



Le journal du Médecin

• www.lejournaldumedecin.com

LA RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

45E ANNÉE N° 2792 - MARDI 4 MARS 2025 - 3 € - BIMENSUEL - P309580 - MEIBOOMLAAN 3, 8800 ROESELARE, BELGIQUE



« Cinq ans, c'est très court pour transformer un système »

Le journal du Médecin est allé à la rencontre du ministre francophone de la Santé, Yves Coppieters. Une première rencontre en guise de premier bilan, après désormais sept mois de mandat, pour cet homme issu de la société civile et qui, de son propre aveu, ne se voyait pas ministre il y a peu.

Le journal du Médecin : Vous êtes professeur de Santé publique, un homme qui pendant longtemps a réfléchi à un meilleur fonctionnement du système de soins. Aujourd'hui, vous avez la possibilité de mettre en pratique vos réflexions théoriques. N'est-ce pas le Graal pour un académique ?

Yves Coppieters : C'est une véritable opportunité. Passer du monde académique à la politique me permet

d'appliquer concrètement des concepts théoriques et des preuves scientifiques à la réalité du terrain. L'enjeu est de transformer ces connaissances en véritables changements sociétaux et en réformes du système de soins.

Toutefois, la réalité politique est plus complexe que je ne l'imaginais. Ce n'est pas seulement une question de connaissances ou de volonté de réforme, mais aussi de gestion technique et stratégique. Mener une politique publique nécessite d'appréhender une multitude de fac-

teurs interdépendants. L'attentisme ou la lenteur du processus politique sont des réalités auxquelles je n'étais pas préparé. En tant que chercheur, médecin et même acteur de terrain, je ne mesurais pas pleinement cette dimension.

Ce qui est frustrant, c'est que l'on a parfois l'impression que les choses devraient avancer plus vite, surtout lorsque l'on a une vision claire des priorités et des objectifs à atteindre. Chaque jour, je pousse mes équipes à aller plus vite, mais elles me rappellent que certaines étapes sont incontournables. C'est un aspect que j'avais peut-être sous-estimé en arrivant : cinq ans, c'est très court pour mettre en place de véritables transformations. Yves Coppieters et sa vie politique, je m'en fiche. Ce qui m'importe, ce n'est pas ma carrière politique, mais de laisser une empreinte tangible, de pouvoir dire que nous avons réellement changé quelque chose.

Les chantiers

Si nous parvenons à mener à bien certaines réformes clés, comme l'assurance autonomie, la territorialisation de la première ligne de soins ou encore le décret sur l'accessibilité pour les personnes en situation de handicap, alors nous aurons accompli quelque chose de significatif.

Un autre enjeu majeur est la pénurie de personnel de santé. Même si mes leviers d'action sont limités sur ce point, cela ne signifie pas que nous devons nous en désengager. Nous devons proposer un véritable plan et avoir des ambitions claires.

Enfin, la santé mentale est un sujet crucial. Si nous continuons à constater les mêmes problèmes sans apporter de solutions concrètes, nous risquons de nous discréditer complètement. Il faut absolument réussir à influencer positivement cette problématique.

Lire pages 2 à 5

12 Qui êtes-vous, Docteur(e) ?

18 Mieux accompagner la décision vaccinale

22 Polluants éternels : mode d'emploi du suivi médical

Nicolas de Pape
Senior Writer

IA : se préparer

L'intelligence artificielle (IA) s'impose dans tous les débats. Aucun secteur n'y échappera. Cette révolution technologique a pris le monde de court, tant par son ampleur que par la vitesse à laquelle elle s'est insinuée dans toutes les strates de l'économie, de la science et de la santé. Les médecins ne seront ni plus ni moins impactés que d'autres professions. Et les mêmes interrogations surgissent : chaque avancée technologique apporte son lot de découvertes et d'améliorations, mais aussi son cortège d'angoisses existentielles. Sommes-nous face à une énième ruse de l'histoire, où chaque nouvelle invention semble menacer l'emploi, comme au temps des Canuts de Lyon brisant les métiers à tisser pour conjurer une menace illusoire ? Va-t-on, au contraire, comme avec l'avènement d'Internet, du courrier électronique et de l'ordinateur personnel, créer plus d'emplois que l'on en détruira ? Ou bien l'IA constitue-t-elle une véritable « singularité », une rupture sans précédent, plus profonde encore que l'invention de l'électricité ? Trop souvent, nous appliquons des grilles de lecture dépassées à une révolution d'un tout autre ordre. On nous assure que les spécialités médicales nécessitant humanité et empathie, comme la psychiatrie ou la médecine générale, seront préservées, tandis que celles reposant sur l'analyse de données ou des actes redondants seront balayées. Mais ce raisonnement oublie un élément fondamental : tout acte technique implique, à un moment donné, une intervention humaine dans la chaîne de décision. Et si l'IA nous connaît si bien, qu'advient-il du psychiatre, souvent impuissant face au mal-être psychique, lorsque le patient pourra consulter une IA à toute heure du jour et de la nuit, sur son téléphone, pour 20 dollars par mois ? Plutôt que de se rassurer en pensant être à l'abri, mieux vaut se préparer au pire.

« La première ligne est la fondation de mes politiques de santé »

La rencontre avec le ministre francophone de la Santé a été l'occasion d'aborder un large éventail de sujets. De la promotion et de la prévention de la santé au financement hospitalier, en passant par la gestion des crises sanitaires et la collaboration nécessaire avec son homologue fédéral, Yves Coppieters n'a édulcoré aucun dossier.

Le journal du Médecin : Quelle est votre feuille de route concrète pour la promotion et la prévention en santé, l'un de vos objectifs prioritaires ?

Yves Coppieters : L'évaluation du plan actuel, qui se termine en 2024, sera réalisée en 2025. Une reprogrammation impliquant les acteurs concernés sera effectuée d'ici fin 2025, afin de présenter le futur plan au gouvernement début 2026. Ce plan sera marqué par des axes prioritaires, notamment grâce à un doublement du budget consacré à la prévention.

Certains aspects du plan actuel ne bénéficieront pas pleinement de cette augmentation budgétaire. Toutefois, des thématiques essentielles seront renforcées, notamment la santé mentale, avec un accent particulier sur la prévention du suicide, ainsi que la problématique de l'alcool, sur laquelle je veux mettre un focus particulier et qui fait déjà l'objet d'un appel à projets spécifique.

Je souhaite que ce nouveau plan rompe avec les approches habituelles. Ayant participé à ces plans en tant que chercheur, je suis conscient de la tendance à reproduire les mêmes schémas



© Th. St.

de financement des opérateurs historiques. Or, il est indispensable d'ouvrir ce plan à de nouveaux acteurs, qui devront obtenir un agrément afin d'intégrer des dynamiques innovantes.

De plus, je veux que ce plan mise sur l'innovation, notamment en intégrant l'intelligence artificielle et les nouvelles technologies. L'objectif est de moderniser nos stratégies, de renforcer les coalitions d'acteurs et d'améliorer les ambitions du plan. Nous devons également assurer un suivi rigoureux, avec un monitoring en continu des résultats,

plutôt que de simples évaluations intermédiaires et finales. Les structures ne montrant pas d'impact tangible devront être repensées, car un financement récurrent sans effet significatif ne peut plus être la norme.

Réforme des soins intégrés et de la première ligne

Où en est la mise en place des organismes locaux de santé (OLS) au-delà des projets pilotes actuels ?

Nous avons en effet saisi les projets pilotes soins intégrés des programmes

interfédéraux comme une opportunité pour initier conjointement la dynamique d'organisation territoriale de la première ligne d'accompagnement et de soins, à notre manière. Les projets portent sur des publics cibles distincts et seront lancés progressivement au cours de la législature : les 1.000 premiers jours en périnatalité, l'obésité chez les enfants et les adolescents, et les troubles cognitifs liés au vieillissement. L'implication des acteurs de terrain est déterminante pour la réussite de ces projets pilotes et c'est là que le niveau intermédiaire (le niveau méso) est pertinent, pour coordonner les interdépendances et agir comme un véritable catalyseur de la dynamique de soins intégrés.

L'Aviq lancera un appel à projets dans le cadre du plan de relance de la Wallonie afin de donner les moyens aux acteurs de s'organiser en consortium et de structurer ce niveau intermédiaire. Nous ne voulons pas imposer un modèle unique, mais plutôt laisser émerger des solutions adaptées aux contextes locaux avant d'éventuellement les homogénéiser en fonction des retours d'expérience et des bonnes pratiques identifiées.

Cette approche « *bottom-up* » peut inquiéter certains acteurs, car elle implique une progression plus lente et incertaine. Cependant, nous sommes convaincus que c'est la meilleure manière de construire un système adapté aux réalités du terrain, qui puisse recueillir l'adhésion du plus grand nombre.

À propos de Proxisanté :
« Même si la réforme change de nom, le processus se poursuit, et le travail accompli ces dernières années n'est pas remis en question. »

Certains déplorent une forme de flou autour du déploiement des projets et de la suite de Proxisanté. Comment les rassurer ?

Il est vrai qu'il subsiste des incertitudes quant au déploiement des projets et à l'étape suivante du processus Proxisanté. C'est normal pour des projets de si grande envergure. Il s'agit aussi d'un enjeu de communication. L'Aviq pourrait jouer un rôle clé, en collaboration avec le cabinet, pour clarifier ces points. Même si la réforme change de nom, le processus se pour-

suit, et le travail accompli ces dernières années n'est pas remis en question.

J'ai clairement exprimé ma volonté que l'Aviq et mon cabinet en fassent une priorité. Je mets la pression sur ce sujet, car nous ne pouvons pas nous disperser sur trop de fronts. Nous avons 19 grandes priorités en santé. Ce n'est pas que nous travaillons dans tous les sens, mais nous devons gérer de nombreux dossiers : la santé mentale, les hôpitaux, la cybersécurité... Bien sûr, nous allons avancer sur ces sujets, mais nous devons aussi choisir nos combats. Pour



© Th. St.

moi, les grandes priorités restent la première ligne, l'assurance autonomie et la santé mentale.

Le soutien financier à la Plateforme de première ligne wallonne (PPLW) est-il confirmé pour les années à venir ?

C'est tout l'enjeu du débat budgétaire. Je le souhaite, mais je ne peux pas le confirmer à ce stade. En tout cas, la PPLW reste un acteur majeur sur lequel nous devons continuer à miser et à collaborer.

Pour moi, c'est essentiel. Cependant, je n'ai pas encore de garantie. Tout dépend d'abord de l'évolution de l'opérationnalisation des textes, de leur avancement et de la réflexion globale.

Qu'est-ce que je peux négocier dès maintenant ? La révision budgétaire de mars. Ensuite, il faudra voir ce que je

pourrai envisager pour 2026. C'est pourquoi ma grande priorité est d'avancer sur les notes de synthèse et les textes. Je dois démontrer au gouvernement que ce dossier est une priorité. Sans cela, il sera très compliqué d'obtenir un financement.

Pénurie et 1733

Quels sont vos projets concrets pour attirer des médecins généralistes en zones de pénurie, en complément des dispositifs actuels (Impulseo) ?

Élargir Impulseo est une option,

milieu rural et sur la sensibilisation des facultés à l'importance de la pratique médicale dans ces zones.

Enfin, nous devons trouver des solutions pour l'organisation de la garde médicale, car c'est un levier majeur d'attractivité, voire un frein. C'est une problématique sur laquelle je dois avancer en priorité.

Justement, comment comptez-vous régler définitivement le problème du 1733, bien que cette compétence soit fédérale ?

Tout d'abord, nous devons nous assurer que les opérateurs restent en place. Il s'agit principalement d'un problème de ressources humaines : les employés doivent être davantage accompagnés au risque d'être rapidement recrutés par des structures plus attractives.

« Nous devons avancer vers une solution où les syndicats et le Collège de médecine générale sont non seulement impliqués dans la concertation, mais aussi financés pour leurs responsabilités propres, car nous ne pouvons plus nous permettre de ne pas soutenir cette structure. »

L'autre enjeu est l'amélioration du dispatching. Mais quels sont nos leviers ? Essentiellement une concertation avec le fédéral et un lobbying wallon pour faire entendre nos spécificités. Il est essentiel de rappeler que la Wallonie n'est pas la Flandre et que la province de Luxembourg ne fonctionne pas comme d'autres régions. Nous devons obtenir des solutions adaptées à notre réalité territoriale.

Gouvernance et articulation des compétences

La Région wallonne subsidie, par le biais de l'Aviq, les cercles de médecins généralistes. Envisagez-vous d'établir une concertation formelle (et financée) avec les syndicats médicaux et/ou le Collège de médecine générale (CMG) ?

Oui, bien sûr, nous devons renforcer les cercles médicaux et organiser une concertation. Mais la question du financement reste problématique.



© Th. St.

turé le service d'épidémiologie, qui prend désormais en charge toute la dimension de la santé environnementale. Nous voulons décloisonner ces domaines pour favoriser un travail collaboratif.

Nous avons validé le plan d'entreprise de l'Aviq. Mon objectif n'est pas une réforme, mais une priorisation des projets. L'Aviq ne doit pas s'enfermer dans des projets internes au détriment des services aux citoyens. Elle doit, néanmoins, maximiser les ressources de sa direction études et prospective afin de dégager un monitoring des données de santé de publique pour un management populationnel.

Un enjeu majeur pour l'Aviq réside aussi dans le développement d'une santé environnementale réfléchie et articulée avec d'autres compétences dans une approche *One Health* à la croisée des trois santés : santé humaine, santé animale et santé environnementale.

Nous entretenons une bonne collaboration avec des comités réguliers. Mais je veux que l'Aviq se concentre sur son cœur de mission : le service aux citoyens. Cela passe par la simplification administrative, l'amélioration des guichets uniques et une meilleure relation avec le public.

Un mot sur la prolongation du mandat de Vandembroucke. Une continuité ministérielle sur une décennie, c'est rare. Est-ce une bonne chose d'un point de vue de la santé publique ?

Pour moi, c'est une bonne nouvelle. Parce que c'est la continuité. Parce qu'il doit finaliser sa réforme du financement.

Nous avons, lui et moi, une compréhension mutuelle et même une vision de la santé publique assez proche.

