance
- Gingembre n°1 depuis 2010<sup>3</sup>

La gamme complète pour toute la famille !



Solution buvable

- ✓ Idéal pour les enfants
- ✓ Idéal en cas de difficultés à avaler



Petits comprimés

- ✓ Facile à avaler
- ✓ Le seul extrait étudié pendant la grossesse en Belgique<sup>4</sup>



Gommes à sucer

- ✓ Pratique
- ✓ Idéal en cas de difficultés à avaler



<sup>1</sup> Le gingembre contribue au bon fonctionnement du système digestif. <sup>2</sup> 1 mg d'extrait standardisé équivaut à 10 mg de poudre de gingembre  
<sup>3</sup> Source IQVIA 2024 - OTC market <sup>4</sup> Laekeman et al. Planta Medica 2021 DOI 10.1055/a-1386-8848

www.antimetil.be

# La diététique préventive

**NUTRITION** Le symposium Resumes (lire page 4) a été l'occasion d'aborder la thématique de la diététique préventive. Viridiana Grillo et Stéphanie Tylleman, toutes deux diététiciennes nutritionnistes, ont rappelé les bases d'une alimentation saine et ont distillé de nombreux conseils à l'attention des médecins généralistes.

## L'ÉPI ALIMENTAIRE

### 5 PRIORITÉS POUR MIEUX MANGER

Pensez à votre santé,  
mangez varié et équilibré.  
Voici les 5 mesures alimentaires  
prioritaires pour les adultes.



**V**iridiana Grillo, cheffe du département diététique à la Haute école Léonard de Vinci, débute sa présentation en insistant sur l'équilibre alimentaire : « Il n'y a pas de bon aliment, pas de mauvais aliment. Ce qui est important est de trouver son équilibre ».

L'équilibre alimentaire repose sur trois piliers : l'aspect quantitatif – « il peut arriver que certains patients en quête de perte de poids ne mangent pas assez » – l'aspect qualitatif et l'ultra-transformation des aliments « qui amène de nombreuses pathologies ».

Les diététiciennes nutritionnistes se basent sur les recommandations alimentaires du Conseil supérieur de la santé (2019), elles-mêmes basées sur les *Food Base Dietary Guidelines* développées par les Nations unies. « C'est sur cette base qu'a été créé l'épi alimentaire (voir image) », explique Viridiana Grillo. « L'épi alimentaire aborde les cinq priorités qui sont la base de l'équilibre alimentaire et qui constituent une priorité pour la prévention. »

« Il s'agit d'un chouette outil d'éducation alimentaire », ajoute Stéphanie Tylleman, fondatrice des centres (para)

médicaux Dietconsult, qui a déjà présenté l'outil lors du symposium 2024 de Resumes dédié à l'obésité.

### Les légumineuses sous consommées

L'experte rappelle d'abord les aliments qui font partie des légumineuses : « Il s'agit des lentilles, des pois chiches, des haricots blancs, des haricots rouges, mais aussi du tofu. Les légumineuses contiennent essentiellement des protéines, des glucides complexes, des fibres, des vitamines B, du fer et du zinc. Cela bénéficie principalement au bon fonctionne-

ment du microbiote intestinal, avec un effet évident sur la régulation du transit. Cela bénéficie également à la prévention du risque de développer des maladies cardiovasculaires, le diabète de type 2 et le développement de certains cancers. » La diététicienne nutritionniste recommande d'en manger l'équivalent d'un point fermé en termes de quantité journalière. Une recommandation loin d'être atteinte en Belgique. « 19,5 % de la population seulement consomment des légumineuses alors que le Conseil supérieur de la santé préconise une consommation d'au moins une fois par semaine à la place de la viande. D'autant plus que c'est une source de protéines à la fois durable et à faible coût, contrairement à la viande et au poisson. »

Stéphanie Tylleman s'est ensuite attelée à comprendre pourquoi, en Belgique, on consomme relativement peu ce type d'aliments, pourtant intéressants au niveau santé. « Il y a diverses raisons : le temps de préparation perçu comme trop long, des difficultés digestives chez certains patients sensibles à la présence de galacto-oligosaccharides, des sucres fermentescibles au niveau du côlon. Il y a également la méconnaissance de recettes. Culturellement, chez nous, on ne sait pas forcément cuisiner les légumineuses. Ce qui fait qu'on n'est pas souvent habitué au goût et à la texture des aliments. »

Comment intégrer les légumineuses dans l'alimentation ? « Dans les salades et les bowls qui sont assez tendance, mais aussi dans les soupes, les veloutés, dans les plats mijotés et les hachés », répond Stéphanie Tylleman. « Une astuce est d'inclure 50 % de légumineuses – des lentilles par exemple – à la place de la viande dans une sauce bolognaise ou dans un hachis parmentier. Le houmous fonctionne aussi très bien pour se mettre aux légumineuses. »

### Les fruits à coque et les graines

Contrairement aux légumineuses, il n'y a pas trop de résistance à en manger auprès des patients. Mais il y a une méconnaissance des recommandations. « Il est recommandé d'en manger 25 g/jour, soit l'équivalent du creux d'une main par jour. Or, la consommation



moyenne de fruits à coque et de graines est de 3 g/jour en Belgique», situe Stéphanie Tylleman. 16 % de la population belge déclarent ne jamais manger de fruits à coque et 52,1 % ne mangent jamais de graines, rappelle en outre le CSS dans son rapport de 2019. «Souvent, on n'en consomme pas, ou alors beaucoup trop.»

«Au niveau du profil nutritionnel, il faut se rappeler que ce sont des matières grasses, des acides gras insaturés. Ils sont donc caloriques et il est important de respecter le dosage, au risque de prendre du poids. C'est d'ailleurs une excellente manière d'apporter des calories saines aux patients en demande de prendre du poids.»

Côté santé, la consommation de graines et de fruits à coque est principalement bonne pour la santé cardiovasculaire. «Cela est également bénéfique pour réguler la glycémie, soutenir le système immunitaire et réduire le risque de certains cancers», ajoute la diététicienne nutritionniste.

Comment les consommer ? «Il faut privilégier les fruits à coque non enrobés, non sucrés, non salés. Ils s'intègrent facilement dans l'alimentation (mélanges de céréales, muesli, salades, mais aussi purées à tartiner)», conseille Stéphanie Tylleman.

## L'alimentation et le cancer colorectal

Viridiana Grillo s'appuie sur une mini-revue parue en 2021 dans *Hépatogastro et oncologie digestive*<sup>[1]</sup> pour aborder la nutrition et la prévention primaire du cancer colorectal. Une autre manière d'aborder les trois pointes restantes du fameux épi alimentaire qui guide la présentation des deux femmes. «Les points importants de la prévention sont la diminution d'alcool, de viande rouge (max 500 g/semaine) et de charcuterie (max 150 g/semaine). Il faut aussi augmenter la consommation de fibres alimentaires et la revue souligne l'effet protecteur des produits laitiers.»

La diététicienne nutritionniste s'intéresse d'abord à la viande rouge. «Il

s'agit de toutes les viandes qui ne sont pas des volailles», recontextualise-t-elle. «Les viandes transformées sont toutes les charcuteries.» Le CSS recommande de consommer maximum 300 g/semaine de viande rouge et 30 g/semaine de viandes transformées. «Si l'on consomme 100 g/jour de viande rouge, le risque de développer un cancer colorectal augmente de 12 %. Il augmente de 16 % si l'on consomme 50 g/jour de viandes transformées ou de charcuterie.»

Viridiana Grillo aborde ensuite les fibres par le biais des produits céréaliers complets et des fruits et légumes. «Le CSS recommande la consommation de 30g de fibres par jour. Mais il n'est pas toujours facile de savoir où les trouver. On y est à peine dans 125g de produits céréaliers complets, la première priorité au niveau de l'épi alimentaire. On en trouve aussi dans les fruits et légumes. On entend souvent 'cinq fruits et légumes par jour', mais en réalité, on conseille de manger 250g de fruits par jour – soit deux fruits de la taille d'une pomme – et 300g de légumes, soit un potage à midi et une portion de légumes le soir par exemple.» En consommer suffisamment diminue le risque de développer des cancers, dont le cancer colorectal.

La diététicienne nutritionniste termine sa présentation par les produits laitiers. «On entend souvent en consultation que le lait, ce n'est pas pour les adultes, ou que ce n'est pas bon pour les enfants. En réalité, ce n'est pas si mauvais que ça. Il y a des vitamines, des protéines et un effet protecteur, notamment sur le risque de développer un cancer colorectal puisqu'un verre de lait par jour diminue le risque de développer la maladie de 13 %. Ne bannissez donc pas les produits laitiers de votre vie.»

Laurent Zanella

<sup>[1]</sup> Vanessa Cottet. Nutrition et prévention primaire du cancer colorectal. *Hépatogastro & Oncologie Digestive*. 2021 ; 28(5) : 561-568. doi : 10.1684/hpg.2021.2171

## Messages clés

1. L'alimentation est une des pierres angulaires de la prévention. Les recommandations de l'alimentation équilibrée belge tiennent compte des études de prévention.
2. Ne bannissez pas les produits laitiers, ils peuvent aussi être utiles.
3. Ne laissez pas vos patients à des régimes sans résidus, ni pauvres en fibres trop longtemps.

### DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT SPASCUPREEL comprimés

**COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 comprimé de 301,5 mg contient : Aconitum napellus D6 60 mg; Ammonium bromatum D4, Atropinum sulphuricum D6, Colocynthis D4,

Gelsemium sempervirens D6, Magnesium phosphoricum D6, Veratrum album D6 à 30 mg; Agaricus muscarius D4, Chamomilla D3, Cuprum sulphuricum D6, Passiflora incarnata D2 à 15 mg. Excipients : Lactose monohydraté, Stéarate de magnésium

**FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimés **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Spascupreel est un médicament homéopathique contenant des composants traditionnellement utilisés dans le traitement symptomatique des spasmes et crampes des muscles lisses du système gastro-intestinal et urogénital, p. ex. le syndrome du côlon irritable, les crampes menstruelles et les spasmes des voies urinaires ; et des spasmes et crampes des muscles striés, p.ex. tensions douloureuses du bas du dos ou torticolis. Ce médicament homéopathique est utilisé selon les principes de la médecine biorégulatoire. Il est recommandé de consulter un médecin afin d'exclure toute affection grave avant le début du traitement. **Posologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Prendre 1 comprimé 3x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1/2 heures à 1 heure, 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 de 2-5 ans : Administrer 1 comprimé 1 à 2x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 6 comp./jour). Si aucune amélioration des symptômes n'est observée dans les 7 jours, un médecin devra être consulté.

**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 morcelés 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. **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 galactose, 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** : Dans certains cas isolés, des allergies transitoires peuvent survenir. La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, Booiebos 25, B-9031 Dronen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE512720 **MODE DE DÉLIVRANCE** Délivrance libre **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 02/2022 Plus d'informations disponibles sur demande.

1 Weiser M, Reus V. Treating spasmodic conditions with Spascupreel: results of a prospective study. *Biologische Medizin*. 2000;29(1):14-17.

2 RCP Spascupreel® comprimés, Juin 2017.

# Spascupreel®

Le seul myorelaxant  
sûr à large spectre



- Soulage efficacement et rapidement les crampes et spasmes<sup>1</sup>
- Pas de somnolence<sup>2</sup>, bien toléré<sup>1</sup>
- Usage aigu et chronique<sup>1</sup>

Disponible en comprimés et ampoules.

**-Heel**

# Le renouveau des thérapies assistées par psychédéliques



Lors d'un webinaire Epsilon\*, la Dre Caroline Depuydt et Laëtitia Vanderijst ont donné un aperçu des modalités pratiques de ces psychothérapies qui invitent à revisiter la clinique psychiatrique.

**P**ourquoi parler de renouveau ? Pour y répondre, Laëtitia Vanderijst reprend une citation de Stanislav Grof, psychiatre tchèque spécialiste de la recherche sur les états modifiés de conscience : « Les psychédéliques, utilisés de manière responsable et avec les précautions qui s'imposent, seraient, pour la psychiatrie, ce que le microscope est pour la biologie et la médecine. »  
**Le journal du Médecin : Quels sont les usages des psychédéliques ?**

**Dre Caroline Depuydt, directrice médicale Clinique Fond'Roy :** Les psychédéliques sont des substances extrêmement puissantes, à utiliser avec sagesse et dans un encadrement serré. Certains estiment qu'il faudrait les libé-

raliser de façon large, ce n'est pas mon cas. On distingue l'usage récréatif (MDMA...) - que je déconseille formellement -, l'utilisation dans un cadre « spirituel » d'exploration de soi et le cadre thérapeutique. Ces substances étant encore interdites en Belgique (sauf l'eskétamine), elles ne peuvent être utilisées que dans le cadre d'un protocole de recherche, tel que l'étude menée par Laëtitia Vanderijst sur le sevrage de l'alcoolisme au CHU Brugmann (*lire JdM du 6/9/2024*).

Les psychothérapies assistées par la psilocybine sont utilisées dans la dépression résistante, les abus et dépendances, l'anxiété liée aux maladies en phase terminale ; la MDMA, dans les troubles de stress post-traumatique. Il y a d'autres

indications potentielles : ces substances jouent sur la flexibilité mentale, on ne se focalise pas sur un diagnostic, mais plutôt sur des processus mentaux. Ainsi, dans les troubles des conduites alimentaires, on sait que la rigidité mentale est à l'avant-plan, on peut donc imaginer que des psychédéliques peuvent permettre le travail thérapeutique.

**Laëtitia Vanderijst, psychologue, chercheuse FNRS ULB :** On parle de flexibilité psychologique et de savoir incarné : dans les expériences psychédéliques, on vit quelque chose, pas seulement au niveau cognitif mais aussi au niveau somatique et émotionnel. Les personnes témoignent ressentir de l'auto-compassion, ce qui peut chambouler un processus thérapeutique.

**Les psychédéliques sont-ils dangereux et addictifs ?**

**C. D. :** C'est une des grandes réticences, il faut les utiliser avec prudence. La dangerosité d'une substance est classée selon quatre critères : le pouvoir addictif, le préjudice causé au consommateur, le préjudice causé à la société et le rapport dose efficace/dose létale. En termes de mortalité et morbidité, l'alcool est le plus dangereux, suivi par l'héroïne, le crack, la cocaïne, les benzodiazépines, la kétamine... La plus létale, c'est l'héroïne. Les psychédéliques arrivent en bas du classement, leur ratio de létalité est très faible : 1/1.000 pour le LSD et la psilocybine (vs 1/10 pour l'alcool et 1/21 pour le tabac). Est-ce addictif ? Ces produits activent peu le circuit dopaminergique (sauf la MDMA), ce qui provoque moins de dépendance. La psilocybine active principalement les récepteurs sérotoninergiques, mais il y a une tolérance très rapide. Tout ça rend ces produits relativement peu addictifs, même si on voit les problèmes de la kétamine en rue, mais elle est alors souvent mélangée à d'autres substances.

**Quels effets provoquent-ils ?**

**C.D. :** Un état de conscience modifié, principalement une intensification de l'expérience émotionnelle vécue, une hyperassociation et un estompage ou une dissolution des limites du corps ou de l'ego, qui peut aller vers des états mystiques, une profonde connexion avec le monde. La psilocybine provoque des modifications de la perception, le LSD induit un peu de béatitude, d'expérience mystique, la MDMA a des effets empathogènes et entactogènes. On distingue les effets immédiats qui peuvent durer cinq à dix heures (modifications de la perception, de la cognition et des émotions), les effets résiduels pendant quelques heures à quelques jours (état d'amélioration psychologique), puis les effets thérapeutiques à long terme. Ces molécules créent une fenêtre de plasticité neuronale : les connexions se font plus, on trouve plus de nouvelles solutions et l'accompagnement thérapeutique à ce moment-là peut donc être par-



ticulièrement riche. Certains patients ont l'impression d'avoir fait 15 ans de psychothérapie en un week-end!

### Comment se déroule une thérapie assistée par psychédéliques?

C.D. : Il y a trois étapes clés : préparation, administration et intégration. Pendant la préparation, on évalue la demande, les attentes et motivations du patient et surtout, on l'informe sur la substance et ses effets. Quand on prend des psychédéliques, il y a deux grandes peurs, devenir fou et mourir. Ces deux impressions arrivent régulièrement, mais on ne reste pas coincé dedans, il faut donc pouvoir accompagner, prévenir et donner à la personne l'idée que c'est important d'accepter l'imprévu. On obtient le consentement éclairé et on évalue les indications, interactions médicamenteuses et contre-indications notamment psychiatriques (troubles psychotiques et bipolaires, trouble de la personnalité grave...).

Dans la séance d'administration, le set et le setting sont essentiels. Le set fait référence à l'état mental de la personne, ses attentes, sa préparation psychologique, la relation de confiance avec les

thérapeutes. Le setting correspond à l'environnement physique et social dans lequel la session se déroule (chambre chaleureuse...). Le patient se couche avec un masque sur les yeux et un casque de musique (la playlist est très importante). Les patients reçoivent des doses de psilocybine de 15 à 25 mg ou une dose de LSD (100 à 200 µg). La dose de MDMA (75 à 125 mg) peut se donner en une ou deux prises (booster pendant la séance).

### Il y a trois étapes clés dans la thérapie assistée par psychédéliques : la préparation, l'administration et l'intégration.

L. V. : Un thérapeute est toujours présent pendant les six à huit heures de l'expérience. On accompagne sans intervenir dans le processus, sauf à la demande du patient ou s'il y a une détresse très importante.

#### Quels sont les risques?

C. D. : Il ne faut pas idéaliser ces substances, comme avec tous les médica-

ments, il y a des effets secondaires : anxiété, flash-backs temporaires ou récurrents (troubles persistants des perceptions). C'est extrêmement rare, mais pas inexistant. Il y a le syndrome sérotoninergique, des effets secondaires physiques (palpitations, augmentation de la pression artérielle et de la température corporelle, céphalées, nausées...).

#### À quoi sert l'intégration?

C. D. : L'intégration a pour but d'aider le patient à mettre du sens sur l'expérience subjective vécue et à l'utiliser au profit de son travail psychothérapeutique. Cela peut inclure la définition de nouveaux comportements, la réévaluation des croyances ou l'élaboration de nouvelles stratégies d'adaptation. C'est une des questions que posent les thérapeutes : « *Quelle est la première chose que vous allez mettre en place ?* » Après les séances d'intégration, il y a un suivi régulier pour s'assurer que le patient continue à bénéficier des effets positifs de l'expérience. Par exemple, en réécoulant la playlist, il peut revivre un peu cet état, de nouvelles révélations peuvent naître des mois, des années après... Le travail psychothérapeutique est sans fin.

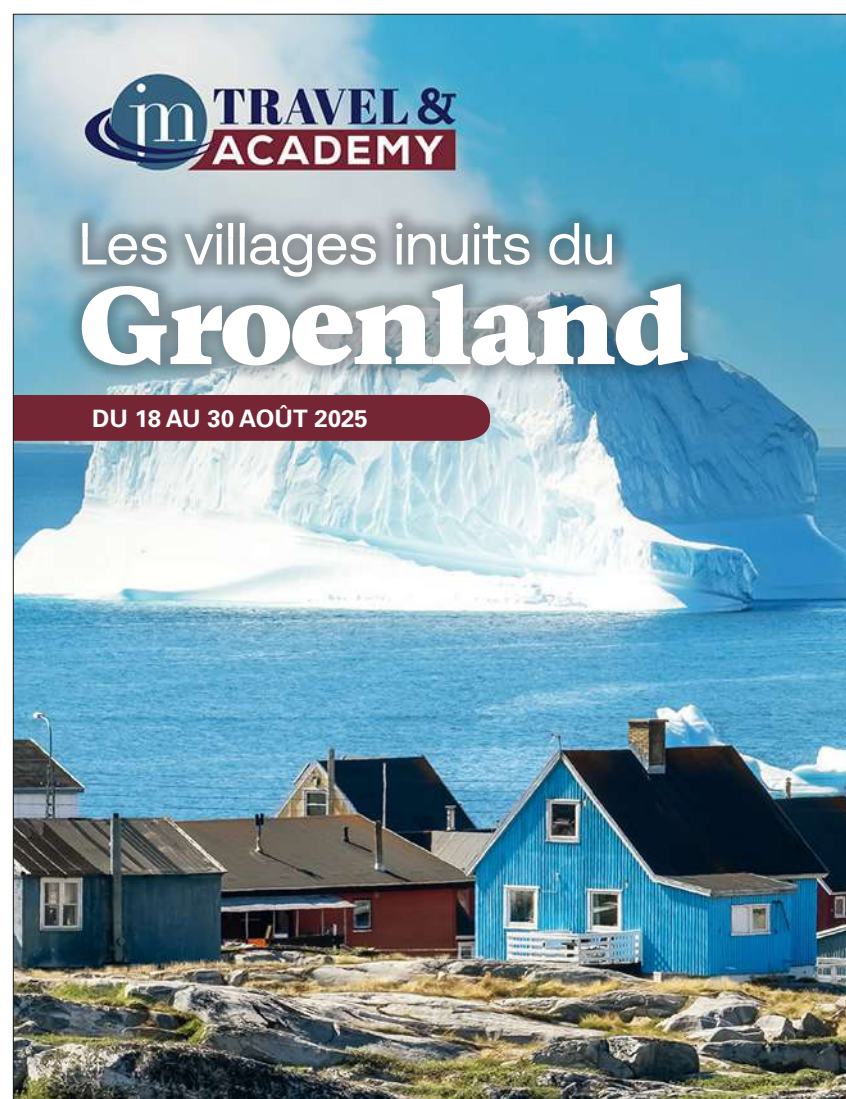
L. V. : Ce n'est pas une pilule magique, il faut avoir une part active dans le processus. Parfois, les psychédéliques peuvent nous confronter à des réalités inconfortables, ça peut être difficile pour l'ego, ça nécessite d'avoir une personne ressource. Parfois, les gens vont aller mieux pendant un temps limité, il est intéressant de profiter de cette période pour implémenter des changements structurels.

### Faut-il avoir soi-même fait l'expérience psychédélique pour accompagner des patients?

C. D. : Beaucoup le recommandent parce que l'état modifié de conscience sous psychédéliques est difficile à décrire. On ne peut évidemment pas conseiller ça dans un pays où ce n'est pas légal. Ceci dit, il y a différentes façons de vivre des états conscience modifiés sans prendre de substances : par la méditation, la respiration éleutropique, la trans cognitive auto-induite... En même temps, en tant que psychiatre, je n'ai pas essayé les neuroleptiques, ni les benzos...

Martine Versonne

\* www.epsyron.be, 9 décembre 2024



Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.

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 2025 :

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

Une demande d'accréditation sera demandée

### Pour réservation et informations

veuillez contacter Rivages du Monde via [info@rivagesdumonde.be](mailto:info@rivagesdumonde.be) ou par tél. 02 899 75 46

Ou surfez sur [www.jmacademytravel.be](http://www.jmacademytravel.be) pour demander votre brochure gratuite

# Un renforcement de l'obligation d'information sur le coût des soins

Dans la relation triangulaire entre les médecins, les patients et les organismes assureurs, de récentes évolutions législatives imposent des obligations supplémentaires à charge des médecins pour satisfaire à leur devoir d'information sur le coût des soins. Ces obligations supplémentaires sont à l'égard du patient mais également envers les organismes d'assureur afin de garantir une plus grande transparence.



**D**epuis plusieurs années, les patients ont le droit d'être informés sur les aspects financiers d'un traitement. Cela comprend notamment le statut de conventionnement du professionnel des soins de santé et le fait qu'il demande ou non des suppléments d'honoraires. Cette obligation d'information a été renforcée par deux évolutions normatives récentes.

## Afficher ses tarifs

Par un arrêt du 6 septembre 2021 [1], la Cour de cassation a considéré qu'un hôpital était tenu de fournir au patient, de sa propre initiative, des informations sur le statut de conventionnement ou non du médecin, ainsi que sur les répercussions financières de son intervention. Elle a également considéré que le patient ne devait être tenu d'accomplir aucune démarche spécifique pour prendre connaissance de ces informations. Peu après cet arrêt, le législateur a adopté la loi du 27 octobre 2021 modifiant l'article 73, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après, «loi AMI»), concrétisant et renforçant ainsi l'obligation d'information financière sur les soins.

Les dispensateurs de soins sont désormais tenus d'informer les patients sur les «tarifs les plus courants» et doivent utiliser à cette fin un «modèle d'affichage» établi préalablement pour chaque groupe professionnel. Trois informations doivent être communiquées : le montant de l'intervention de l'assurance, le montant de la quote-part personnelle, et, le cas échéant, le montant maximum du supplément pratiqué.

## Comment fournir ces informations ?

Ces informations financières devront être diffusées dans le cabinet du dispensateur de soins et éventuellement en ligne au moyen d'un «affichage» clair et lisible. L'Inami précise que cet affichage peut se faire dans la salle d'attente dans un cabinet privé, et, en ce qui concerne les hôpitaux, aux endroits où le dispensateur de soins exerce en ambulatoire et pour son propre compte. Cet affichage peut aussi se faire via les canaux en ligne.

Dans les hôpitaux, l'obligation d'affichage s'applique uniquement à l'ensemble des prestations effectuées en ambulatoire. Pour les autres prestations facturées obligatoirement via la perception centrale, il existe déjà des mesures

en vue de rendre le tarif transparent pour le patient. Les mesures sont donc harmonisées entre les prestations ambulatoires et en hospitalisation à cet égard. Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2024, les premiers modèles d'affichage destinés à diverses professions des soins de santé ont été publiés. Cela ne concerne toutefois pas encore les médecins.

**Ces informations financières devront être diffusées dans le cabinet du dispensateur de soins et éventuellement en ligne au moyen d'un affichage clair et lisible.**

## Obligation d'information complémentaire à charge du médecin

La loi du 6 février 2024 a modifié l'article 8 de loi relative aux droits du patient consacrant le droit au consentement éclairé du patient. La disposition prévoit désormais que le professionnel des soins de santé informe le patient des répercussions financières de l'intervention dans le respect de l'article 73, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi AMI. Ainsi, le professionnel des soins de santé doit fournir, d'une part, des informations sur son statut de conventionnement et ses tarifs les plus courants. D'autre part, il doit respecter les dispositions générales de la loi relative aux droits du patient lors de la transmission de ces informations.

Cela signifie entre autres que ces informations doivent être fournies «dans un souci de qualité et d'une manière adaptée au patient», et que «le professionnel des soins de santé prévoit à cet effet le temps suffisant et invite le patient à poser des questions». Le patient peut par ailleurs demander une confirmation

des informations fournies, par écrit ou par voie numérique. Le professionnel des soins de santé peut lui aussi, s'il l'estime pertinent pour le patient, confirmer ces informations par écrit ou par voie numérique.

## Quelles sanctions en cas de non-respect ?

Une nouvelle sanction est prévue à l'article 73, paragraphe 1<sup>er</sup>, de la loi AMI : si les prestataires n'informent pas préalablement les bénéficiaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords ou aux conventions, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées à ce moment. Selon l'article 168, alinéa 5, de la même loi, les praticiens que ne respectent pas l'obligation d'information risquent une amende administrative de 1.000 euros.

La Commission fédérale de contrôle de la pratique des soins de santé pourrait également imposer certaines mesures - telles qu'un plan d'amélioration ou une mesure en matière de visa - aux professionnels qui violent la loi relative aux droits du patient.

À ces sanctions s'ajoutent encore celles prévues par la déontologie des professionnels de soins. L'objectif est que tout patient puisse être informé des coûts de ses soins de santé et dispose d'une information claire sur les conditions financières auxquelles toutes les prestations de soins lui sont fournies ainsi que sur la destination des suppléments d'honoraires qui lui sont facturés.