Nous devons avancer sur plusieurs dossiers prioritaires en CIM Santé, notamment la santé mentale et la garde médicale. De nombreux échanges doivent encore avoir lieu. Cependant, nous devons rester vigilants quant aux équilibres entre la Flandre et la Wallonie. Il est essentiel de ne pas reproduire certaines inégalités observées lors des dernières législatures. Nous devons être attentifs à ce point.

Préparation aux crises sanitaires

Disposez-vous d'un plan stratégique régional de lutte contre les situations sanitaires urgentes (épidémies, catastrophes naturelles, etc.) ?

Oui, tout à fait. Ce plan est élaboré en collaboration avec le ministre Dolimont, responsable de la gestion des crises. Nous disposons d'un outil structuré intégrant les dimensions sanitaires, mais celui-ci doit encore être amélioré. Des lacunes subsistent, notamment en matière de coordination et d'échanges entre les administrations.

Le plan actuel définit clairement les aspects matériels, les responsabilités et les étapes à suivre en cas d'urgence (inondation, crise sanitaire, etc.). Cependant, la fragilité des hôpitaux et le manque de personnel restent des défis majeurs.

L'implication des prestataires de soins de première ligne y est-elle bien intégrée ?

Il y a six mois, les cercles ainsi que les syndicats nous ont sollicités pour demander un financement. Il est clair que nous devons avancer vers une solution où les syndicats et le Collège de médecine générale sont financés pour leurs responsabilités propres.

Nous ne pouvons plus nous permettre de ne pas soutenir cette structure, j'en suis persuadé. Mais comment et avec quel budget ? Cela reste une inconnue à ce stade.

Vous faisiez mention, au début de votre mandat, d'une potentielle réforme de l'Aviq. Où en êtes-vous ?

Ce n'est plus d'actualité. Une restructuration, oui. Une remise en question de certains services, oui. Mais une réforme en profondeur ? Non.

J'ai découvert une administration qui se professionnalise avec le temps. Depuis la crise du covid-19, il existe une réelle volonté de réorganisation et de professionnalisation. Nous avons déjà restructuré

Quid de la deuxième ligne ?

Le journal du Médecin : Le financement des infrastructures hospitalières s'inscrit dans un contexte inédit. Comment envisagez-vous de garantir un soutien efficace aux établissements ?

Y.C. : Je pense qu'il faut avoir le courage de revoir le modèle de financement actuel, qui montre aujourd'hui ses limites. Des contradictions persistent : d'un côté, nous investissons dans la rénovation des bâtiments hospitaliers, tandis que de l'autre, les demandes de restructuration ou de fermeture de certains sites se multiplient. L'étude Maha a mis en évidence la situation financière précaire des hôpitaux en Wallonie, ce qui impose une remise à plat des plans d'infrastructure.

Il est crucial d'évaluer ce qui a déjà été fait, ce qui est en cours et ce qui doit être reprogrammé ou annulé. De plus, la gestion hospitalière doit être renforcée avec des balises plus strictes et des indicateurs d'alerte permettant d'intervenir rapidement pour accompagner les établissements en difficulté.

Avec le regroupement des services hospitaliers et la création de réseaux hospitaliers, ne risque-t-on pas d'aboutir à une concentration excessive des soins, au détriment des patients des zones périphériques ?

C'est l'un des enjeux clés de la politique de santé. Il est essentiel d'analyser le fonctionnement des réseaux hospitaliers : certains sont efficaces, d'autres rencontrent des difficultés. Il est primordial d'identifier les causes de ces dysfonctionnements, qu'il s'agisse de divergences de vision, de gestion ou de valeurs entre les établissements partenaires.

Par ailleurs, il est indispensable que Proxisanté progresse, car c'est la base. Cette réforme, qui portera un nouveau nom, vise à structurer un niveau méso efficace à l'échelle des provinces. Pour avancer dans cette direction, il est crucial de mettre en place un cadre opérationnel garantissant une accessibilité optimale des soins à tous les niveaux du système.

L'objectif n'est pas seulement de repenser les réseaux hospitaliers, mais d'adopter une approche plus globale intégrant la santé mentale, la prévention et d'autres dimensions essentielles. Toutefois, cette transformation exige un cadre clair et structuré, ce qui impose une révision du décret en 2025 afin d'accélérer la mise en place de ces nouvelles structures. Le projet sera déployé progressivement à travers des appels à projets pour chaque province, permettant une implantation adaptée aux réalités locales.

La première ligne devrait être mieux intégrée. Elle fait clairement partie de la stratégie, et ses relais y sont inclus. Cependant, nous devons tirer des leçons de nos erreurs passées. Je le répète souvent : pour moi, la première ligne est la fondation de mes politiques de santé. J’en suis convaincu. Elle doit donc jouer un rôle majeur et ne pas être un simple exécutant. Son implication décisionnelle est essentielle.

« Un financement récurrent sans effet significatif ne peut plus être la norme : chaque structure doit démontrer son impact réel, et celles qui ne produisent pas de résultats tangibles devront être repensées. »

Sommes-nous prêts à affronter une nouvelle pandémie de type covid-19, voire plus grave ?

Pas tout à fait. Comme je le disais, nous devons encore renforcer la coordination entre les différents niveaux de pouvoir. Il est essentiel de clarifier qui fait quoi et à quel moment au niveau de la Région wallonne. Toutefois, nous avons progressé sur plusieurs aspects : des plans de crise existent à tous les niveaux, que ce soit pour les hôpitaux, les maisons de repos, etc. Ce qui me rassure, c’est que nous avons appris de nos erreurs passées. Je suis convaincu que nous ne retomberons pas dans les mêmes travers, notamment en maisons de repos. Nous avons mieux anticipé les besoins et les mesures à prendre pour éviter l’isolement des résidents et gérer efficacement les crises.

Au niveau des hôpitaux, nous avons amélioré nos prévisions et anticipé des problématiques telles que la gestion des ressources humaines, l’approvisionnement, l’information et la coordination des actions. Mais même si nous sommes mieux préparés, nos plans de crise doivent encore mûrir.

Cependant, il faut garder à l’esprit que nous ne contrôlons pas l’origine des crises. Nous sommes mieux armés à l’échelle locale sur le plan opérationnel, mais à l’échelle macro, la situation reste préoccupante. La situation géopolitique, à l’heure actuelle, est à cet égard effrayante.

Un entretien de Laurent Zanella



11 years



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 ß3 ont un prix équivalent au 1^{er} janvier 2025¹

À ce jour, > 40 millions de patients ont été traités par BETMIGA™ pour hyperactivité vésicale²



Traiter avec confiance - Les données en situation réelle confirment une amélioration de la qualité de vie avec le profil de sécurité connu et constant de BETMIGA™³

ABBREVIATED SUMMARY OF PRODUCT CHARACTERISTICS
1. NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT Betmiga 25 mg prolonged-release tablets Betmiga 50 mg prolonged-release tablets
2. QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION Betmiga 25 mg prolonged-release tablets: Each tablet contains 25 mg of mirabegron. Betmiga 50 mg prolonged-release tablets: Each tablet contains 50 mg of mirabegron. For the full list of excipients, see section 6.1. **3. PHARMACEUTICAL FORM** Prolonged-release tablet. Betmiga 25 mg tablets: Oval, brown tablet, debossed with the company logo and “325” on the same side. Betmiga 50 mg tablets: Oval, yellow tablet, debossed with the company logo and “355” on the same side. **4. CLINICAL PARTICULARS**
4.1 Therapeutic indications Overactive bladder in adults. Betmiga prolonged-release tablets are indicated for symptomatic treatment of urgency, increased micturition frequency and/or urgency incontinence as may occur in adult patients with overactive bladder (OAB) syndrome. **Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population** Betmiga prolonged-release tablets are indicated for treatment of neurogenic detrusor overactivity (NDO) in paediatric patients aged 3 to less than 18 years. **4.2 Posology and method of administration** *Posology, Overactive bladder, Adults (including elderly patients)* The recommended dose is 50 mg once daily. *Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population* Paediatric patients 3 to less than 18 years of age with NDO may be administered Betmiga prolonged-release tablets or Betmiga granules for prolonged-release oral suspension based on the body weight of the patient. The prolonged-release tablets may be administered to patients weighing 35 kg or more; the granules for prolonged-release oral suspension are recommended for patients below 35 kg. Patients administered 6 ml oral suspension dose may be switched to 25 mg tablet dose and patients administered 10 ml oral suspension dose may be switched to 50 mg tablet dose. The recommended starting dose of Betmiga prolonged-release tablets is 25 mg once daily with food. If needed, the dose may be increased to a maximum dose of 50 mg once daily with food after 4 to 8 weeks. During long-term therapy, patients should be periodically evaluated for treatment continuation and for potential dose adjustment, at least annually or more frequently if indicated. Patients should be instructed to take any missed doses, unless more than 12 hours have passed since the missed dose. If more than 12 hours have passed, the missed dose can be skipped, and the next dose should be taken at the usual time. *Special populations, Renal and hepatic impairment* Betmiga has not been studied in patients with end stage renal disease (ESRD) (estimated glomerular filtration rate (eGFR) < 15 ml/min/1.73 m²), patients requiring haemodialysis, or patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C) and, therefore, it is not recommended for use in these patient populations (see sections 4.4 and 5.2). The following table provides the daily dosing recommendations for adult OAB patients with renal or hepatic impairment (see sections 4.4, 4.5 and 5.2). **Table 1: Daily dosing recommendations for adult OAB patients with renal or hepatic impairment**

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

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

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

1. Mild/Moderate: eGFR 30 to 89 ml/min/1.73 m²; Severe: eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²; ESRD: eGFR < 15 ml/min/1.73 m². No dose adjustment is 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. ** Not recommended for use in patients with severe renal impairment or moderate hepatic impairment concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors. *Gender* No dose adjustment is necessary according to gender. *Paediatric population* *Overactive bladder* The safety and efficacy of mirabegron in children below 18 years of age with OAB have not yet been established. No data are available. *Neurogenic detrusor overactivity* The safety and efficacy of mirabegron in children below 3 years of age have not yet been established. *Method of administration* *Overactive bladder in adults* The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It may be taken with or without food. *Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population* The tablet is to be taken with liquids, swallowed whole, and is not to be chewed, divided, or crushed. It should be taken with food. **4.3 Contraindications** - Hypersensitivity to the active substance(s) or to any of the excipients listed in section 6.1. - Severe uncontrolled hypertension defined as systolic blood pressure ≥ 180 mm Hg and/or diastolic blood pressure ≥ 110 mm Hg. **4.4 Special warnings and precautions for use** *Renal impairment* Betmiga has not been studied in patients with ESRD (eGFR < 15 ml/min/1.73 m²) or patients requiring haemodialysis and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. Data are limited in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²); based on a pharmacokinetic study (see section 5.2) a dose of 25 mg once daily is recommended in this population. This medicinal product is not recommended for use in patients with severe renal impairment (eGFR 15 to 29 ml/min/1.73 m²) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). *Hepatic impairment* Betmiga has not been studied in patients with severe hepatic impairment (Child-Pugh Class C) and, therefore, it is not recommended for use in this patient population. This medicinal product is not recommended for use in patients with moderate hepatic impairment (Child-Pugh B) concomitantly receiving strong CYP3A inhibitors (see section 4.5). *Hypertension* *Overactive bladder in adults* Mirabegron can increase blood pressure. Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron, especially in hypertensive patients. Data are limited in patients with stage 2 hypertension (systolic blood pressure ≥ 160 mm Hg or diastolic blood pressure ≥ 100 mm Hg). *Neurogenic detrusor overactivity in the paediatric population* Mirabegron can increase blood pressure in paediatric patients. Blood pressure increases may be larger in children (3 to less than 12 years of age) than in adolescents (12 to less than 18 years of age). Blood pressure should be measured at baseline and periodically during treatment with mirabegron. Patients with congenital or acquired QT prolongation Betmiga, at therapeutic doses, has not demonstrated clinically relevant QT prolongation in clinical studies (see section 5.1). However, since patients with a known history of QT prolongation or patients who are taking medicinal products known to prolong the QT interval were not included in these studies, the effects of mirabegron in these patients is unknown. Caution should be exercised when administering mirabegron in these patients. Patients with bladder outlet obstruction and patients taking antimuscarinics medicinal products for OAB Urinary retention in

patients with bladder outlet obstruction (BOO) and in patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB has been reported in post-marketing experience in patients taking mirabegron. A controlled clinical safety study in patients with BOO did not demonstrate increased urinary retention in patients treated with Betmiga; however, Betmiga should be administered with caution to patients with clinically significant BOO. Betmiga should also be administered with caution to patients taking antimuscarinic medicinal products for the treatment of OAB. **4.8 Undesirable effects** *Summary of the safety profile* The safety of Betmiga was evaluated in 8 433 adult patients with OAB, of which 5 648 received at least one dose of mirabegron in the phase 2/3 clinical program, and 622 patients received Betmiga for at least 1 year (365 days). In the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies, 88% of the patients completed treatment with this medicinal product, and 4% of the patients discontinued due to adverse events. Most adverse reactions were mild to moderate in severity. The most common adverse reactions reported for adult patients treated with Betmiga 50 mg during the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies are tachycardia and urinary tract infections. The frequency of tachycardia was 1.2% in patients receiving Betmiga 50 mg. Tachycardia led to discontinuation in 0.1% patients receiving Betmiga 50 mg. The frequency of urinary tract infections was 2.9% in patients receiving Betmiga 50 mg. Urinary tract infections led to discontinuation in none of the patients receiving Betmiga 50 mg. Serious adverse reactions included atrial fibrillation (0.2%). Adverse reactions observed during the 1-year (long term) active controlled (muscarinic antagonist) study were similar in type and severity to those observed during the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. Tabulated list of adverse reactions. The table below reflects the adverse reactions observed with mirabegron in adults with OAB in the three 12-week phase 3 double blind, placebo-controlled studies. The frequency of adverse reactions is defined as follows: very common (≥ 1/100 to < 1/10); uncommon (≥ 1/1 000 to < 1/100); rare (≥ 1/10 000 to < 1/1 000); very rare (< 1/10 000) and not known (cannot be established from the available data). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness.

MedDRA System organ class	Common	Uncommon	Rare	Very rare	Not known (cannot be estimated from the available data)
Infections and infestations	Urinary tract infection	Vaginal infection Cystitis			
Psychiatric disorders					Insomnia* Confusional state*
Nervous system disorders	Headache* Dizziness*				
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 experience *Paediatric population* The safety of mirabegron tablets and oral suspension was evaluated in 86 paediatric patients aged 3 to less than 18 years with NDO in a 52-week, open-label, baseline-controlled, multicentre, dose titration study. The most commonly reported adverse reactions observed in the paediatric population were urinary tract infection, constipation, and nausea. In the paediatric patients with NDO, no severe adverse reactions were reported. Overall, 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. **België/Belgique** Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten / Agence fédérale des médicaments et des produits de santé www.afmps.be/AfdelingVigilantie/DivisionVigilantie Website / Site internet: www.eenbiwerkingmelden.be/ or www.notifierneffetindesirabe.be e-mail: adr@faag-alrms.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.quichet.lu/pharmacovigilance **Nederland** Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb Website: www.lareb.nl **5. PHARMACOLOGICAL PROPERTIES** Pharmacotherapeutic group: Urologicals, drugs for urinary frequency and incontinence, ATC code: G04BD12. **7. MARKETING AUTHORISATION HOLDER** Astellas Pharma Europe B.V. Sylviusweg 62 2333 BE Leiden The Netherlands **8. MARKETING AUTHORISATION NUMBER(S)** EU/1/12/809/001 - 006 EU/1/12/809/008 - 013 EU/1/12/809/015 - 018 **10. DATE OF REVISION OF THE TEXT 08/2024** *Delivery Status:* subject to medical prescription. Astellas Pharma B.V., NL: Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, The Netherlands BE/LU: Mediaalan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium Detailed information on this medicinal product is available on the website of the European Medicines Agency <https://www.ema.europa.eu>.

Références : 1. <https://cbip.be/fr/> [Consulté en janvier 2025]. 2. Data on File [MA-D0F-00606]: Astellas Periodic Safety Update Report for Mirabegron 2024. 3. Freeman R, et al. Curr Med Res Opin. 2018;34(5):785–793.

Astellas Pharma B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, the Netherlands / Mediaalan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium
R.E.: V. Vanderroost Pharm. D., Astellas Pharma B.V. Mediaalan 50, 1800 Vilvoorde, Belgium
MAT-BE-BET-2025-00007 - Last update February 2025

Le journal du Médecin | 4 mars 2025 | N° 2792

5



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. Cette semaine, Erika Vlieghe, ex-présidente du Gees, le « Groupe d'experts sur la stratégie de sortie de crise du covid-19 ».

Erika Vlieghe : « Il n'y a rien de plus mortel qu'une politique timide »

Durant la pandémie, l'infectiologue Erika Vlieghe a occupé un rôle important dans la gestion du covid en tant que responsable du groupe d'experts chargés de la stratégie de sortie du confinement (Gees). Quel regard porte-t-elle sur cette période ?

Erika Vlieghe : Au début, les événements m'ont laissée bouche bée. Jamais nous n'avions vécu pareille pandémie. J'avais déjà été collaboratrice Ebola de 2014 à 2016. Ce n'était absolument rien comparé au covid, mais je trouvais déjà à l'époque que nos structures étaient loin d'être adaptées à une crise majeure. On m'avait spécifié qu'en pareil cas, on activerait la phase fédérale et que le centre de crise prendrait la relève mais une fois ce moment venu, il s'est passé fort peu de choses. Chacun a regardé les autres. Ça m'a profondément choquée.

Le journal du Médecin : Comment vous êtes-vous retrouvée dans ce rôle de conseiller ?

Nous n'avions pas de script. Nous avons vu ce qui se passait en Chine, et comment le virus proliférait en Asie. Dès la seconde quinzaine de janvier, j'ai commencé à tirer la sonnette d'alarme : les hôpitaux n'étaient pas prêts. J'ai demandé au *Risk Management Group* (RMG) s'il ne faudrait pas actualiser le plan grippe des hôpitaux. On m'a répondu : « Oui, occupe-t'en ». À ce moment, nous avions besoin de personnes qui jugeaient devoir dire la vérité. J'en faisais partie. Mes collègues de l'UZA m'ont demandé si je ne pouvais pas tirer une sonnette d'alarme car nous allions tomber à court de masques

dix jours plus tard. S'il faut que quelqu'un crie « au feu », je suis prête à le faire. J'ai contacté la ministre Maggie De Block. Elle a réagi positivement, mais j'ai été immédiatement confrontée à la réticence du SPF Santé publique.

Heureusement, l'administration comptait également des employés dotés du sens de l'urgence, comme Pedro Facon, Marcel Van der Auwera, Winne Haenen... Ils ont cherché des solutions. Ensemble, nous sommes venus à bout de cette inertie, et nous sommes parvenus à faire bouger les choses. La première vague virale a alors dévasté notre pays, provoquant des milliers de décès. Notre société n'avait plus connu ça depuis des décennies. Nos dirigeants ont été très impressionnés. À partir de ce moment, ils ont adopté l'attitude suivante : vous l'avez vu venir, vous savez ce qui va arriver. *Dites-nous ce qu'il faut faire.* Nous avons alors été écoutés sans plus subir de réel contrepoids.

Un premier confinement a été ordonné en mars, mais il a été annoncé de telle manière qu'il y a eu de nombreuses « fêtes de confinement » la veille. Plus généralement, comment jugez-vous la traduction de vos recommandations en mesures concrètes ?

En effet, à certains moments, nous avons été en proie à l'incompréhension et au désespoir. Avant le confinement,

une règle stipulait que les événements rassemblant moins de 1.000 personnes pouvaient encore avoir lieu. Le gérant d'une salle événementielle a alors fièrement déclaré qu'il installerait 999 sièges. Je me suis dit que nous n'en sortirions pas. En même temps - je tiens à le souligner -, il a dû être extrêmement difficile d'adopter des mesures politiques. Il y a eu des décisions courageuses et efficaces mais d'un point de vue pandémique, certaines n'ont fait qu'aggraver la situation. Il aurait fallu imposer un confinement plus rapidement. Il n'y a rien de plus mortel qu'une politique timide. Nous étions souvent frustrés par la différence entre nos conseils et leur application. Nous émettions un avis, le monde politique le traduisait en une décision sous forme d'arrêté ministériel. Il communiquait la mesure et la clarifiait par le biais du fameux FAQ. Nous étions ensuite interpellés sur la façon dont les gens percevaient le résultat final, qui était parfois très éloigné de notre avis initial.

Mais c'est vous qu'on a envoyée défendre ces décisions...

Oui, certainement durant la première phase. Les journalistes ont évidemment embrayé et ont demandé pourquoi la mesure différait de notre avis. J'ai senti les problèmes et j'ai fini par dire : « nous ne sommes que des conseillers, j'estime que c'est au ministre de venir

défendre sa gestion ». Les politiciens ont le droit de mener le pays comme ils le souhaitent mais alors, ils doivent s'expliquer eux-mêmes. Une fois le gouvernement De Croo en place, avec Frank Vandenbroucke à la Santé publique, il s'est en effet chargé de la communication.

« Un scientifique doit pouvoir se contredire ou se corriger lorsqu'il a acquis plus de connaissances. C'est très difficile pour un politicien. »

L'incertitude et les progrès sont inhérents aux méthodes scientifiques. Celles-ci se sont-elles heurtées aux politiques, où changer d'avis semble mal vu ?

Au début, surtout, nos conseils étaient incertains, et nous l'écrivions. Mais on attendait de nous des avis concrets : les coiffeurs peuvent-ils continuer à travailler, quid des travailleurs frontaliers, fallait-il employer des écrans en plexi ? Nous n'avions pas le luxe de répondre que nous ne disposions pas d'évidences suffisantes pour ces conseils. Ce n'est possible qu'en établissant en toute tranquillité des

mesures de médecine préventive, pas en pleine pandémie, alors qu'il faut avant tout tenter de limiter les dégâts. Un scientifique doit pouvoir se contredire ou se corriger lorsqu'il a acquis plus de connaissances. C'est très difficile pour un politicien. La seule façon de réduire ces tensions est de communiquer, pour que les politiques comprennent la logique scientifique et vice-versa. Cela s'est bien déroulé avec le ministre Vandenbroucke. Il a toujours lu nos conseils jusqu'à la dernière virgule, et voulait connaître notre raisonnement. Il opérait ensuite un déclic et traduisait la philosophie de l'avis en initiatives concrètes. Dans certains cas, il a été clair : «Je suis désolé, mais je ne parviendrai pas à faire passer ça.»

Pedro Facon a déclaré qu'on s'était trop focalisé sur les hôpitaux durant les premières phases, et trop peu sur d'autres secteurs et la santé mentale. Êtes-vous d'accord ?

Absolument. Ses critiques sont fondées, mais nous étions confrontés à une urgence. Quand un patient se présente avec une douleur à la poitrine et que vous diagnostiquez un infarctus, vous le traitez en urgence. L'aide psychologique et le soutien social passent en second lieu. On nous a reproché d'avoir étouffé les maisons de repos et de soins. Ce n'est pas vrai. Quand nous avons réorganisé les hôpitaux, nous avons proposé de mettre sur pied un système comparable pour les MRS. Les Régions ont alors rappelé qu'il s'agissait de leurs compétences, ce qui est correct. Au début, nous avons obtenu peu d'informations en provenance des maisons de repos, en plus. Le temps de les recevoir, la tragédie s'était produite.

Des erreurs ont été commises. Nous avons fermé les parcs et les plaines de jeux pour éviter que trop de gens s'y rassemblent. Nous n'aurions pas dû. C'est le prix du chaos qui régnait alors, mais la critique est juste. Nous voulions à tout prix éviter de fermer les écoles – la première fermeture était d'ailleurs une décision purement politique. Toutefois, durant les pics les plus graves de la pandémie, nous n'avons pas entrevu d'alternative pour contrôler la situation. Après une pause, les écoles ont partiellement rouvert leurs portes. La Belgique est un des pays où les écoles sont restées le plus souvent ouvertes pendant la crise. Pourtant, nous avons fini par être pointés du doigt. Ça a fait mal, surtout à ceux

d'entre nous qui ont des enfants et veulent ce qu'il y a de mieux pour eux, des parents qui ont eux aussi été confrontés à des difficultés d'ordre mental et à des soucis d'organisation. Si je prends en compte l'ensemble de la pandémie, je constate que la grande majorité de la population était d'accord et a respecté les mesures. Peut-être pas toujours avec le même enthousiasme, mais les gens nous ont écoutés. Toujours maintenant, je rencontre des gens qui me disent : «Madame Vlieghe, merci pour ce que vous avez fait.»

Sommes-nous désormais mieux préparés à une éventuelle nouvelle pandémie ?

Il ne faut pas sombrer dans le catastrophisme, mais nous avons encore du pain sur la planche. Ces dernières années, il y a eu de petits foyers, comme le Marburg au Rwanda. Ils ont servi de tests au système : le *Risk Assessment Group* (RAG) effectue une analyse épidémiologique, le RMG l'évalue et propose des directives, appuyé par l'avis des comités d'experts et de scientifiques. Ces structures fonctionnent. On établit aussi des plans pour les établissements hospitaliers, la réorganisation des soins de première ligne, l'organisation des tests et du traçage des contacts. La temporalité sera cruciale. Les personnes qui ont tout organisé pendant le covid sont toujours en poste, mais ce ne sera plus le cas dans dix ou quinze ans. La «mémoire pandémique» disparaîtra alors.

« Il y a eu des décisions courageuses et efficaces mais d'un point de vue pandémique, certaines n'ont fait qu'aggraver la situation. Il aurait fallu imposer un confinement plus rapidement. »

Notre société doit réfléchir à la portée des mesures. Pendant la pandémie, un des points de discussion a tourné autour de ceci : fallait-il mettre toute la société à l'arrêt, puisque les plus de 85 ans étaient les principales victimes de décès ? La question n'était déjà pas correcte car de nombreuses personnes plus jeunes ont été gravement malades. Toutefois, nous devons mener ce débat : comment offrir les bons soins à chaque personne malade ? En fait, plus votre



santé est fragile et plus vous êtes dépendant, plus vous devriez personnellement réfléchir à ce que vous souhaitez si vous tombez gravement malade.

Nous devons réfléchir en toute sérénité à ce genre de questions, et mener un débat sociétal. Le retrait des USA de l'OMS est néfaste. Une problématique aussi complexe qu'une pandémie requiert justement une meilleure collaboration, une surveillance commune, plus d'échanges de données et une politique basée sur la science. Malheureusement, c'est le contraire qui se produit. C'est pour cela qu'il faut informer et éduquer le public. Actuellement, il est plutôt contre-éduqué. On diffuse énormément de *fake news*. Nous sommes en phase orange, selon le plan des infections des voies respiratoires (*fin janvier, Ndlr*). Les hôpitaux demandent donc que les visiteurs portent un masque. C'est immédiatement démolé : «Ils veulent à nouveau nous enrôler.» Les scientifiques doivent continuer à jouer leur rôle, de même qu'un large groupe de prestataires de soins. Pour essayer d'informer les gens, de conserver un lien sans polariser. Les gens ont le droit de douter, de se tracasser. Nous devons écouter leurs critiques et si elles sont justifiées, nous

devons nous demander comment faire mieux.

Avez-vous un message à adresser aux lecteurs du journal du Médecin ?

L'efficacité avec laquelle les hôpitaux se sont organisés, l'inventivité et les innovations qui en ont découlé constituent une de mes surprises positives. La première ligne a également dû et *pu* se réinventer. L'organisation des centres de vaccination m'a fait chaud au cœur. On dit que de nos jours, plus personne n'est disposé à faire quelque chose pour autrui. C'est faux : il règne encore une énorme solidarité. Beaucoup de ces bénévoles travaillent ou travaillaient dans le secteur des soins de santé. Cela fait toute ma fierté. Les soins de santé vont vivre des temps difficiles, avec le vieillissement et les économies, sans parler des catastrophes climatiques, des inondations, de nouvelles pandémies ou d'une guerre, qui sait. Nous ne voulons pas semer la panique, mais nous sommes réalistes. Nous avons prouvé que nous pouvions faire preuve de créativité et de souplesse en période de crise. Gérons les problèmes qui s'annoncent de la même manière. Nous en sommes capables.