**Elvira Barbé, Sarah Ben Messaoud, et Lucas Fontaine, avocats**

[1] Références et notes de bas de pages disponibles sur la version web de cet article accessible sur notre site internet [www.lejournaldumedecin.com](http://www.lejournaldumedecin.com)



## Quelles informations mentionner dans les documents justificatifs pour les mutualités ?

Ces nouvelles obligations d'information destinées aux patients ne sont pas les seules modifications récentes. Avec l'adoption de la loi du 18 mai 2022, le législateur étend les informations à transmettre aux mutualités. L'objectif poursuivi avec cette loi est de permettre aux mutualités d'assurer tant leur mission légale de défense proactive des droits de leurs membres que leur rôle de cogestion de l'assurance soins de santé.

Ainsi, les médecins doivent maintenant transmettre aux organismes assureurs, dans un souci de transparence, des informations liées à leurs prestations, qu'elles soient « non-remboursables » ou « non-remboursées ». Pour ces informations, des pseudocodes (ou « codes de transparence ») sont créés.

### Prestations non-remboursables

Des données complémentaires doivent être transmises aux organismes assureurs par les dispensateurs de soins lorsqu'ils fournissent des prestations « non-remboursables », que celles-ci soient effectuées indépendamment ou non de toute autre prestation. Ainsi, depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, les médecins doivent communiquer aux organismes assureurs le montant des suppléments d'honoraire qu'ils facturent pour leurs prestations médicales ambulatoires qui sont remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé lorsqu'ils facturent électroniquement (catégorie 1).

À cet égard, depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2024, les médecins peuvent préciser les raisons pour lesquelles ils attestent un supplément d'honoraire en indiquant un « code de transparence ». Avec ces codes, créés par le règlement du 7 août 2024 établissant les

pseudocodes pour les données supplémentaires à transmettre aux organismes assureurs par les médecins, les médecins communiquent une description des prestations en plus du simple montant du supplément d'honoraires.

### Prestations non remboursées

En outre, la loi renforce les informations devant figurer dans les documents justificatifs, tels que les factures adressées aux patients, pour y inclure certaines informations sur les suppléments d'honoraires pour des prestations ambulatoires qui ne sont pas remboursées. On distingue :

- Les prestations de soins remboursables *in abstracto* mais qui ne sont pas remboursables *in concreto* parce qu'il n'est pas satisfait aux conditions de remboursement (catégorie 2) ;
- Les prestations de santé « exclusivement non remboursables », qui ne donnent pas lieu à une intervention de l'assurance obligatoire et qui ne sont pas portées en compte au bénéficiaire en même temps que des prestations donnant lieu à une telle intervention (catégorie 3) ;
- Les prestations qui ne sont reprises ni totalement, ni partiellement dans la nomenclature des prestations de santé (catégorie 4).

Pour ces trois catégories de données, outre que des codes de transparence à destination des organismes assureurs sont également créés avec l'adoption du règlement du 7 août 2024, le montant facturé doit être communiqué en complément du code de nomenclature lorsque celui-ci existe pour la prestation en question. Dans ce cas, le code de transparence est donc un « accessoire » au code de nomenclature.



# 4,5%

DE RENDEMENT !

ÇA RISQUE D'ÊTRE CONTAGIEUX...

Pour votre **prime INAMI**, vos **solutions de pension** (PLCI, PLCI sociale, CPTI, EIP) et vos **assurances**, Amonis est le partenaire idéal. Amonis est une société not-for-profit, sans actionnaires à rémunérer, ses rendements profitent pleinement à ses membres : **4,5% de rendement global net octroyé en 2021, 2022 et 2023\*** et **0% de frais de gestion**. En 2023, comme en 2022 et 2021, nos membres ont pu compter sur des conditions exceptionnelles.

Intéressé(e) ?  
Appelez-nous au 0800 96 113  
ou scannez le QR code



## AMONIS

Votre futur  
mérite  
un expert

\*4,5% de rendement global net octroyé en PLCI, PLCI sociale et CPTI, selon les conditions d'octroi. Les rendements du passé ne constituent pas une garantie pour le futur.



# Dois-je mettre des PME dans mon portefeuille?

Nombre de stratégestes attendent avec impatience que les petites et moyennes entreprises cotées, à la traîne ces dernières années, prennent leur revanche sur les ténors de la bourse. Avec quels arguments? Et l'investisseur doit-il suivre? Il y a toutefois une autre piste...

**A** la traîne? C'est frappant aux États-Unis, où l'indice Russell 2000 sert de référence aux « petites » entreprises, ou supposées telles. Après avoir longtemps évolué de concert avec l'indice S&P 500, mesure classique de la bourse américaine, l'indice Russell 2000 a complètement décroché à partir de 2021 : il n'a gagné que 10 % environ en quatre ans, pendant que le S&P 500 flambait de 62 %. Une misère...

Même topo en Europe. L'indice STOXX 600, reflet de l'ensemble des bourses européennes, a gagné 32 % depuis le début 2021, plus ou moins en ligne avec les moyennes historiques. Quant au STOXX Small 200, qui reprend donc les 200 entreprises les moins importantes de l'indice précédent, il s'est apprécié de... 3 % à peine! Autant dire quatre ans pour rien. Ce triste constat va-t-il, cette année, céder la place à la revanche tant attendue? Les investisseurs seraient-ils bien inspirés de glisser un fonds spécialisé en PME dans leur portefeuille?

## Jamais vu en 30 ans!

Responsable des *small & mid caps* chez JP Morgan, **Eduardo Lecubarri** s'est montré particulièrement enthousiaste lors d'une interview sur la chaîne américaine CNBC: « Je n'ai jamais discerné une telle opportunité en 30 ans! », s'est-il exclamé à propos des petites et moyennes capitalisations. Un argument

de poids: leur très faible valorisation, du jamais vu. Pas étonnant, puisque 40 % des entreprises concernées ont perdu plus de 40 % de leur valeur boursière depuis 2021, a-t-il calculé, et ceci aussi bien aux États-Unis qu'en Europe. Par ailleurs, les PME sont souvent très intensives en main-d'œuvre. Elles pourraient donc profiter très largement des gains de productivité induits par cette fameuse intelligence artificielle, qui draine aujourd'hui l'attention sur les géants de la cote.

« On observe de plus en plus de signes qu'un renversement de tendance est en vue, les acteurs du marché devenant plus optimistes », observe pour sa part **Philipp Schweneke**, co-responsable des actions européennes chez le gestionnaire d'actifs DWS. Parmi ses arguments: l'amélioration conjoncturelle qui se dessine en Europe, les indicateurs ayant cessé de se dégrader. « Si ceux-ci continuent de s'améliorer dans l'Eurozone, les petites et

moyennes capitalisations ont de bonnes chances de mieux performer que la moyenne. » Il met dès lors l'accent sur les entreprises industrielles et celles axées sur la consommation. Un double élément de poids: la hausse des bénéfices des PME est attendue deux fois plus importante que celle des grandes entreprises, alors que les premières sont valorisées à un niveau historiquement faible. Sous-entendu: leurs cours de bourse ne tiennent donc pas encore compte de ce sursaut attendu des bénéfices.

## La menace des taux d'intérêt

Le troisième argument avancé par le gestionnaire est toutefois beaucoup moins convaincant en ce moment, puisqu'il s'agit de la baisse des taux d'intérêt. Elle devrait selon lui (et selon de nombreux confrères) profiter aux petites et moyennes entreprises davantage qu'aux poids lourds de la cote. Le pro-

blème, c'est que les taux à long terme ne baissent pas, mais augmentent au contraire ces dernières semaines (lire ci-contre: *Alerte, les taux remontent!*).

L'environnement actuel incite dès lors à une certaine réserve, même si les qualités intrinsèques des PME ne sont pas remises en cause. Sur dix ans, en Europe,

**La hausse des bénéfices des PME est attendue deux fois plus importante que celle des grandes entreprises, alors que les premières sont valorisées à un niveau historiquement faible.**

elles ont enregistré un doublement de leurs bénéfices, deux fois plus que les grandes entreprises, souligne ainsi une étude du groupe AXA. Parmi les fonds axés sur les PME proposés en Belgique, on retient le *Equities small & mid caps* de

## Quelques belles performances quand même!

Une moyenne est en quelque sorte l'arbre qui cache la forêt: la plupart des fonds performant tantôt mieux, tantôt moins bien que cette moyenne. Alors que les PME américaines cotées affichent, pour 2024, 12 % environ de return (le rendement des dividendes ajouté à l'évolution des cours de bourse),

deux importants fonds européens axés sur ce thème ont performé deux fois mieux environ. Le *Small cap Privilege* de BNP Paribas se targue ainsi de 26,4 %, tandis que le *Capital Growth US Select* du groupe Robeco affiche 21,6 %. Il avait remarquablement limité les dégâts (-1,6 %) durant la terrible année 2022, ce

qui lui vaut une performance remarquable de 72,5 % sur cinq ans. Le fonds de BNP Paribas avait trébuché en 2022, mais cela ne l'empêche pas de se situer quasiment au même niveau, avec +71,85 % sur cinq ans.



Belfius (+4,9 % en 2023 et -5 % en 2024), l'EMU small & medium caps classic de KBC/CBC (+10,8 % en 2023 et -2,45 % en 2024), ou encore le Small cap classic de BNP Paribas (+8,3 % en 2023 et +6,7 % en 2024).

Cap sur le reste de la cote!

Plus que les small & mid caps, que les professionnels se plaisent à résumer par smid, mais finalement dans le même esprit, une autre piste se dessine pour les investisseurs, un autre rattrapage même : celui des « autres » (grandes entreprises) par rapport aux divas de la cote. C'est le grand thème à la mode aux États-Unis, au point qu'on y a créé des fonds indiciels (ETF) basés sur les 500 actions de l'indice S&P 500 moins les fameuses « 7 magnifiques », autrement dit sur les 493 autres. Ou, tout récemment, sur les 492 autres, certains ayant ajouté Broadcom à Alphabet (Google), Amazon, Apple, Meta, Microsoft, Nvidia et Tesla.

Autre approche allant dans le même sens : le recours à un indice dit équilibré. Dans la plupart des indices boursiers, les sociétés sont représentées proportionnellement à leur valeur

(capitalisation) boursière. Avec des cours qui s'envolent, les divas ci-dessus pèsent actuellement pas moins d'un tiers de l'indice S&P 500 et interviennent pour deux tiers de la hausse de l'indice ! Tant mieux pour les fonds indiciels, mais si les autres

actions performant mieux à l'avenir, un sentiment qui gagne du terrain, ce sera cette fois... tant pis ? Sauf à miser sur un indice équilibré, dans lequel chaque société a le même poids. En ce début 2025, les « autres » se portent beaucoup

mieux : sur les 3 premières semaines de l'année, l'indice équilibré affichait un progrès de 3,92 %, contre 2,84 % pour le S&P 500 normal. Voilà peut-être la piste à suivre en 2025.


Guy Legrand

Alerte : les taux remontent !

C'était un des principaux éléments des scénarios économiques et des stratégies d'investissement pour 2025 : la baisse des taux. Entamée en 2024, elle devait très naturellement se poursuivre cette année. Les choses ne se passent toutefois pas (du tout) comme prévu. Seuls les taux à court terme s'inscrivent en baisse depuis l'été dernier, dans le sillage des baisses de leur taux de base décidées par les banques centrales. Ainsi l'obligation à un an de l'État belge a-t-elle vu son rendement chuter de 3,6 % encore en juin à 2,4 % aujourd'hui. Si les taux à court terme déterminent le rendement que les banques offrent sur le carnet de dépôt, ce sont les taux à long terme qui sont de loin les plus importants :


crédits aux entreprises, crédit hypothécaire, mais aussi référence pour les placements boursiers. L'attrait de ces derniers dépend en partie du rendement offert par les obligations (qui n'est autre que la définition du taux à long terme), puisque ces obligations constituent l'alternative aux actions en matière de placement. Des taux à long terme en hausse sont dès lors un danger. Et c'est à cela que l'on assiste ces dernières semaines, pour plusieurs raisons. D'abord, l'inflation peine à baisser depuis de long mois et a même remonté en décembre, tant aux États-Unis qu'en Europe. Ensuite, le programme économique de Donald Trump est unanimement jugé inflationniste. Or, s'ils

craignent une inflation plus élevée, les investisseurs exigent en compensation un rendement obligataire également plus élevé. Depuis son plancher de 3,6 % à la mi-septembre, le taux américain à dix ans est passé à 4,6 %. Scénario du même genre, mais plus récent, en Europe. Le taux belge à dix ans, qui avait fléchi à 2,6 % environ au début décembre, est brutalement remonté aux environs de 3,2 % aujourd'hui. Cette évolution ne remet pas nécessairement en cause les scénarios avancés pour 2025, mais force est de constater que les taux nagent aujourd'hui à contre-courant des prévisions, ce qui ne peut qu'inciter les investisseurs à se monter circonspects.



L'Or du Douro

DU 12 AU 19 OCTOBRE 2025





Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.

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.

Programme scientifique 2025 :

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

Une demande d'accréditation sera demandée

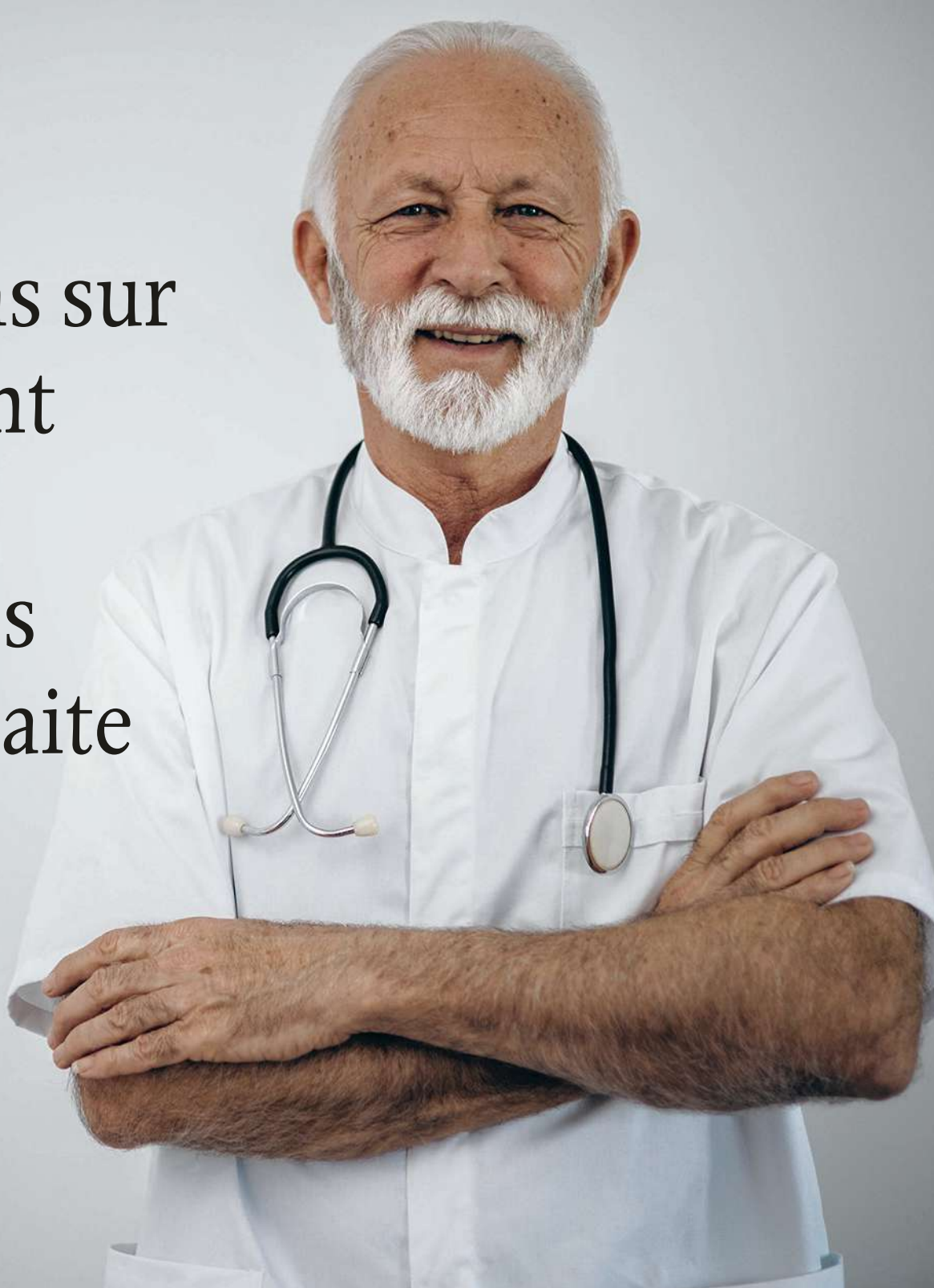
Pour réservation et informations

veuillez contacter Rivages du Monde via [info@rivagesdumonde.be](mailto:info@rivagesdumonde.be) ou par tél. 02 899 75 46

Ou surfez sur [www.jmacademytravel.be](http://www.jmacademytravel.be) pour demander votre brochure gratuite

# Deux médecins sur trois souhaitent continuer à travailler après l'âge de la retraite

**FIN DE CARRIÈRE** Une large majorité des généralistes et des spécialistes souhaitent continuer à travailler après avoir atteint l'âge de la retraite. C'est ce qui ressort du Baromètre annuel de fin de carrière de la banque Van Breda. Seul un médecin sur trois souhaite réellement arrêter à 65 ans. Les autres veulent rester actifs en tant que médecin, mentor de leurs successeurs, voire assumer un autre rôle.



**L**es généralistes et les spécialistes travaillent pendant des années avec passion et engagement, jusqu'au jour où ils doivent renoncer à l'œuvre de leur vie. « Ce n'est pas une étape évidente, elle entraîne souvent beaucoup de stress et de préoccupations. Pas seulement sur le plan pratique et financier, mais aussi sur le plan mental et émotionnel », constate **Ortwin Boone**. Il est responsable du secteur des professions libérales à la banque Van Breda et présente en exclusivité dans *Le journal du Médecin* les résultats du Baromètre de fin de carrière, établi par la banque à partir d'une enquête menée auprès des généralistes et des spécialistes clients de l'établissement.

Les résultats de l'enquête mettent en lumière plusieurs constatations, dont

une première, surprenante : pour deux médecins sur trois, l'atteinte de l'âge de la retraite n'est pas la raison principale de rendre la blouse blanche. Un médecin sur cinq envisagerait d'arrêter lorsqu'il aurait accumulé suffisamment de

**Une retraite agréable et sans souci, c'est souvent lié à la situation financière dans laquelle se trouve le médecin.**

patrimoine pour être financièrement indépendant. « La surcharge de travail et les nombreux changements majeurs qui impactent la manière de travailler peuvent cependant inciter à arrêter à l'âge

légal de la retraite », explique **Ortwin Boone**. Parmi ces changements ayant un impact, on peut penser à la digitalisation poussée, aux nouvelles réglementations en changement constant, ainsi qu'à d'autres innovations telles que l'arrivée de l'IA.