Un entretien d'Erik Derycke

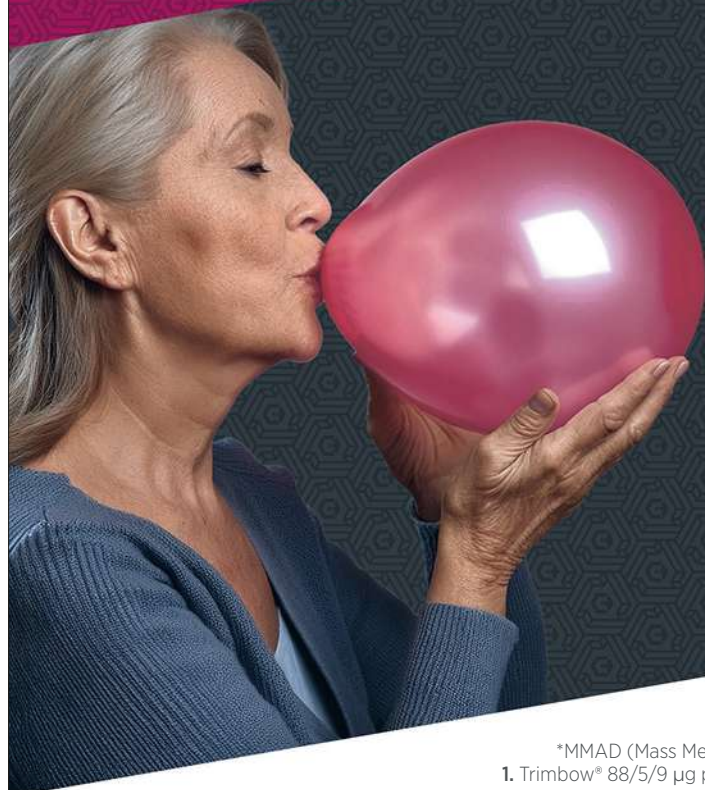
Rare Barometer : nouveaux chiffres

À l'occasion de la Journée internationale des maladies rares, Radiorg divulgue les derniers résultats belges de l'enquête Rare Barometer d'Eurordis.



Menée entre juillet et septembre 2024 par Eurordis, l'enquête a recueilli les réponses de 9.591 personnes dans 43 pays d'Europe, dont la Belgique (466 participants). Elle a examiné l'impact des maladies rares sur l'autonomie dans la vie quotidienne et la participation sociale. De la reconnaissance inadéquate des handicaps à l'accès limité à l'assistance, l'enquête met en évidence les obstacles de taille qui empêchent les personnes atteintes de maladies rares de participer pleinement à de nombreux domaines de la société.

La douleur est une caractéristique majeure de la vie d'une majorité de personnes souffrant d'une maladie rare. Dans cette enquête, près d'une personne sur deux (45 %) ont rapporté présenter des douleurs au quotidien et 16 % la plupart du temps. 41 % des répondants ont déclaré que ces douleurs leur procuraient une extrême fatigue chaque jour et 31 % la plupart du temps. Ces douleurs ont des conséquences sur le fonctionnement dans la



INHALE. EXHALE. NEXTHALE.

Trimbow® NE*Thaler®, la seule triple thérapie fixe en formulation extrafine* pour vos patients atteints de BPCO¹

*MMAD (Mass Median Aerodynamic Diameter) < 2 µm³ • 1804/TCP/Trim/BE/01-2025 - FEB 2025
1. Trimbow® 88/5/9 µg poudre pour inhalation, SmPC 2022 2. Voshaar et al. Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery 2014; 27(5): 363-370 3. GOLD report 2025

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT:

Trimbow 88 microgrammes/5 microgrammes/ 9 microgrammes poudre pour inhalation.

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Chaque dose délivrée à la sortie de l'embout buccal contient 88 microgrammes de dipropionate de béclométhasone (beclomethasone dipropionate), 5 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté (formotérol fumarate dihydrate) et 9 microgrammes de glycopyrronium (glycopyrronium) (sous la forme de 11 microgrammes de bromure de glycopyrronium). Chaque dose émise contient 100 microgrammes de dipropionate de béclométhasone (beclomethasone dipropionate), 6 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté (formotérol fumarate dihydrate) et 10 microgrammes de glycopyrronium (glycopyrronium) (sous la forme de 12,5 microgrammes de bromure de glycopyrronium). **Excipient à effet notoire:** Chaque inhalation contient 9,9 mg de lactose monohydraté. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP.

FORME PHARMACEUTIQUE:

Poudre pour inhalation. Poudre blanche ou presque blanche contenue dans un inhalateur blanc (NEXThaler).

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES:

Traitement continu de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta-2-agoniste de longue durée d'action ou par l'association d'un bêta-2-agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action (voir rubrique 5.1 du RCP pour les résultats obtenus sur les symptômes de BPCO et la prévention des exacerbations).

POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

Posologie: La dose recommandée est de 2 inhalations 2 fois par jour. La dose maximale est de 2 inhalations 2 fois par jour. **Populations particulières: Personnes âgées:** Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients âgés (65 ans et plus). **Insuffisance rénale:** Trimbow peut être utilisé à la dose recommandée chez les patients atteints d'insuffisance rénale légère (débit de filtration glomérulaire [DFG] ≥ 50 à < 80 mL/min/1,73 m²) à modérée (DFG ≥ 30 à < 50 mL/min/1,73 m²). Chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min/1,73 m²) ou terminale (DFG < 15 mL/min/1,73 m²) (patients dialysés), et en particulier en cas de diminution significative de la masse corporelle, l'utilisation ne sera envisagée que si les bénéfices attendus l'emportent sur les risques potentiels (voir rubriques 4.4 et 5.2 du RCP). **Insuffisance hépatique:** En l'absence de donnée disponible, la prudence est requise chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère (classe C de Child-Pugh) (voir rubriques 4.4 et 5.2 du RCP). **Population pédiatrique:** Il n'existe pas d'utilisation justifiée de Trimbow dans la population pédiatrique (en dessous de 18 ans) dans l'indication en traitement de la

bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). **Mode d'administration:** Voie inhalée. L'inhalateur est déclenché par l'inspiration. Pour une utilisation correcte de Trimbow, il est souhaitable que le patient bénéficie d'une démonstration du fonctionnement de l'inhalateur faite par le médecin ou un autre professionnel de la santé. Celui-ci devra également s'assurer régulièrement que la technique d'inhalation du patient est correcte (voir « Instructions d'utilisation » ci-dessous). Il sera conseillé au patient de lire attentivement la notice et de suivre les instructions d'utilisation qu'elle contient. Il sera recommandé au patient de se rincer la bouche ou de se gargariser avec de l'eau sans l'avaler ou encore se brosser les dents après chaque inhalation (voir rubrique 4.4 du RCP). Pour les instructions d'utilisation, voir la rubrique 4.2 du RCP.

CONTRE-INDICATIONS:

Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP.

EFFETS INDÉSIRABLES:

Résumé du profil de sécurité: Les effets indésirables signalés le plus fréquemment chez les patients atteints de BPCO ou d'asthme sont, respectivement : la dysphonie (0,3 % et 1,5 %) et la candidose buccale (0,8 % et 0,3 %), qui sont des risques connus avec les corticostéroïdes inhalés, les crampes musculaires (0,4 % et 0,2 %), déjà décrites avec les bêta-2-agonistes de longue durée d'action, et la sécheresse buccale (0,4 % et 0,5 %), effet connu des anticholinergiques. De même, une sécheresse buccale a été rapportée chez 2 patients (0,6 %) avec Trimbow poudre pour inhalation. Chez les patients asthmatiques, les effets indésirables ont tendance à survenir sur les 3 premiers mois qui suivent l'initiation du traitement et deviennent moins fréquents au cours de l'utilisation à plus long terme (après 6 mois de traitement).

Tableau des effets indésirables: Les effets indésirables de l'association dipropionate de béclométhasone/formotérol/glycopyrronium survenus au cours des études cliniques et depuis la commercialisation ainsi que les effets indésirables observés avec chacun des composants commercialisés sont indiqués ci-dessous, par classes de systèmes d'organes et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit: 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) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Infections et infestations:** Fréquent: Pneumonie (chez les patients présentant une BPCO), pharyngite, candidose orale, infection des voies urinaires, rhinopharyngite. Peu fréquent: Grippe, mycose buccale, candidose oropharyngée, candidose œsophagienne, (oro) pharyngite fongique, sinusite, rhinite, gastroentérite, candidose vulvovaginale. Rare: Mycoses des voies respiratoires basses. **Affections hématologiques et du système lymphatique:** Peu fréquent: Granulopénie. Très rare: Thrombopénie. **Affections du système immunitaire:** Peu fréquent: Dermite allergique. Rare:



Trimbow® 88/5/9 µg poudre pour inhalation			
CONDITIONNEMENT	PRIX PUBLIC	PATIENT ACTIF	PATIENT VIPO
Single pack (120 doses)	€ 63,99	€ 12,50	€ 8,30
Tripack (3 x 120 doses)	€ 165,44	€ 12,50	€ 8,30



Trimbow®
NE*Thaler®

Avec Trimbow® NE*Thaler® vos patients entendent, goûtent et voient chaque dose complète administrée.^{1,2} Jour après jour.

Scannez le code QR pour commander votre échantillon et en savoir plus.

Réactions d'hypersensibilité, dont érythème, œdèmes des lèvres, du visage, des yeux et du pharynx. Affections endocriniennes: Très rare: Inhibition des fonctions surrénales. Troubles du métabolisme et de la nutrition: Peu fréquent: Hypokaliémie, hyperglycémie. Rare: Baisse de l'appétit. Affections psychiatriques: Peu fréquent: Impatiences. Fréquence indéterminée: Hyperactivité psychomotrice, troubles du sommeil, anxiété, syndrome dépressif, agression, troubles du comportement (principalement chez l'enfant). Rare: Insomnie. Affections du système nerveux: Fréquent: Céphalée. Peu fréquent: Tremblement, sensation vertigineuse, dysgueusie, hypoesthésie. Rare: Hypersomnie. Affections oculaires: Fréquence indéterminée: Vision floue (voir également rubrique 4.4 du RCP). Très rare: Glaucome, cataracte. Affections de l'oreille et du labyrinthe: Peu fréquent: Inflammation de la trompe d'Eustache. Affections cardiaques: Peu fréquent: Fibrillation auriculaire, allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme, tachycardie, tachyarythmie, palpitations. Rare: Angor (stable et instable), extrasystoles (ventriculaires et supraventriculaires), tachycardie paroxystique, bradycardie sinuale. Affections vasculaires: Peu fréquent: Hyperhémie, bouffée vaso-motrice, hypertension artérielle. Rare: Hématome. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: Fréquent: Dysphonie. Peu fréquent: Crise d'asthme, toux, toux productive, irritation de la gorge, épistaxis, érythème pharyngé. Rare: Bronchospasme paradoxal, exacerbation de l'asthme, douleur oropharyngée, inflammation du pharynx, gorge sèche. Très rare: Dyspnée. Affections gastro-intestinales: Peu fréquent: Diarrhée, sécheresse buccale, dysphagie, nausées, dyspepsie, sensation de brûlure des lèvres, caries dentaires, stomatite (aphteuse). Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Peu fréquent: Rash, urticaire, prurit, hyperhidrose. Rare: Angioedème. Affections musculosquelettiques et du tissu conjonctif: Peu fréquent: Contractures musculaires, myalgie, extrémités douloureuses, douleur musculosquelettique du thorax. Très rare: Retard de croissance. Affections du rein et des voies urinaires: Rare: Dysurie, rétention urinaire, néphrite. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: Peu fréquent: Fatigue. Rare: Asthénie. Très rare: Œdèmes périphériques. Investigations: Peu fréquent: Protéine C-réactive augmentée, numération plaquettaire augmentée, acides gras libres augmentés, insuline sanguine augmentée, acidocétose, diminution de la cortisolémie. Rare: Augmentation de la pression artérielle, diminution de la pression artérielle. Très rare: Diminution de la densité osseuse. Effets indésirables signalés dans le RCP d'au moins l'un des composants du médicament mais non observés en tant qu'effets indésirables lors du développement clinique de Trimbow. Parmi les effets indésirables observés, les suivants sont imputables au: Dipropionate de béclométhasone: Pneumonie, mycose buccale, mycose des voies respiratoires basses, dysphonie, irritation de la gorge, hyperglycémie, troubles psychiatriques, diminution de la cortisolémie, vision floue. Formotérol: Hypokaliémie, hyperglycémie, tremblement des extrémités, palpitations, contractures musculaires, allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme, augmentation de la pression artérielle, diminution de la pression artérielle, fibrillation auriculaire, tachycardie, tachyarythmie, angor (stable

ou instable), extrasystoles ventriculaires, tachycardie paroxystique. Glycopyrronium: Glaucome, fibrillation auriculaire, tachycardie, palpitations, sécheresse buccale, caries dentaires, dysurie, rétention urinaire, infection des voies urinaires.

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, Division Vigilance, Avenue Galilée 5/03, 1210 BRUXELLES

Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be
e-mail: adr@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.

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:

Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italie.

NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:

EU/1/17/1208/010 - EU/1/17/1208/011 - EU/1/17/1208/012.

STATUT LÉGAL DE DÉLIVRANCE:

Médicament soumis à prescription médicale.

DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE:

24/03/2022. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments

www.ema.europa.eu.

vie quotidienne. 90 % ont rapporté être limités dans leurs activités de la vie quotidienne (dont la moitié sont fortement limités). 53 % des répondants affirment avoir un handicap invisible et 26 % rapportent à la fois des handicaps visibles et invisibles. 58 % affirment avoir de grosses difficultés et 36 % des difficultés pour obtenir des soins adaptés, un soutien financier ou autre. « Cette enquête apporte des preuves inédites que la plupart des personnes atteintes de maladies rares - huit sur dix - vivent avec des handicaps. Cependant, nombre d'entre elles luttent pour que leur handicap soit reconnu et pour accéder à l'aide dont elles ont besoin », estime Eva Schoeters, directrice de Radiorg.