## Expertise

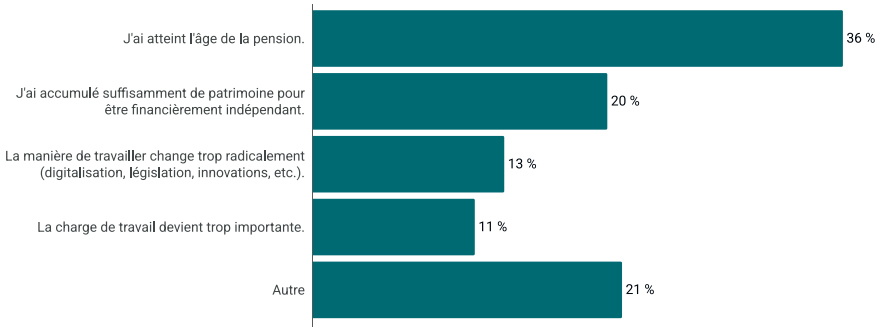
Près de la moitié des médecins (46 %) déclarent vouloir continuer à consulter des patients après leur 65<sup>e</sup> anniversaire. Cependant, même ceux qui envisagent de mettre un terme à leur carrière ne prévoient pas forcément d'arrêter complètement de travailler. « Cela peut sembler contradictoire, mais ça ne l'est pas », précise **Ortwin Boone**. « Nous constatons chez nos clients que de nombreux médecins de plus de 65 ans restent actifs. Leur sécurité financière leur offre la liberté de

donner parfois une orientation différente à leurs aspirations professionnelles. Ils ne sont plus nécessairement actifs dans leur propre cabinet ou à l'hôpital, mais accompagnent, par exemple, de jeunes collègues. Ils ne veulent pas perdre l'expertise et l'expérience qu'ils ont acquises au cours de 35 ans de carrière. Notre enquête révèle que 20 % des médecins souhaitent jouer le rôle de mentor pour soutenir ou accompagner d'autres médecins ou collègues. La question est de savoir si les autorités et les hôpitaux sont suffisamment ouverts à cette possibilité. » De nombreux médecins (12 %) se disent également intéressés par une fonction de gestion, comme administrateur dans un hôpital.

Une anecdote a marqué **Ortwin Boone** et illustre bien la manière dont certains médecins perçoivent leur retraite. « Il y



Quelle serait pour vous la principale raison pour arrêter de travailler ?



a deux ans, j'ai rencontré un médecin généraliste qui, à 84 ans, était encore en activité. 'Je vais continuer à exercer', m'a-t-il confié. Il ne voulait pas imposer à ses patients de devoir chercher un nouveau médecin. 'Je mourrai avec mes patients', a-t-il ajouté. Sa patientèle s'était évidemment déjà fortement réduite, mais il restait actif pour sa population de patients âgés. » Ce médecin généraliste est probablement une exception, mais il montre à quel point ces professionnels sont attachés à leur patientèle.

Un nombre relativement important de médecins ne commencent que tardivement à planifier la fin de leur carrière.

Sentiment positif

Ortwin Boone observe une évolution de mentalité chez les médecins généralistes ces dernières années. « Par rapport à il y a quelques années, il est plus facile pour les généralistes d'arrêter leur activité. Les cabinets de groupe jouent un rôle important. À l'approche de la fin de leur carrière, ils peuvent 'partager' leurs patients avec de jeunes collègues. Il y a trois ou quatre ans, j'entendais encore souvent des questions sur ce qu'il adviendrait du cabinet et des patients en cas d'arrêt. La crainte que les patients ne trouvent pas de nouveau médecin généraliste en raison de la pénurie était bien réelle. Aujourd'hui, il y a toujours un manque de généralistes, mais leur nombre est en augmentation. Cela simplifie le processus de fin de carrière pour les médecins généralistes. »

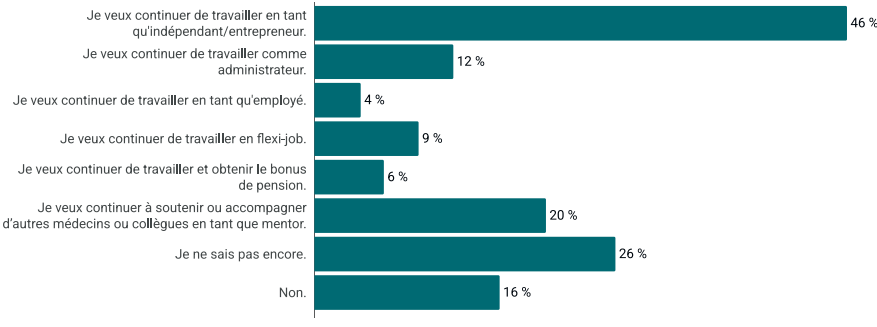
Lorsque les médecins partent à la retraite, un sentiment positif prédomine généralement. Ils regardent leur carrière avec satisfaction (65 %) et sont fiers de ce qu'ils ont accompli pour la santé des autres (31 %). Cela leur procure une certaine sérénité (46 %). La gratitude (34 %) est également un sentiment que de nombreux médecins associent à la fin de leur carrière. Les sentiments négatifs sont beaucoup moins fréquents, mais ne sont pas totalement absents : l'incertitude (20 %), la peur de tomber dans un vide existentiel (15 %) ou le fait de devoir arrêter à contrecœur (14 %).

Niveau de vie

Ce « vide existentiel » que redoute un médecin sur sept semble, pour la plupart, moins dramatique qu'il n'y paraît. Ils se réjouissent de pouvoir se consacrer à de nouveaux loisirs (56 %), approfondir d'autres sujets (51 %), voyager (51 %), enfin trouver le temps de se concentrer sur leurs relations et leur famille (37 %), et surtout de pouvoir s'accorder davantage de temps pour eux-mêmes (56 %).

Une retraite agréable et sereine, c'est souvent lié à la situation financière du médecin. Plus de deux tiers des médecins (69 %) s'attendent à pouvoir maintenir leur niveau de vie actuel. En revanche, un peu plus d'un quart des médecins (28 %) expriment des inquiétudes et craignent une baisse de leur niveau de vie après leur retraite. Une préoccupation qui revient régulièrement : « Passer d'un rythme de travail intense avec des revenus mensuels élevés à une période où l'on dispose de plus de temps pour profiter de la vie, avec les dépenses que cela implique : est-ce vraiment faisable ? Serons-nous capables de réaliser d'autres rêves et, peut-être, de donner un coup de pouce à nos enfants ? »

Souhaiteriez-vous continuer de travailler après l'âge de la pension ?

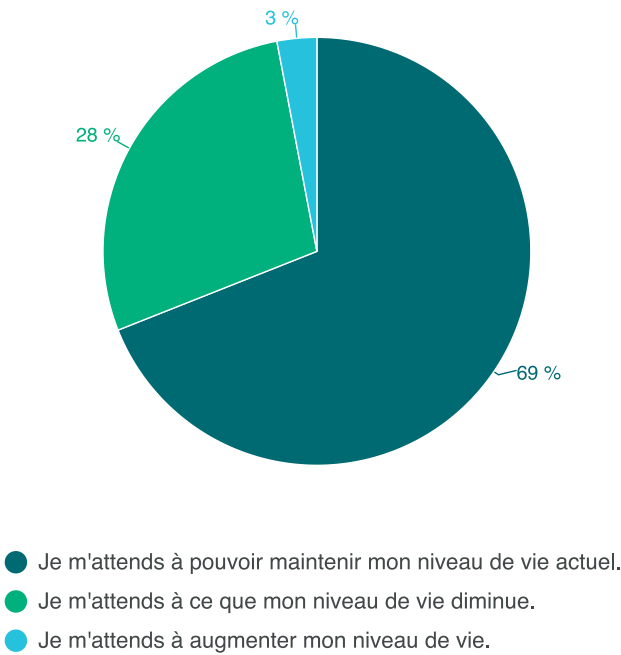


Ortwin Boone constate qu'un nombre relativement important de médecins ne commencent que tardivement à planifier la fin de leur carrière. « 55 % s'y consacrent deux à cinq ans à l'avance, mais un médecin sur cinq (19 %) n'entame cette réflexion qu'un an avant l'échéance. C'est assez tard. Il est important que les médecins généralistes et spécialistes préparent à temps la fin de leur carrière professionnelle. Ils doivent réfléchir soigneusement à l'avenir de leur société. Veulent-ils la conserver, par exemple parce qu'elle détient encore un bien immobilier privé ou parce qu'elle joue un rôle clé dans la gestion de leur

patrimoine et leur planification successorale ? Ou préfèrent-ils la liquider à la fin de leur carrière professionnelle ? Et quelles seront les conséquences pour les actifs détenus par la société à ce moment-là ? Ce sont des questions complexes. Trouver les bonnes réponses et les mettre en œuvre correctement demande du temps. La sérénité financière est essentielle pour les médecins, et mieux ils préparent la fin de leur carrière, plus leur tranquillité d'esprit sera grande à l'approche de cette transition. »

Filip Ceulemans

Dans quelle mesure pensez-vous que votre niveau de vie changera après votre retraite ?



# Pour ou contre le certificat d'un jour?

**La Mutualité chrétienne s'oppose à la fin du jour de congé de maladie sans certificat, alors que l'Absym accueille favorablement l'intention d'une future Arizona d'en réintroduire l'obligation. Et vous, qu'en pensez-vous?**

**L**es responsables de la Mutualité chrétienne ont dit tout le mal qu'ils pensent, il y a quelques jours, de la volonté des négociateurs fédéraux de mettre fin au jour de congé maladie sans certificat dont le personnel des entreprises de plus de 50 travailleurs bénéficie actuellement. Par cette mesure, le précédent gouvernement entendait réduire la charge de travail sur les médecins généralistes.

« Chaque visite chez le généraliste coûte 29 euros à l'assurance maladie », pose Elise Deroitte, vice-présidente de la Mutualité chrétienne. « C'est beaucoup d'argent pour un bout de papier. De plus, le patient paie des frais inutiles. La méfiance des employeurs ne devrait pas être financée par l'assurance maladie. Après tout, il existe des options de contrôle et un bon manager sait quand la confiance est rompue. » Et d'ajouter : « Nous devrions utiliser le temps précieux de nos médecins généralistes, déjà surchargés, pour ce à quoi il sert vraiment : soigner les personnes malades qui ont besoin de conseils. »

*« La méfiance des employeurs ne devrait pas être financée par l'assurance maladie. »*

*- Mutualité chrétienne*

« Les ressources de l'assurance maladie ne sont pas là pour renforcer le mécanisme de contrôle des employeurs. Ces budgets sont destinés aux soins de santé », insiste encore la responsable de la MC, pour laquelle « un message et une bonne

conversation avec le responsable hiérarchique de l'employé constituent une meilleure solution en cas de maladie ».

## L'absentéisme d'un jour a explosé

À l'extrême opposé, l'Absym dit accueillir favorablement l'intention du futur gouvernement de réintroduire l'obligation de certificat médical dès le premier jour d'absence pour maladie. Le syndicat rappelle que l'absentéisme d'un jour a augmenté <sup>[1]</sup> de pas moins de 44,2 % depuis la suppression de l'obligation légale. Voici les arguments avancés par l'Absym en faveur de la mesure de réintroduction du certificat d'un jour :

- Fiabilité et objectivité : les médecins sont les seuls compétents et légitimes pour déterminer si une personne est malade. Le certificat médical offre aux employeurs une évaluation médicale objective d'un employé.

- Prévention des problèmes de santé, par le biais de soins appropriés et en temps opportun : l'obligation de consulter un médecin en cas de maladie garantit que les employés reçoivent en temps opportun les soins médicaux appropriés. Sans cette obligation, le risque est réel que certains retardent la consultation médicale, ce qui pourrait entraîner des problèmes de santé plus graves et des absences encore plus longues.

- Renforcement de la confiance entre employés et employeurs : le fait est que la suppression du certificat médical pour une journée a conduit à une augmentation significative et objectivement difficile à expliquer du nombre de

jours de maladie. Un certificat médical apporte de la clarté et réduit le risque de conflits entre l'employeur et l'employé quant à la validité d'une déclaration de maladie. Un médecin (et uniquement un médecin) peut, en tant que



*« La délivrance des attestations d'aptitude est une tâche qui revient au médecin du travail. »*

*- Absym*

partie neutre, décider si une personne est malade ou non, permettant ainsi à l'employeur et à l'employé de convenir ensemble d'un arrangement.

## Vers un certificat 'd'aptitude' par le généraliste?

Il ressort également de la 'super nota' qui circule à propos des négociations au fédéral que le futur gouvernement attendrait des médecins qu'ils déterminent non seulement l'incapacité de travail, mais également ce dont un employé malade est encore capable, au moyen d'un « certificat d'aptitude ».

« L'Absym ne souhaite pas s'immiscer dans le débat entre employeurs et employés concernant l'obligation éventuelle de certifier les absences pour cause de maladie »,

explique le syndicat médical dans un communiqué publié sur son site. « Cependant, nous soulignons qu'en cas de dispositions relatives à la certification, qu'elle soit obligatoire ou non, la maladie doit toujours être attestée par un médecin. Ce sera alors au médecin du travail de l'entreprise de déterminer les tâches que le travailleur peut encore effectuer, en tenant compte du certificat médical délivré par le médecin traitant. En cas d'absence totale du travailleur sur le lieu de travail, ce sera le médecin conseil de la mutualité qui pourra approuver le certificat médical prescrit par le médecin traitant. »

[1] Étude Securex : <https://press.securex.be/absenteisme-jamais-autant-de-travailleurs-nont-ete-aussi-frequemment-absents-du-travail-pour-cause-de-maladie-16>





## Pénurie de personnel soignant: un problème à moyen terme, nécessitant un plan interfédéral d'attractivité

Les évolutions démographiques rendent à moyen terme indispensable de pouvoir fournir davantage de soins et de les organiser différemment. Ce n'est qu'avec une vision à long terme et un plan interfédéral bien pensé que nous pourrions garantir l'avenir de notre système de santé.

Quel leader politique se lèvera aujourd'hui pour porter ce plan d'attractivité et guider notre secteur des soins vers un avenir plus durable ? Il existe un large consensus sur le fait que la pénurie de personnel soignant est un défi urgent qui met notre système de santé sous pression. Les professions de santé sont encore perçues comme porteuses de sens, mais la pénurie croissante générale sur le marché du travail rend difficile l'attraction et la rétention d'un nombre suffisant de personnes dans le secteur des soins.

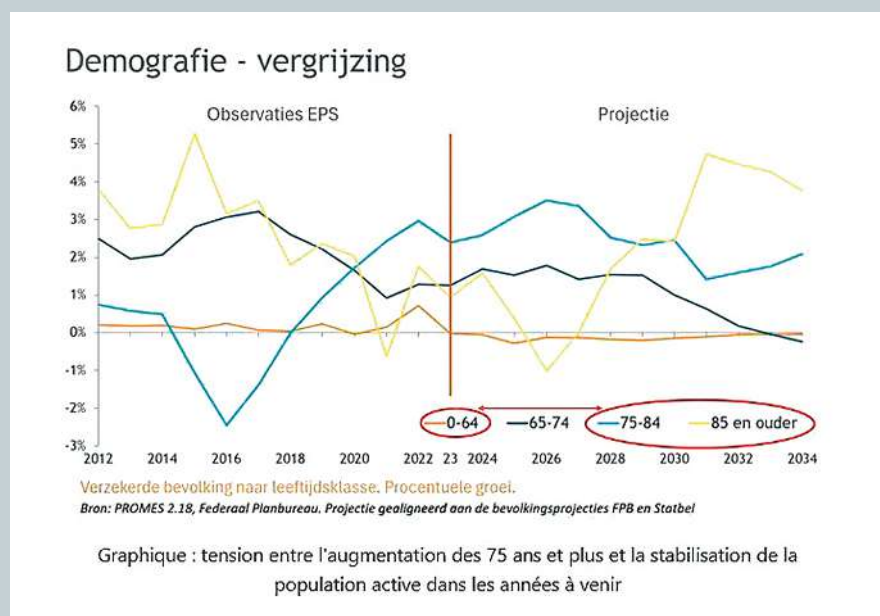
Le nombre d'étudiants en soins infirmiers reste faible. Bien qu'il semble y avoir suffisamment d'infirmiers sur le marché du travail, une part importante d'entre eux ne travaille plus dans le secteur des soins. En 2022, seulement 59 % des diplômés exerçaient comme infirmiers dans le secteur des soins. Cela indique un problème structurel qui dépasse la simple question du nombre de diplômés.

### Mesures à court terme : nécessaires mais insuffisantes

Les initiatives politiques actuelles telles que les flexi jobs et la défiscalisation des heures supplémentaires sont des mesures précieuses. Elles aident à atténuer les pénuries les plus aiguës. Cependant, ces mesures ne permettront pas de répondre aux défis structurels qui se posent à moyen terme.

### Évolutions démographiques : un besoin de soins en croissance

Selon les projections de la Commission vieillissement, le nombre de personnes âgées de 74 ans et plus augmentera de manière significative entre 2024 et 2034 (voir graphique). Parallèlement, la population active stagne. Cela signifie une demande croissante de soins avec un



« L'attractivité des professions de santé constitue, de plus en plus, le principal défi dans le secteur des soins. »

nombre décroissant de prestataires de soins pour y répondre. Il est donc crucial de se projeter à moyen terme pour offrir des solutions durables.

### Besoin d'un plan interfédéral d'attractivité

Pour pallier cette inadéquation menaçante entre l'offre et la demande, un plan interfédéral d'attractivité est indispensable. Ce plan doit être largement soutenu tant par le secteur que par les différentes autorités concernées, compte tenu des compétences partagées (santé, enseignement, affaires sociales, emploi,...) dans notre pays. Le plan doit se concentrer sur trois thèmes :

- Attirer les jeunes : campagnes ciblées et formations pour enthousiasmer les jeunes à faire carrière dans le secteur des soins.

- Rétention du personnel soignant : amélioration des conditions de travail et des perspectives de carrière pour garder les professionnels expérimentés dans le secteur.

- Réorganisation des soins : il est essentiel de réorganiser les soins avec plus de flexibilité dans la répartition des tâches, et une meilleure collaboration entre les prestataires de soins. Une plus grande efficacité doit permettre de répondre aux besoins croissants.

Il s'agit clairement d'un récit inclusif. Les parties prenantes et les autorités devront dépasser leurs intérêts individuels.

Qui est le leader politique prêt à se lever pour porter ce plan d'attractivité et guider notre secteur des soins vers un avenir plus durable ?