Des difficultés à tout âge

« Pour la première fois, nous disposons de données confirmant l'ampleur de ces défis. Les résultats révèlent également les obstacles importants auxquels sont confrontées les personnes vivant avec une maladie rare en matière de participation sociale, qu'il s'agisse de l'inclusion limitée des enfants et des adolescents dans l'éducation ou des taux de chômage plus élevés chez les adultes en âge de travailler », ajoute Eva Schoeters. « Plus de la moitié des personnes interrogées en Belgique estimaient que, lors de l'évaluation de leur handicap, leurs problèmes n'ont pas été reconnus de manière adéquate, et pour 41 % d'entre elles, l'interaction avec les évaluateurs a été une expérience négative. Seul un tiers des personnes interrogées ont déclaré avoir pu accéder au soutien auquel elles avaient droit après l'évaluation. »

« Nous souhaitons donc attirer l'attention des politiques sur le fait que nos systèmes d'évaluation ne sont pas adaptés pour évaluer correctement les besoins des personnes vivant avec une maladie rare », conclut la directrice de Radiorg. « Il est important de sensibiliser les organismes chargés des évaluations aux maladies rares car l'impact de ces maladies complexes et méconnues ne peut être correctement évalué qu'avec l'ouverture et l'attention appropriées. Ce n'est qu'ainsi que les personnes pourront bénéficier de l'aide à laquelle elles ont droit et avoir des chances égales de participer à la vie en société. »

La rédaction

PMA : Maman, mais à quel prix ?

Dans « Maman à tout prix », France Dammel, en collaboration avec le Pr Christophe Blockeel (UZ Brussel), nous emmène dans les coulisses d'un parcours de PMA. Un livre autobiographique jalonné de solides informations médicales, à mettre entre les mains de vos patientes concernées par la thématique.

Si la procréation médicalement assistée (PMA) a fait des progrès révolutionnaires depuis l'avènement des premiers bébés nés par FIV – Louise Brown (UK) en 1978, Amandine (Fr) en 1982, puis les premières naissances belges dès 1983 –, le parcours des futures mamans, près d'un demi-siècle plus tard, n'en demeure pas moins celui du combattant, bien souvent. Un chemin vers une maternité qui n'est jamais assurée, jalonné de hauts et de bas, dont seules les patientes qui l'ont éprouvé peuvent témoigner.

C'est le cas de **France Dammel**, maman de deux garçons nés grâce à la PMA et, de surcroît, maman solo par choix. Son nom vous est sans doute familier, vous avez déjà pu le lire dans les colonnes du journal du Médecin, et France – par ailleurs infirmière – fut également porte-parole francophone du ministre fédéral Frank Vandenbroucke en pleine crise du covid. Avec ce livre, son autre « bébé » en quelque sorte, elle signe une autobiographie qui se veut avant tout empathique et didactique pour aider toutes les femmes qui partagent cette aventure (ou pensent s'y lancer). Le Dr **Christophe Blockeel**, gynécologue et co-auteur, apporte la caution scientifique en répondant à toutes les questions médicales autour de la PMA. **Le journal du Médecin : Ce livre n'est pas un ixième témoignage de patiente dans le dédale des soins de santé mais un vrai concerto à deux voix, où un spécialiste en PMA complète votre vécu par son expertise de médecin de terrain...**

France Dammel : Quand j'ai entamé mes démarches en PMA, il y a 12 ans, je trouvais qu'il manquait vraiment d'information. Et dix ans plus tard, à la naissance de Jules, je me suis dit qu'entre-temps, malgré la diversification des canaux de communication, il manquait encore d'une information correcte, vérifiée. Donc si

j'écrivais un livre – ce dont j'avais envie depuis le début –, je voulais m'entourer de professionnels de la santé pour étoffer le propos. Je voulais un livre fiable, utile face à l'ampleur de la désinformation, notamment sur les réseaux sociaux.

C'est là qu'intervient le Dr Blockeel ?

C'est le médecin grâce à qui Pierrick, mon premier fils, est né : c'est lui qui a fait le transfert d'embryon à l'UZ Brussel, il est donc là depuis le début de mon parcours. Il ne fait que de la PMA et n'hésite pas à prendre du temps avec ses patientes pour les informer. Il a tout de suite accepté quand je lui ai proposé de participer au livre, il trouvait la démarche intéressante car il manque d'information et de livres de ce genre, tant du côté francophone que néerlandophone.

Le livre n'est pas réservé aux futurs parents, il peut aussi intéresser les médecins, de famille ou gynécologues, dont certaines patientes sont concernées...

Je crois que c'est bien, à un moment, de s'attarder sur le vécu des patientes. Il n'y a pas que la situation et les données médicales de la patiente : interviennent aussi le contexte et la façon dont elle perçoit ce qui lui est proposé comme traitement et options possibles. C'est un processus complexe, qui touche à l'intime et le sujet est encore tabou. Des personnes m'ont dit : 'Je vais acheter le livre pour l'offrir à ma fille qui est en PMA mais ne l'a dit à personne'. C'est encore considéré comme une « défaillance » de ne pas arriver à faire un bébé alors que pourtant, un couple sur six éprouve des difficultés pour procréer.

Le livre aborde les difficultés de la PMA, mais aussi les complications médicales liées à la grossesse même, comme la prématurité et le deuil périnatal...

J'ai voulu aborder tout mon parcours de PMA et malheureusement, dans mon cas,



France Dammel et ses deux fils nés par PMA.

En médaillon : le Dr Blockeel (UZ Brussel), co-auteur du livre.

j'ai aussi perdu deux enfants. Intervient donc là l'aspect obstétrical, j'ai trouvé intéressant de proposer au Pr Patrick Emonts (CHU Liège - Hôpital Citadelle) d'expliquer ces complications, vu qu'il a suivi ma dernière grossesse et m'a permis de refaire confiance au corps médical malgré mes peurs liées à mes antécédents médicaux et des expériences douloureuses.

Vous êtes infirmière et spécialiste de la communication en santé et donc rodée au jargon médical mais, malgré cela, chaque étape du parcours en PMA apporte son lot d'informations scientifiques et complexes, il faut aussi s'auto-administrer des traitements... Comment font les femmes qui n'ont pas ce 'bagage' préalable ?

Que ce soit en PMA ou dans d'autres domaines comme l'oncologie par exemple, il y a désormais des infirmières coordinatrices, qui font une grande partie de ce travail d'information et sont un point de repère important pour les patientes tout au long du parcours. L'objectif du livre est justement de vulgariser les termes utilisés. Le Pr Blockeel explique le b.a.-ba de la PMA mais il aborde également des questions telles que l'âge de la future maman, sujet encore tabou, pour conscientiser à son importance et à son impact sur la ferti-

lité, et expliquer les solutions possibles comme le *social freezing*.

Le livre souligne par ailleurs les nombreux progrès médicaux réalisés tout au long de ces dix années de parcours...

Aujourd'hui, par exemple, 98 à 99 % des embryons survivent à la décongélation, contre 60 % quand j'ai commencé. Les traitements se sont aussi améliorés et entraînent moins d'effets secondaires : le syndrome d'hyperstimulation ovarienne que j'ai connu est ainsi devenu rare à l'heure actuelle.

Un entretien de Cécile Vrayenne

Retrouvez cette interview en intégralité sur notre site www.lejournaldumedecin.com

>> France Dammel et Pr Christophe Blockeel. *Maman à tout prix – Patiente et gynécologue vous disent tout sur la PMA*. Racine



Transidentité : le grand malentendu ?

Alors que les revendications transgenres bouleversent les repères sociaux, éducatifs et médicaux, la quête identitaire des jeunes soulève des questions cruciales. Entre influences des réseaux sociaux, médicalisation précipitée et déconnexion avec la biologie, cette « identité à la carte » reflète un malaise générationnel profond, regrettent les Drs Jean-Pierre Lebrun et Beryl Koener, dans un essai récent^[1]. En jeu : l'équilibre entre tolérance envers les trans et ancrage dans la réalité genrée.

La revendication transgenre chez les jeunes soulève aujourd'hui de nombreuses questions, tant sur le plan médical que sociétal. Si des lieux de prise en charge spécifique se sont multipliés ces dernières années, certains semblent s'être éloignés des objectifs initiaux fixés par les cliniciens pionniers. « Ces dispositifs suscitent un engouement croissant chez des jeunes en quête d'une solution rapide à leur mal-être, souvent en proie à des difficultés neuro-développementales ou psychiatriques. Le changement de nom, de genre ou d'apparence est parfois perçu comme une réponse miraculeuse à des angoisses existentielles, mais cette approche traduit une confusion inquiétante entre les étapes normales du développement psychique et l'interprétation hâtive de comportements infantiles », expliquent les auteurs. « Ainsi, attribuer à un enfant de cinq ans qui joue avec des accessoires genrés une identité transgenre illustre une méconnaissance des phases de construction identitaire et une intrusion psychique potentiellement traumatisante. »

Identité à la carte ?

Cette problématique s'inscrit dans une tendance plus large où les jeunes cherchent à se construire une « identité à la carte », en opposition à l'idée d'une carte d'identité symbolique imposée par la société. Ce phénomène est amplifié par une société qui valorise, outrageusement selon les auteurs, l'autodétermination et par des influences médiatiques et numériques qui modèlent les perceptions.

Cependant, l'affirmation systématique des ressentis personnels comme base d'une identité fixe pose de graves questions. Les auteurs citent notamment le psychiatre Stephen B. Levine. Il souligne que le rôle traditionnel des professionnels de santé mentale, autrefois garants d'une évaluation rigoureuse, a été remplacé par une réponse immédiate et affirmative aux revendications des

jeunes. « Ce changement, entériné par la septième édition des standards de la World Professional Association for Transgender Health (WPATH), favorise une médicalisation rapide avec des conséquences parfois irréversibles, comme l'administration d'hormones ou la chirurgie après quelques consultations seulement. »

Angoisse pubertaire

L'adolescence, période marquée par des angoisses liées à la puberté et à la quête identitaire, est souvent interprétée à tort comme un indicateur d'une transidentité, à en croire les Drs Lebrun et Koener. « Être en souffrance face à son identité sexuée ou son genre ne signifie pas nécessairement que l'on est transgenre. Pourtant, les réponses proposées par la société, largement influencées par les réseaux sociaux, orientent de plus en plus les jeunes vers une transformation de leur identité de genre comme solution à leur mal-être. Cette dynamique est également encouragée par des politiques éducatives inclusives qui, bien qu'animées par de bonnes intentions, contribuent parfois à brouiller les repères biologiques fondamentaux. »

Au-delà de l'éducation, c'est tout un socle de principes biologiques universels qui semble remis en cause. « Des universitaires et des professionnels de santé, y compris des médecins, valident parfois des théories niant les fondements biologiques en faveur d'une vision postmoderne de la connaissance. Cette tendance, qualifiée par certains de 'blanchiment idéologique par les universités', est particulièrement préoccupante dans les domaines de la médecine et de la biologie. »

Exigences civilisationnelles

La montée en puissance des revendications transgenres révélerait, selon les auteurs, un déséquilibre profond entre les libertés individuelles et les exigences civilisationnelles. « Les gouvernements, pris dans un climat d'intimidation idéologique, peinent à adopter des positions claires. Toute dissidence, même mesurée, est



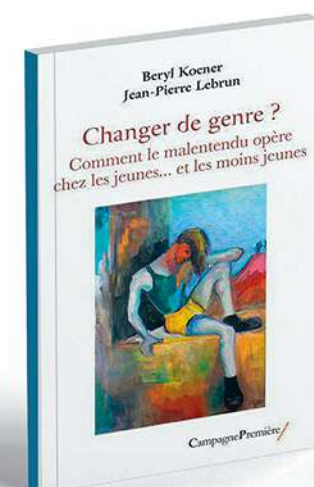
rapidement taxée de transphobie, poussant nombre d'acteurs, qu'ils soient politiques, médiatiques ou scientifiques, à l'autocensure. Parallèlement, les réseaux sociaux jouent un rôle clé en amplifiant les discours militants et en imposant un cadre normatif qui rejette toute nuance. Cela alimente un contexte où les revendications individuelles, portées par des minorités activistes, prennent le pas sur les réalités collectives. »

Cette situation invite à une réflexion critique sur les enjeux philosophiques et politiques de la question transgenre. La conviction intime d'être d'un autre genre que son sexe anatomique relève-t-elle d'un déni de réalité ou d'une étape psychique à accompagner avec prudence ? Est-il légitime d'intervenir médicalement, avec des traitements hormonaux ou chirurgicaux coûteux et parfois irrémédiables, chez des adolescents encore en construction identitaire ?

Loin de nier l'existence de la transidentité ni les discriminations à son endroit qu'il faut combattre avec la dernière énergie, les auteurs appellent à « une approche réfléchie et équilibrée, indispensable pour éviter de céder aux pressions idéologiques, tout en offrant un

accompagnement respectueux et adapté aux jeunes en souffrance ».

Nicolas de Pape



Jean-Pierre Lebrun est psychiatre et psychanalyste, ancien président de l'Association freudienne de Belgique et vice-président de l'Association lacanienne internationale.
Beryl Koener est pédopsychiatre et docteur en sciences neuropsychopharmacologiques.

[1] Beryl Koener et Jean-Pierre Lebrun. *Changer de genre ? Comment le malentendu opère chez les jeunes... et les moins jeunes*. Campagne Première. ISBN 978-237-206-082-0.

Qui êtes-vous, Docteur(e)?

Les dernières statistiques Inami (2023) sur l'activité en médecine générale permettent de dresser le profil du généraliste d'aujourd'hui. Bien que les 65+ ans soient encore très actifs, le généraliste a tendance à rajeunir, à se féminiser et opte davantage pour une pratique de groupe. Sa charge de travail ne s'allège pas, et le volume de sa patientèle est identique au Nord et au Sud. Autre constat, rassurant: le risque de pénurie est sous contrôle.