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



## OFFRES D'EMPLOI

**Centre Médico-Sportif, B2M Sport & Rehab occupant la surface de 700m<sup>2</sup> 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

### 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



### Recherche médecin généraliste, Ixelles et Charleroi,

activité de consultation et assistance chirurgie, les lundis et mardis, emploi mi-temps. GSM: 071/416 418 Fax: 071/416 418 Mail: orthoscip@gmail.com FD1674



### Fedasil recherche un médecin à temps partiel pour le centre d'accueil de Bruxelles-Bordet !

Fedasil recherche un médecin généraliste (actif ou retraité) engagé et disponible au moins 2 jours par semaine pour le centre d'accueil de Bruxelles-Bordet. Vous travaillerez toujours en collaboration avec les infirmières du centre et serez rémunéré au niveau A2.

Les médecins généralistes locaux qui peuvent recevoir des résidents souffrant de problèmes aigus dans leur propre cabinet sont également invités à nous contacter.

Pour plus d'informations, veuillez consulter les offres d'emploi.  
<https://www.fedasil.be/fr/travailler-fedasil> ou contactez Dr. Thibaut Corvilain, coordinateur médical de Fedasil Bruxelles à l'adresse [thibaut.corvilain@fedasil.be](mailto:thibaut.corvilain@fedasil.be) ou 0474 33 37 33 FD1675

## 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](mailto:vacature.healthcare@roularta.be)**

## CABINETS MEDICAUX



### 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](mailto:info@careforyou.be). FC5679



### Cabinet médical à louer Centre Pluridisciplinaire à Belgrade

pour: nutritionniste, pédiatre, homéopathe, fonctionnel anti-âge ou autre. Cadre vert. Parking. Contact : 0472/202.855 FC5682



**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

### WSP 2/3 cabinets médicaux à louer libre le 1/5. Parking, accès 24/7, PMR.

Contact : tél. 0484/45.14.34. FC5681

## MATERIEL MÉDICAL

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 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

La Province de Namur recherche

## DES MÉDECINS

(praticiens depuis 5 ans min)

pour exercer le contrôle des incapacités de travail pour maladie ou accident, à sa demande, au domicile de ses agents provinciaux.

Rétribution : tarif Inami d'une visite à domicile et frais de déplacements au tarif des fonctionnaires (actuellement : 44,38 € HTVA+ 0,4415 €/km).

Si intéressé, merci d'envoyer votre candidature à [katherine.felix@province.namur.be](mailto:katherine.felix@province.namur.be) ou [controle.medical@province.namur.be](mailto:controle.medical@province.namur.be)



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

**jm** 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](mailto:vacature.healthcare@roularta.be)

**Vous cherchez du personnel ?**



A vendre cessation d'activité: 3 boîtes de speculums métalliques et petit matériel gynéco et stérilisateur Tau steril 2000 dimensions: hauteur 40cm, profondeur 33cm, largeur 44cm, contact 0475 76 49 02.

FM3757

## IMMOBILIER



### Bien exceptionnel à vendre à Erquelinnes 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@fluentaipro 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

# Vous êtes à la recherche d'un nouveau défi ?

Travaillez dans une équipe dynamique, participez à des missions et vivez des expériences uniques.

Comme militaire à temps plein ou réserviste à temps partiel ?

Rejoignez-nous via ce QR code :



LA DÉFENSE



# 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

# La médecine et son portrait



**Au Musée de la médecine de Bruxelles, un colloque original aura pour sujet « Médecine et peinture », proposé par le Groupe d'histoire de la médecine et des sciences de la santé, le samedi 22 février.**

L'histoire de la médecine fut érigée comme discipline universitaire en 1794, lors de la réforme de l'enseignement médical, limitant les lieux d'enseignement à Paris, Strasbourg et Bordeaux. Le programme prévoyait 12 chaires, avec 12 professeurs et 12 suppléants. L'histoire de la médecine était une de ces chaires.

Il ne faut pas croire qu'auparavant aucun enseignement n'était donné, sinon de façon fragmentaire, et principalement sur les grandes figures. L'enseignement de 1794 ne durera pas, la chaire fut rouverte à plusieurs reprises. À l'époque, l'histoire de la médecine était centrée sur les médecins.

En 1920 naquit la société internationale d'histoire de la médecine sous l'égide du Pr Tricot (Anvers). Une chaire d'histoire fut ouverte à Louvain-Leuven, confiée au Pr Sondervorst qui présenta la matière sous forme de cours à option. Le Dr Franz Philippart, chirurgien vasculaire et cheville ouvrière de

l'histoire de la médecine en Belgique, raconte : « Une société belge d'histoire de la médecine se réunit après 1921. La fréquentation devint déliquescence et en 2000, elle fut dissoute... D'anciens membres gardèrent la nostalgie de ces réunions à choix multiples, et émirent le désir de la faire renaître de ses cendres. »

En avril 2023 furent jetées les bases du « Groupe d'histoire de la médecine et des sciences de la santé ». Les motivations prenaient avant tout le malade en compte. Le mode de fonctionnement était l'organisation de deux colloques thématiques par an. Le Dr Philippart explique : « Le premier fut consacré à l'histoire de la radiologie en Belgique (octobre 2023) ». Le second fut consacré à « Médecine et musique » (février 2024), le troisième aux épidémies (octobre 2024). Chacun de ces colloques se déroule dans un endroit différent, qui permet une visite muséale. « Nous voici arrivés au quatrième, qui traitera de 'médecine et peinture' », précise le Dr Philippart. « Le financement en est

assuré par les droits d'entrée, le coût des boissons et du lunch quand il y en a un. Le FNRS subvient pour partie dans les frais de voyage des orateurs étrangers. Un de nos soucis primordiaux est de nous faire connaître et d'attirer des auditeurs », ajoute le chirurgien en souriant.

## Programme

Voici les personnalités qui prendront la parole, et les thèmes abordés :

-Dre Brigitte Duboc, stomatologue parisienne et détentrice d'un DU en histoire de la médecine à Paris Descartes, interviendra sur le thème : « Médecins et chirurgiens dans la peinture occidentale au cours de la période moderne : apport et place des artistes peintres dans l'histoire de la médecine ».

-Dr Carl Vanwelde, médecin généraliste et chroniqueur au journal du Médecin, enseignant à la faculté de médecine générale : « Quand une peinture parle de santé ».

-Dr Paul Wylock, chirurgien plastique, évoquera « La visite du médecin à domicile dans la peinture ».

-Jacqueline Vons, enseignante, chercheuse honoraire de l'Université de Tours, membre du Centre d'études supérieures de la Renaissance et spécialiste de Vésale, évoquera la figure du médecin Anatole Félix Ledouble (1848-1913) et les leçons d'anatomie dans l'art pictural.

-Dre Cécile Andris, neuro-ophtalmologue, présentera une intervention sur le thème « L'essentiel est invisible pour nos yeux ; voir ou regarder ? L'illusion visuelle ».

-Dre Afarine Mandani, radiologue à Érasme, chargée de cours d'imagerie médicale à l'ULB, évoquera le thème « Peindre le corps par les rayons ».

-Dr Jean Louis Cazor, cardiologue parisien et peintre, parlera de la Société française des peintres médecins.

-Ninon Dubourg, docteure en histoire médiévale, s'intéressera au dessin en médecine légale.

-Marie Godet, historienne de l'art, évoquera la représentation de la vieillesse dans l'art.

-Dorina Ghirardi, du Centre d'études de l'histoire de la pharmacie et du médicament : « L'ergotisme et le retable d'Issenheim ».

-Annie Pierard conclura le colloque.

Prochains colloques : « Médecine et architecture » (octobre 2025) et « Médecine et littérature » (février 2026).

**Bernard Roisin**

**Infos :** Le samedi 22 février au Musée de la médecine de Bruxelles (Érasme). Inscription obligatoire avant le 17 février par versement de 35 euros sur le compte BE03 3631 3487 3284 (au nom de Franz Philippart), avec la communication : COLL 22/25. Accréditation sollicitée. Contact : info.ghmss@gmail.com

## La santé mentale en images

Les Rencontres Images Mentales (RIM) reviennent du 9 au 14 février pour une 17<sup>e</sup> édition toujours autour d'une sélection de séances illustrant des thématiques liées à la santé mentale.

En ouverture le dimanche 9 février, les RIM proposent « Boutès », un spectacle tout public entre performance de cirque et poème autobiographique de la Cie Courant d'cirque. L'occasion de découvrir un magnifique spectacle visuel, et de toucher les plus jeunes en abordant des questions autour de la souffrance, du suicide et du deuil.

La semaine sera ensuite jalonnée de films documentaires, courts métrages, rencontres et débats autour de la santé

mentale. En soirée, des fictions, des documentaires et une avant-première, « Au bord du monde » de Sophie Muselle et Guérin van de Vorst, qui traite d'une rencontre dans un hôpital psychiatrique. Les rencontres se clôtureront en musique avec Éric D'Agostino et Thelonious Monk, sculpteur de silence, un spectacle envoûtant au cœur des tourments d'un artiste hors normes.

Durant toute la semaine, le bar de l'Espace Delvaux de la Vénérie accueille une exposition, « Le miracle d'Urakawa » de François Marcadon. Les RIM proposent, en avant-soirée, deux ateliers d'écriture animés par Milady Renoir et,



**Le documentaire « Au bord du monde » sera présenté en avant-première.**

nouveauté cette année, quatre séances d'expression en arts plastiques animées par les Zozotes atelier. Enfin, une nouveauté, l'accès via un QR code à une création radiophonique, Les Langues

d'Odile Vansteenwinckel et Thomas Turine. Après l'image, place au son !

**Infos :** La Vénérie, rue Gratès 3 à 1170 Watermael-Boisfort (02/5115543). [www.psymages.be](http://www.psymages.be)