En 2023, la Belgique comptait en moyenne 8,35 médecins généralistes équivalents temps plein (MG ETP) pour 10.000 personnes en ordre d'assurance maladie-invalidité (« assurés »). Soit près de 6 % de plus qu'il y a dix ans, nous apprend le dernier « *Health Professionals Report: Capacity, Accessibility and Production* » de l'Inami.

Sur les 18.518 MG recensés, **14.286 généralistes étaient actifs**, dont 9.615 à temps plein (3.957 francophones et 5.658 néerlandophones). Un généraliste actif travaille en moyenne trois quarts de temps plein. Près d'un généraliste sur sept âgé de moins de 65 ans et porteur d'un numéro Inami n'a pas d'activité 'AMI' (il est médecin conseil, du travail, médecin contrôle...).

Le Luxembourg, champion de la densité médicale

S'il n'y a pas de disparité entre les trois régions, on constate des différences entre provinces. La densité en MG est la plus faible à Anvers (7,76 MG ETP/10.000 assurés) et la plus forte se trouve au... Luxembourg (10,34). Paradoxal, alors qu'on évoque

souvent des 'déserts médicaux' au sud du pays? « *Les annonces en termes de pénurie faites par la Région wallonne concernent les communes, or ici on parle des provinces* », nuance d'emblée **Pascal Meeus**, de l'Inami, premier auteur du rapport. « *Il y a suffisamment de médecins par rapport au nombre d'assurés à l'échelon de la province du Luxembourg.* »

Le nombre d'habitants au km² y est plus faible... Or, pour garantir la pérennité de son activité, un MG doit s'assurer une patientèle suffisante. D'autant plus s'il pratique en groupe: si un médecin en solo nécessite un millier de patients au minimum, un cabinet à quatre doit donc en compter 4.000 (soit +/-5.000 habitants). Les MG ont donc tout intérêt à s'installer dans de gros bourgs... Or la pratique de groupe représente désormais 57 % de l'activité en MG, contre 36 % il y a dix ans. Elle atteint même 68 % en Flandre (38 % en Wallonie et à Bruxelles).

Le Brabant wallon moins accessible financièrement

Pour pouvoir estimer l'accessibilité financière au MG, l'Inami calcule un taux de 'conventionnement pondéré' (qui ne reflète pas le conventionnement

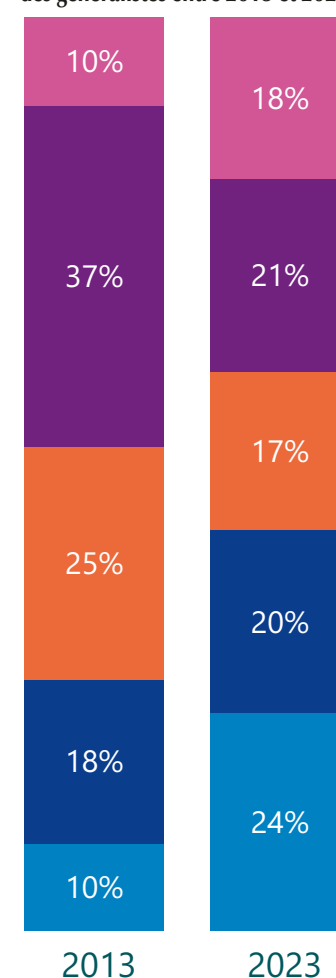
réel, NdLR). S'il augmente de manière générale (89 %, versus 85 % en 2013), il est faible dans le Brabant wallon (74 %, le plus bas de Belgique), alors que la densité de MG y est de 8,3. « *Donc, malgré le fait qu'il y a plus de généralistes dans le Brabant wallon, vu qu'ils sont moins conventionnés qu'ailleurs, l'accessibilité financière pour le patient y est plus faible* », analyse M. Meeus. « *Un microphénomène propre au BW, que l'on observe aussi au niveau des médecins spécialistes.* » C'est dans le Limbourg (98 % de conventionnement pondéré) et à Namur (96 %) que l'accessibilité financière est la plus grande.

Des glissements au sein du chapitre II

Sans trop de surprise, 99 % des généralistes travaillent en privé; quelques-uns pratiquent en polycliniques ou en médecine d'urgence, mais la médecine générale n'est pas propice à développer des 'clusters' de sous-spécialisations comme chez les spécialistes (chirurgiens cardiaques, digestifs, etc.).

Autre non-surprise: quasi 100 % des dépenses AMI des MG concernent le chapitre II de la nomenclature, soit des consultations & visites et des forfaits

Évolution des classes d'âge des généralistes entre 2013 et 2023.



Year

AgeProvider



Copyright Inami

DMG. Les téléconsultations, dont la suspension du remboursement fait débat ces dernières semaines, apparaissent clairement en 2023. En cinq ans (2023 vs 2018), les consultations (physiques) sont passées de 83 % à 77 %, et les DMG ont grimpé de 3 % (de 14 % à 17 % des dépenses). À l'heure actuelle, les visites à domicile représentent encore un peu plus de 20 % dans le Hainaut, à Liège et à Namur, contre à peine 12 à 15 % à Anvers et à Bruxelles. On est passé d'environ 40 % de visites début 2000 à 30 % en 2010, puis 20 % aujourd'hui, principalement pour des patients BIM ou très âgés.

Les patients qui ont vu leur MG ont eu en moyenne 6,23 contacts sur l'année (+12 % en cinq ans). De son côté, le généraliste (ETP) a eu **6.754 contacts patients en moyenne sur l'année** (+18,2 %). Une hausse qui s'explique par l'intro-

duction de la téléconsultation, qui a dopé le nombre de contacts. En effet, si l'on regarde le nombre de consultations et visites en contact 'physique' - nombre qui avait plongé en 2020-2021 à cause de la pandémie -, il revient à peine à son niveau de 2019 alors que le nombre de contacts est plus élevé. La différence ne peut donc s'expliquer que par des consultations en distanciel.

Une charge de travail en hausse

Un généraliste (ETP) a en moyenne 1.076 patients (+4.36 % par rapport à 2018). Il voit son patient quatre fois par an. Les MG francophones ont le même volume de patientèle que leurs confrères flamands (1.080 contre 1.074), mais ceux-ci ont davantage de contacts (500 de plus/an).

Les généralistes bruxellois et anversois ont plus de patients (1.174 et 1.132), les Limbourgeois et les Luxembourgeois en ont le moins (992 et 903). Les hommes ont 1.153 patients en moyenne, les femmes 984. Les médecins âgés de 55 à 64 ans ont la plus grosse patientèle : 1.257 patients en moyenne

(et 7.840 contacts). Si l'on regarde aux deux extrêmes de la carrière, un généraliste de 34 ans a en moyenne 676 patients, contre 1.107 pour son confrère de plus de 65 ans.

La pénurie sous contrôle

Sans surprise, la profession se féminise : 49 % de l'activité en MG en 2023 était effectuée par des femmes (42 % en 2019). Soit 4.708 ETP féminins, contre 3.872. Les femmes MG sont désormais plus nombreuses que leurs confrères dans le Brabant wallon (58 %), à Bruxelles (52 %) et dans le Luxembourg (51 %). Liège et le Hainaut ne comptent « que » 46 % de MG femmes. Par ailleurs, le métier rajeunit : le généraliste francophone est âgé de 48,6 ans en moyenne (52,5 ans il y a dix ans). Les différentes cohortes d'âges s'équilibrent mieux (*voir graphique*), même si les 65+ ans occupent encore 18 % de l'activité.

Le taux d'accroissement des actifs côté francophone était de 2,5 % entre 2019 et 2023 (1,3 % côté flamand). Le taux de remplacement des MG âgés de 55+ ans par des moins de 55 ans est

passé à 1,22 (0,86 en 2019). « Un chiffre rassurant, qui montre que la situation est sous contrôle par rapport à la crainte de pénurie grâce aux adaptations via la Commission de planification », souligne Pascal Meeus. Il y avait 1.420 MG âgés de 34 ans il y a dix ans, on en dénombrait 3.524 en 2023. La Fédération Wallonie-Bruxelles avait fixé par décret que le nombre de médecins qui s'orientaient vers la MG devait avoi-

ner les 43 % en 2023 – on y est quasi (en 2011, seuls 25 % des jeunes diplômés optaient pour la MG). « Cela signifie que nous 'produisons' assez de généralistes par rapport aux craintes de pénurie, mais ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas de soucis au niveau de la répartition géographique », conclut l'expert de l'Inami.

Cécile Vrayenne

Les 65+ ans tiennent la corde

Les généralistes âgés de 65 ans et plus représentent 25 % de l'activité en MG, dont 18 % l'effectuent encore à plein régime (2023). Ces 18 % représentent une augmentation de 83 % par rapport à 2013 (et ils n'étaient « que » 6 % en 2000). Ces généralistes correspondent à une cohorte importante à une époque, qui a avancé en âge et continué à travailler bien au-delà de l'âge de la pension ces dernières années. « C'est ce qui a sauvé la médecine générale

depuis dix ans, avec la prise de conscience de cette classe d'âge des 45-54 ans qui ne serait pas remplacée et qui poursuit sa carrière, tout en mettant l'accent sur l'importance du renouvellement en augmentant le quota de jeunes médecins », déchiffre Pascal Meeus. Au niveau francophone, le Hainaut compte 21 % de généralistes de 65+ ans, suivi de Liège (20 %), de Bruxelles et du Luxembourg (17 %), de Namur (16 %), puis du Brabant wallon (15 %).

Flexofytol®

FÊTE SES 15 ANS

Articulations, muscles & tendons¹ :

EXIGEZ LE MEILLEUR !





-  La seule formulation étudiée scientifiquement en double aveugle contre placebo²
-  Excellente tolérance
-  N°1 du marché³



www.flexofytol.be

¹ Le curcuma contribue au maintien de la flexibilité et de la souplesse des articulations et des tendons. Le boswellia contribue au maintien de la flexibilité et de la souplesse des articulations. La vitamine D contribue au maintien d'une fonction musculaire normale. • ² Parmi les produits à base de curcuma et boswellia commercialisés en Belgique. Étude en cours de publication. • ³ IQVIA OTC Jointcare (systemic) - dec 2024. Prescription d'un complément alimentaire au consommateur en conformité avec la notification et le statut du produit.

« Je n'avais jamais imaginé voir la chute du régime Assad de mon vivant »

Le Pr Moustapha Hamdi, chirurgien plasticien (UZ Brussel), évoque la situation sanitaire en Syrie, son pays d'origine, dans la foulée de la chute du régime dictatorial des Assad.

Formé en tant que médecin à Damas, Moustapha Hamdi a poursuivi sa formation chirurgicale en Belgique, où il exerce la chirurgie mammaire depuis plus de 30 ans. Fort de sa renommée, il a créé une fondation active en Belgique et dans son pays, la Syrie. Il évoque pour nous la libération de la dictature sanguinaire des Assad, la situation sanitaire et un avenir qu'il envisage désormais meilleur.

Le journal du Médecin : Quand vous êtes-vous rendu en Syrie pour la dernière fois ?

Pr Moustapha Hamdi : J'avais l'habitude, depuis l'arrêt de la guerre en 2017, de rentrer en Syrie tous les trois ou quatre mois car j'y ai encore de la famille : ma mère et les enfants de mon frère, mort dans une explosion durant la guerre. Avec la fin du conflit, je me suis également impliqué dans le traitement de cas résultant de la guerre, mais qui se sont espacés au fil du temps. Mon dernier séjour remonte à avril 2024, la situation est devenue instable du fait de la guerre à Gaza : Israël a commencé à bombarder à la fois le Liban et la Syrie. Mais depuis la chute du régime d'Assad, j'ai planifié mon prochain séjour, pour avril.

L'industrie du Captagon

Que savez-vous de la situation médicale actuelle ?

Je n'avais jamais imaginé voir la chute du régime de mon vivant. L'allégresse a suivi, avant le choc de constater que les dirigeants étaient partis avec l'argent destiné au budget de l'État. Un État qui bénéficiait d'une aide minimale du fait des sanctions interna-



Le système de santé est au bord de la faillite, notamment à cause des restrictions imposées par l'ONU (ici à l'hôpital de la Syrian American Medical Society, Idlib).

tionales, et basé uniquement sur la corruption. Face aux sanctions, le régime Assad a réagi en développant l'industrie du Captagon, stupéfiant dont la Syrie est devenue le producteur numéro un au niveau mondial après la guerre, et qui a permis au régime de s'enrichir. Lorsque Assad a fui en Russie, c'est lesté de deux milliards de dollars et 250 millions de dollars en or. Aujourd'hui, tout se trouve paralysé : les salaires ne sont pas payés, les hôpitaux liés au gouvernement sont quasiment à l'arrêt. Le nouveau régime de al-Charaa, devenu président, a remplacé ces services a minima, imaginé un « plan Marshall » dans l'urgence, tout en commençant le grand nettoyage au niveau de la corruption.

Le problème, c'est le fonctionnement à long terme dans un pays privé de ressources financières à cause de sanctions qui ne sont pas levées. Impossible de rebâtir le pays, d'entretenir les struc-

tures de base et de redéployer les services médicaux. J'ai été heureux d'apprendre que récemment, l'Union européenne a décidé de lever la plupart des sanctions pour un an et de réévaluer ensuite la situation. Contrairement aux Américains qui les maintiennent encore pour cinq ans, alors qu'ils pompent le pétrole syrien dans la région du Nord tenue par les Kurdes. Sans la levée des sanctions, la Syrie se trouve dans une impasse.

Au niveau médical, l'aide vient-elle des pays du Golfe ?

Majoritairement du Qatar, de l'Arabie saoudite et de la Turquie.

Nouveau régime

Le fait que le nouveau régime soit d'obédience islamiste, selon nos critères, a-t-il un impact au niveau de la santé ?

Non, le danger n'est pas un régime islamiste en soi : le danger, ce sont les

radicaux. C'est une menace pour le peuple, qui a suffisamment souffert. La Syrie n'a jamais été radicalisée. Au regard de l'histoire, le pays est connu pour être une halte importante sur la Route de la soie, un pays de commerçants. Et là où il y a du commerce, les religions jouent un rôle moins important. Hélas, lorsque l'économie est au plus mal et l'injustice criante, au sein d'un régime brutal, la population se tourne vers la religion. Mais les Syriens restent ouverts dans leur mentalité, dans un pays où les minorités religieuses sont nombreuses, notamment des chrétiens qui n'ont pas fui comme dans d'autres pays du Moyen-Orient. Alors c'est vrai, durant cette période transitoire, le sentiment religieux musulman ira dans un sens un peu plus islamique, mais ne s'en prendra jamais aux minorités. Après n'importe quelle guerre, il y a des crises sociales très importantes, de la prostitution, du ban-

ditisme, du vandalisme du fait du manque d'argent. Avoir une doctrine religieuse temporairement un peu plus rigoriste en dehors des lois étatiques ne me choque pas. Mais ce n'est pas pour autant qu'on doit imposer une façon de vivre aux minorités religieuses.

Cette tendance islamiste n'a donc aucune influence sur la façon dont on soigne les gens ?

Non, mais sans arrêt des sanctions, je ne vois pas d'avenir. Pour bâtir un centre, pour développer des services, il faut une autorisation officielle. Lever les sanctions est indispensable pour disposer des transferts d'argent nécessaires. Autant les structures médicales en Syrie sont en ruines, autant le corps médical est remarquable, l'un des meilleurs au Proche-Orient, voire au monde. En Allemagne, actuellement, 4.000 médecins syriens sont à l'œuvre : s'ils quittent ce pays, il connaîtra une crise sanitaire. En Syrie, avoir un fils médecin ou ingénieur est une fierté. Les médecins syriens ont une excellente réputation, on les trouve partout, ils jouissent souvent d'une situation aisée et envoient de l'argent au pays ou sou-

tiennent le système de santé déficient. C'est le cas de la fondation que j'ai créée, mais c'est une initiative modeste. La Syrie pourrait devenir une 'Singapour' du Moyen-Orient au regard de ses ressources humaines.



« Il existait une énorme classe moyenne, la pauvreté était inexistante ; du fait de la guerre, on estime que 60 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. »

– Pr Moustapha Hamdi (UZ Brussel)

Diaspora médicale

Avec la fondation, vous agissiez durant le régime Assad pour aider la population. Vous allez poursuivre ce travail, même si les sanctions ne sont pas levées ?

Évidemment, mais cela reste limité vu qu'on ne peut pas effectuer de transfert de fonds : une fois les sanctions levées, on pourra agir à plus large échelle, pas seulement aller donner un séminaire ou traiter une ou deux patientes.

Si les sanctions étaient levées, on pourrait travailler au niveau des établissements, des médicaments ?

Imaginez la différence entre remplir sa valise avec quelques instruments pour réaliser une ou deux opérations, ou être capable de bâtir un centre de trois étages où la patiente peut à la fois effectuer une mammographie, recevoir

un diagnostic, subir une opération avec tout l'accompagnement que cela suppose comme la formation et les services médicaux spécifiques. Il serait possible d'impliquer des médecins, mais également des hommes d'affaires qui apporteraient leur contribution à de tels projets.

Y a-t-il une communauté en Syrie qui fournit plus de médecins que d'autres ?

Comme en Europe, les médecins sont majoritairement issus des classes moyennes. Les parents n'étaient pas riches, mais étaient en mesure de don-

ner une bonne éducation à leurs enfants. En Syrie existait une énorme classe moyenne, et la pauvreté y était inexistante. Malheureusement, du fait de la guerre, on estime que 60 % de la population vit sous le seuil de pauvreté. Je suis convaincu qu'il y aura un rééquilibrage. Des médecins réputés sont originaires de petits villages sunnites. S'il y a une seule chose que Assad père a bien faite, c'est d'avoir obligé tout le monde à aller à l'école - l'analphabétisme était quasi inexistant. D'autant que les études, y compris universitaires, étaient gratuites : un peu comme à Cuba, dont les médecins sont aussi réputés.

Des médecins ont-ils été complices des exactions commises dans les sinistres prisons du régime ?

Malheureusement oui, certains étaient même impliqués dans la torture ; certains ont pratiqué le trafic d'organes. Une guerre est toujours sale et parmi les médecins, comme dans le cas d'autres professions, certains vendent leur âme pour de l'argent et du pouvoir...

Un entretien de Bernard Roisin



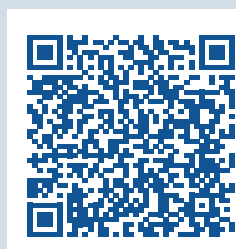
Webinaire Post-Congrès ACR

Avec Pr Patrick Durez

Ce post-congrès est accrédité.

Vous n'avez pas pu assister au Post-Congrès ACR 2024 ou souhaitez revoir ses moments clés ? Bonne nouvelle : l'enregistrement est disponible !

Regardez le webinaire on ligne



Avec le soutien institutionnel de
abbvie

L'impact de la ménopause sur la vie professionnelle et privée doit être mieux pris en compte



Jusqu'il y a peu, l'impact de la ménopause n'était abordé dans les cours de médecine que sur le plan de la santé. Des générations de médecins n'ont donc pas été formées à en mesurer les autres impacts, explique le Pr Serge Rozenberg (Clinique Saint-Pierre, et secrétaire de la *Belgian Menopause Society*).

C'est quelque chose qui a émergé depuis une petite dizaine d'années, avec les premiers travaux montrant un impact important sur différents aspects de la vie. On se rend compte que les femmes qui entrent actuellement en ménopause sont nombreuses à exercer une activité professionnelle, ce qui était moins le cas auparavant. De plus, l'espérance de vie a augmenté, tout comme a évolué la notion de qualité de vie et son importance.

À ce titre, on peut citer l'étude réalisée pour Securex par des chercheurs de l'Université de Gand en 2023, qui montre chez les membres de cette société que les femmes ménopausées très symptomatiques et non traitées

présentent un taux d'absentéisme au travail très important, avec un risque d'épuisement ou de burn out majoré. À l'inverse, les femmes ménopausées qui sont asymptomatiques ou qui suivent un traitement efficace de leur symptomatologie sont plus efficaces que les hommes plus jeunes qu'elles.

« Attention, cependant », remarque Serge Rozenberg : « rappelons que ce genre d'étude montre une association, et pas un lien de causalité. Il n'empêche que d'autres études (notamment américaines) concluent également sur un impact important sur la productivité. Plusieurs membres de la BMS ont été invités à témoigner auprès d'une commission du Sénat, qui a ensuite rédigé un rapport ^[1] sur la ménopause, la reconnaissant

comme un phénomène de société à prendre en compte, ainsi que les pathologies qui lui sont associées. »

Outre la problématique sociétale, il faut également considérer les ménopauses précoces et leur impact sur le plan de santé cardiovasculaire, osseuse et mentale (dépression), sans oublier les risques de ruptures familiales. Un autre aspect important est le faible remboursement (voire son absence) de divers médicaments indiqués dans la ménopause.

« En 2024, pour la première fois », témoigne Serge Rozenberg, « j'ai été invité, tout comme d'autres confrères, à donner des conférences sur la ménopause dans des milieux professionnels, organisées par de grandes sociétés à l'intention

de leur personnel. Et c'est logique, puisque ces sociétés ont bien compris l'importance de la santé de leurs employés pour leur productivité. Cela signifie aussi un changement de la place, du rôle de la femme dans la société. Cependant, dans certains milieux, elle reste stigmatisée à cause de la ménopause, tout comme elle peut l'être pour la grossesse ou la dysménorrhée, en la considérant comme moins performante. »

Environ 50 % des femmes affirment que la ménopause impacte leur qualité de vie, en partie à cause des bouffées de chaleur et d'un sommeil qui est fréquemment de mauvaise qualité pour cause de transpiration nocturne, ce qui entraîne des problèmes de concentration en journée. S'y ajoutent des

troubles de l'humeur, qui peuvent être liés aux déficiences hormonales, au mauvais sommeil et/ou aux conséquences sociétales de la ménopause. C'est d'autant plus marqué que cette période de la vie correspond souvent à des obligations diverses complémentaires à la profession, comme les besoins des adolescents chez les mères ou encore l'aide à apporter à leurs parents vieillissants.

Au travail, de nombreuses femmes ont une fonction de leadership et il peut être embarrassant, par exemple, de se retrouver subitement en nage à cause d'une bouffée de chaleur alors qu'elles donnent une conférence.

« On peut proposer un traitement hormonal en cas de symptômes classiques de la ménopause, y compris des douleurs articulaires ou musculaires dont on parlait peu auparavant. »

Oser en parler, et traiter

Les femmes doivent être déculpabilisées d'abord par la reconnaissance de l'existence du problème, et ensuite par l'évocation de solutions – d'abord environnementales, comme fermer un radiateur ou ouvrir une fenêtre, mais aussi thérapeutiques. « Il faut faire disparaître la stigmatisation - voire le tabou, dans certains milieux », insiste Serge Rozenberg.

« Sur le plan du traitement, il faut agir en fonction de l'intensité de la symptomatologie. Il arrive encore que des confrères disent à leurs patientes qu'il n'y a rien à faire pour traiter la symptomatologie liée à la ménopause, ou que les traitements sont dangereux. Pourtant, l'arsenal thé-

rapeutique, qui comprend des médicaments hormonaux et non hormonaux, a été élargi ces dernières années. Le traitement hormonal de substitution actuel a moins d'impact négatif, notamment grâce à des dosages plus faibles. Quant aux traitements non hormonaux, ils permettent de mieux gérer les bouffées de chaleur et les troubles du sommeil. »

Deux grandes options thérapeutiques

La prise en charge doit avant tout évaluer le niveau de la perte de qualité de vie. Ensuite, estimer si cette perte est liée ou pas à la perte hormonale, car de nombreuses interférences de la vie (comme la perte du conjoint ou d'un parent) peuvent fausser l'évaluation.

« Le traitement hormonal, qui présente peu de contre-indications, peut être essayé si la patiente présente clairement des symptômes classiques, y compris des douleurs articulaires ou musculaires dont on parlait peu auparavant. L'absence d'amélioration signifierait que la symptomatologie de la patiente n'est pas liée à la ménopause. Si l'amélioration n'est que partielle, le problème réside peut-être tout simplement dans un dosage trop faible et donc à adapter. »

« Lorsque la patiente exprime des craintes sur le traitement hormonal à cause d'antécédents familiaux de cancer du sein, il faut lui expliquer qu'il ne s'agit pas d'une contre-indication absolue, tout en respectant ensuite son choix. En cas de contre-indication relative et/ou de craintes persistantes, une autre option thérapeutique peut être proposée, comme un antagoniste du récepteur NK3 dont l'efficacité a été démontrée. »

Dr Claude Leroy

[1] Belgium Senate: Motion for a resolution around menopause policy (by Mrs Karin Brouwers et al)

L'association d'un traitement hormonal et d'un antagoniste du NK3 a-t-il du sens ?

« A priori, non », estime Serge Rozenberg, « car les deux options thérapeutiques sont efficaces en soi. Cependant, la situation est différente lorsque la femme présente également une symptomatologie génito-urinaire, comme une fréquence

plus élevée des urgences ou des infections urinaires, une sécheresse vaginale, une irritation vulvaire ou de la dyspareunie. Dans ce cas, l'antagoniste du NK3 peut se voir associer un traitement hormonal topique, local. »

Traumeel®

aussi efficace que le diclofénac⁹



Traumeel® respecte & soutient le processus de résolution de l'inflammation dans sa totalité⁵ :

- Régule l'inflammation^{5,6}
- Induit la résolution^{2,5}
- Accélère la guérison^{4,6,7,8}



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

TRAUMEEL solution injectable **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 ampoule de 2,2 ml contient : Arnica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6, Millefolium D3, Belladonna D2, Hepar sulphur D6 à 2,2 mg ; Aconitum napellus D2 1,32 mg ; Bellis perennis D2, Mercurius solubilis D6 à 1,1 mg ; Hypericum perforatum D2 0,66 mg ; Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 à 0,55 mg ; Hamamelis virginiana D1 0,22 mg. Excipients : Chlorure de sodium, Eau pour préparations injectables. **FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable. **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique pour le traitement de diverses blessures traumatiques, telles que les entorses, luxations, contusions et gonflements articulaires ; la régulation des processus inflammatoires dans divers tissus, induisant en particulier les affections aiguës et chroniques du système musculo-squelettique. **Poésologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Dans les conditions aiguës une ampoule par jour, sinon une ampoule 1 à 3 fois par semaine. **Mode d'administration** : L'injection sera administrée par voie intramusculaire, sous-cutanée, intradermique, intra-articulaire ou péritartculaire et uniquement par un médecin. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** : Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de le prescrire à des patients souffrant de troubles du système immunitaire, par exemple en cas de maladies systémiques progressives, de maladies auto-immunes, d'immunosuppression et de maladies liées aux globules blancs. Il n'existe aucune mise en garde ni précaution spécifique relative à l'utilisation de ce médicament. Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose, c.-à-d. qu'il est essentiellement "sans sodium". **Effets indésirables** : Dans de rares cas, des réactions allergiques (hypersensibilité) peuvent survenir (par ex. des allergies cutanées, une rougeur/erythème au point d'injection, voire même un choc anaphylactique). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE32195 **MODE DE DELIVRANCE** MÉDICAMENT SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 08/2023 **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE**

TRAUMEEL solution injectable **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 ampoule de 2,2 ml contient : Arnica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6, Millefolium D3, Belladonna D2, Hepar sulphur D6 2,2 mg ; Aconitum napellus D2 1,32 mg ; Bellis perennis D2, Mercurius solubilis D6 à 1,1 mg ; Hypericum perforatum D2 0,66 mg ; Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 à 0,55 mg ; Hamamelis virginiana D1 0,22 mg. Excipients : Chlorure de sodium, Eau pour préparations injectables. **FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable. **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique pour le traitement de diverses blessures traumatiques, telles que les entorses, luxations, contusions et gonflements articulaires ; la régulation des processus inflammatoires dans divers tissus, induisant en particulier les affections aiguës et chroniques du système musculo-squelettique. **Poésologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Dans les conditions aiguës une ampoule par jour, sinon une ampoule 1 à 3 fois par semaine. **Mode d'administration** : L'injection sera administrée par voie intramusculaire, sous-cutanée, intradermique, intra-articulaire ou péritartculaire et uniquement par un médecin. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une des substances actives ou à l'un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** : Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de le prescrire à des patients souffrant de troubles du système immunitaire, par exemple en cas de maladies systémiques progressives, de maladies auto-immunes, d'immunosuppression et de maladies liées aux globules blancs. Il n'existe aucune mise en garde ni précaution spécifique relative à l'utilisation de ce médicament. Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par dose, c.-à-d. qu'il est essentiellement "sans sodium". **Effets indésirables** : Dans de rares cas, des réactions allergiques (hypersensibilité) peuvent survenir (par ex. des allergies cutanées, une rougeur/erythème au point d'injection, voire même un choc anaphylactique). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE32195 **MODE DE DELIVRANCE** MÉDICAMENT SOUMIS À PRESCRIPTION MÉDICALE **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 08/2023 **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE**

TRAUMEEL comprimés **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 comprimé de 201,5 mg contient : Arnica montana radix D2, Calendula officinalis D2, Chamomilla D3, Hamamelis virginiana D1, Millefolium D3 à 15 mg, Belladonna D4 75 mg, Aconitum napellus D3, Mercurius solubilis D6, Hepar sulphur D6 à 30 mg, Chamomilla D3, Symphytum officinale D6 à 24 mg, Bellis perennis D2, Echinacea D2, Echinacea purpurea D2 à 6 mg, Hypericum perforatum D2 à 3 mg, Excipients : Lactose monohydraté, Stéarate de magnésium. **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimés. **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique contenant des composants traditionnellement utilisés comme traitement de soutien pour les affections musculo-squelettiques, notamment des traumatismes légers ou modérés et des douleurs légères et inflammations des muscles et des articulations. Ce médicament homéopathique est utilisé selon les principes de la médecine biogéolatrique. **Poésologie** : Adultes et adolescents 12-18 ans : Prendre 1 comprimé 3x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 12 comp./jour). Enfants de 6-11 ans : Prendre 1 comprimé 2x par jour. Dans les conditions aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 6 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. 4 comp./jour). Si les symptômes persistent au-delà d'une semaine de traitement, il faut consulter un médecin. Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de prescrire le produit pour une période supérieure à 8 semaines. **Mode d'administration** : Il est recommandé de garder les comprimés dans la bouche aussi longtemps que nécessaire pour les ramollir, avant de les avaler. Les comprimés ne doivent pas être complètement dissous, mais plutôt mordus pour ensuite être avalés, éventuellement avec une gorgée d'eau. Pour les enfants, il est possible d'incruster les comprimés et de les ajouter à une petite quantité d'eau avant de les administrer. Ce médicament contenant de l'échinacée, une évaluation individuelle est recommandée avant de le prescrire à des patients souffrant de troubles du système immunitaire, par exemple en cas de maladies systémiques progressives, de maladies auto-immunes, d'immunosuppression et de maladies liées aux globules blancs. **Contre-indications** : Hypersensibilité à l'une des substances actives ou l'un des excipients. Hypersensibilité aux plantes de la famille des Composées (Asteracées). **Mises en garde spéciales et précautions d'emploi** : Les patients présentant une intolérance au galactose ou un déficit total en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, consultez un médecin. **Effets indésirables** : Marges cutanées (hypersensibilité). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE32060 **MODE DE DELIVRANCE** DÉLIVRANCE LIBRE. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 03/2021. **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE**

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT TRAUMEEL gel **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 100 g de gel contient : Arnica montana radix D3 1,5 g ; Calendula officinalis D3 0,45 g ; Hamamelis virginiana D3 0,45 g ; Echinacea D3 0,15 g ; Echinacea purpurea D3 0,15 g ; Chamomilla D3 0,15 g ; Symphytum officinale D4 0,1 g ; Bellis perennis D4 0,1 g ; Hypericum perforatum D4 0,09 g ; Aconitum napellus D1 0,05 g ; Belladonna D1 0,05 g ; Mercurius solubilis D6 0,04 g ; Hepar sulphur D6 0,025 g. Excipients : Carbone 900 NF, Hydroxyde de sodium, Eau purifiée, Ethanol 96 %. **FORME PHARMACEUTIQUE** Gel. **DONNÉES CLINIQUES Indication** : Traumeel est un médicament homéopathique utilisé comme traitement de soutien local pour les affections musculo-squelettiques, notamment des traumatismes légers ou modérés, des douleurs légères et inflammations des muscles et des articulations. **Poésologie** : Appliquer le gel 2x par jour (le matin et le soir), si nécessaire plus souvent. Si les symptômes persistent après 1 semaine de traitement, consultez un médecin. **Mode d'administration** : Voie cutanée. Appliquez le gel sur les parties à l'usage externe. Appliquez le gel tout contact avec les yeux, les muqueuses, les plaies ouvertes ou la peau endommagée. Appliquez le produit uniquement sur la peau intacte. En présence de signes d'infection de la peau, consultez un médecin. **Effets indésirables** : Marges cutanées (hypersensibilité). La fréquence de ces effets n'est pas connue. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Heel Belgium NV, Boelebos 25, B-9031 Drongen (Gent) **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** HO-BE32060 **MODE DE DELIVRANCE** DÉLIVRANCE LIBRE. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 03/2021. **PLUS D'INFORMATIONS DISPONIBLES SUR DEMANDE**

Références : ¹Shah C. Treating inflammation and infection in the 21st century: new hints from decoding resolution mediators and mechanisms. *FASEB Journal*, 2017;31:1273-1288. ²Laurent M, G. Timal, Tackett M, Zhou J et al. Differential effects of T14 versus diclofenac on pre-resolving lipid mediators revealed by RNAseq. *Ann Rheum Dis*, 2018;77(Suppl 2):1237-1238. doi:10.1136/annrheumdis-2018-eular3779. ³Schopli B, Smits A, Khan E et al. A systems approach to improve inflammation resolution by multicomponent medicinal product T14-EULAR 2019. *Abstract Abstract AB0063*. doi:10.1136/annrheumdis-2019-eular5084. ⁴Jordan et al. The Natural Combination Medicine Traumeel® (T14) Improves Resolution of Inflammation by Promoting the Biosynthesis of Specialized Pro-Resolving Mediators. *Pharmacokinetics* 2021;14:1123. ⁵https://doi.org/10.3390/ph14111123. ⁶Laurent M et al. RNAseq analysis of treatment-dependent signaling changes during inflammation in a mouse cutaneous wound healing model. *BMC Genomics*, 2022;22:854. ⁷https://doi.org/10.1186/s12864-021-08083-2. ⁸Heine H, Schmolz M. Induction of the immunological bystander reaction by plant extracts. *Biomedical Therapy*, 1998;16(3):224-226. ⁹Montesano R, Otti L. Transforming growth factor beta stimulates collagen contraction by fibroblasts: implications for wound healing. *Proc Natl Acad Sci USA*, 1988;85(13):4894-7. ¹⁰Lussignol S, Bertani S, Metelmann H, Bellante P, Comfari A. Effect of Traumeel S, a homeopathic formulation, on blood-induced inflammation in rats. *Complementary Therapies in Medicine*, 1999;7(4):222-230. ¹¹Gendelmeier V, Veiter J, Schneider C, Wildemann B, Frank S, Schultz M, Seilheimer B, Smits A, Kienhofs G. Topical treatment is effective and safe for acute ankle sprains: The Multi-Center Double-Blind Randomized Placebo-Controlled TRAUMEEL Trial. *J Clin Med*, 2024 Feb 1;13(3):841. doi: 10.3390/jcm13030841. PMID: 38373536; PMCID: PMC10851531.



Plus d'information et fondements scientifiques sur le [heel.be](https://www.heel.be)



Healthcare designed by nature

Comment mieux accompagner la décision vaccinale en médecine générale ?

VACCINATION Dans un contexte de tension du système de santé, les outils d'aide à la décision vaccinale permettent de réduire le conflit décisionnel. De plus, ils soutiennent la décision médicale partagée et s'inscrivent dans une démarche EBM.

La pandémie de covid-19 a fortement influencé l'hésitation vaccinale. « En même temps, le contexte du SARS-CoV-2 a rap- pelé le rôle du médecin généraliste dans la prévention de la santé, et comme pionnier par la recommandation et la promotion de la vaccination », a expliqué la Dre Lou Richelle (ULB) lors du symposium Saint-Valentin^[1], où elle a présenté un outil d'aide à la décision (OAD).

Qu'est-ce qu'un OAD ?

Qu'ils prennent la forme de brochures, de vidéos ou d'applications, ces outils identifient clairement la décision à prendre en matière de santé, et fournissent des informations sur les bénéfices et les risques des différentes options. « Ce type d'outil doit aider le patient à déterminer ce qui est le plus



important pour lui, il doit être complémentaire et enrichir la consultation et la relation avec le cliniciens, sans la remplacer. »

Pourquoi est-ce intéressant ? « Les OAD favorisent la décision médicale partagée (DMP), ils peuvent soutenir l'evidence-based medicine et le partenariat avec le patient », indique-t-elle. Ils permettent aux patients de faire des choix éclairés en lien avec leurs valeurs. Pour

ce faire, ils donnent des connaissances accessibles, d'où l'intérêt de se baser sur des éléments de littérature en santé pour favoriser l'empowerment du patient par rapport à sa santé.

« De plus, les bénéfices d'une DMP sont multiples. Une récente revue systématique Cochrane (29/1/2024) met en évidence l'intérêt d'un OAD pour aider les patients à participer plus activement à la prise de

décision par rapport à leur santé, améliorer leurs connaissances et leurs attentes quant aux bénéfices/risques, et aider au choix d'une option qui reflète leurs préférences (congruence). Cette étude n'a pas montré de différence en termes de regret de la décision à six mois. Il faut plus d'études sur l'observance, les coûts et l'utilisation des ressources, mais ce sont des outils qui ont déjà montré leur efficacité », constate-t-elle.

Nouvel outil en germe

« Il existe peu d'outils d'aide à la décision vaccinale (OADV), mais la crise du covid a montré leur intérêt dans le contexte de tension du système, et on a pu voir qu'ils permettent de réduire le conflit décisionnel (hésitation vaccinale). Des études montrent qu'il y a un intérêt à développer un outil interactif personnalisé qui prenne en compte toutes les données du patient. »

« L'impact sur la couverture vaccinale reste un peu controversé dans la littérature », poursuit la Dre Richelle. « Cependant, si la personne se sent plus en phase avec ses valeurs, c'est déjà ça de gagné. » Elle donne l'exemple de l'outil développé par le Collège de médecine générale pendant la pandémie : « Cet OAD n'était pas interactif, mais il permettait de voir les avantages et inconvénients de la vaccination, selon le profil des personnes. Il donnait aussi des conseils pour répondre aux patients en fonction de leurs réticences. Il était utile, mais pas suffisant. »



« Les outils d'aide à la décision (OAD) favorisent la décision médicale partagée, ils peuvent soutenir l'evidence-based medicine et le partenariat avec le patient. »

– Dre Lou Richelle

Vaccination : un nouveau site pour les pros

En avril, le site tout public « Vaccination-info » va se doubler d'une version pour les professionnels de la santé. « Il s'agit d'une initiative du programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles, géré par l'ONE », a expliqué la Dre Paloma Carrillo-Santistevé, responsable de ce programme, lors du symposium Saint-Valentin. L'ASBL « Question santé » a réalisé une enquête auprès des professionnels de

la santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, ...). Sur 300 répondants, plus de 70 % étaient médecins et 22 % infirmiers. Résultats ? Les sites les plus utilisés étaient « Vaccination-info.be », « e-vax.be » et « one.be ». Les informations jugées manquantes concernaient l'actualité du programme de vaccination, les conseils pratiques (chaîne du froid, gestion de la douleur, ...) et les actualités sur les maladies à prévention vaccinale.

Suite à l'analyse de ces résultats, cinq objectifs ont été définis : centraliser et diffuser l'information à propos de la vaccination, informer sur les nouveautés du programme de vaccination en FWB, fournir un point d'entrée unique aux outils pour les professionnels et les patients, mettre à disposition des outils d'autoformation autour de la vaccination et référencer des sites valides traitant de la vaccination.

Ainsi, sur le nouveau site vaccination-info.be/pro, des onglets donneront accès aux pratiques et références, aux vaccinateurs, aux vaccinations, au programme de vaccination FWB et aux outils et ressources (affiches, fiches pratiques). De plus, des liens directs permettront de consulter le calendrier de vaccination, le moteur de recherche, les FAQ et les actualités, et de commander des vaccins.

Des vaccins contre le cancer apportent de l'espoir

C'est dans ce contexte qu'un projet de recherche collaborative, financé par le Feder, s'est constitué entre l'EPI (European Ploskin Institute) et l'URSP (Unité de recherche en soins primaires, ULB) dans le but de préparer les futures pandémies. Les chercheurs planchent sur un outil numérique d'aide à la décision vaccinale et à la gestion populationnelle.

« Il s'agit du projet OADV de l'ULB, dont le bêta-test est réalisé sur le RSV. L'idée est de le transposer ensuite aux autres vaccins et professionnels. Notre objectif est d'améliorer la prévention primaire, d'identifier et suivre les patients à risque, de faciliter la communication patient-MG et la décision médicale partagée afin d'améliorer l'autonomie et la satisfaction des patients, d'augmenter la couverture vaccinale et de réduire les hospitalisations, la morbi-mortalité et les coûts médicaux. On souhaite également collecter des données et faire un suivi épidémiologique. »

« Le MG est un pilier idéal pour la vaccination, mais il faut tenir compte de nos différents profils et du contexte de pénurie qui nous laisse de moins en moins de temps avec les patients; il y a donc un besoin de ressources pour nous aider à être le plus efficace possible dans notre communication », conclut-elle.

Martine Versonne

[1] Symposium Saint-Valentin,
7 février, Bruxelles.

Testé sur le terrain par quelques professionnels en février, le site « vaccination-info.be/pro » devrait être officiellement lancé le 28 avril, à l'occasion de la Semaine européenne de la vaccination. En conséquence, le site e-vax.be va évoluer vers une version 2.0; un partage des données avec « vaccinet » est également prévu.

M.V.

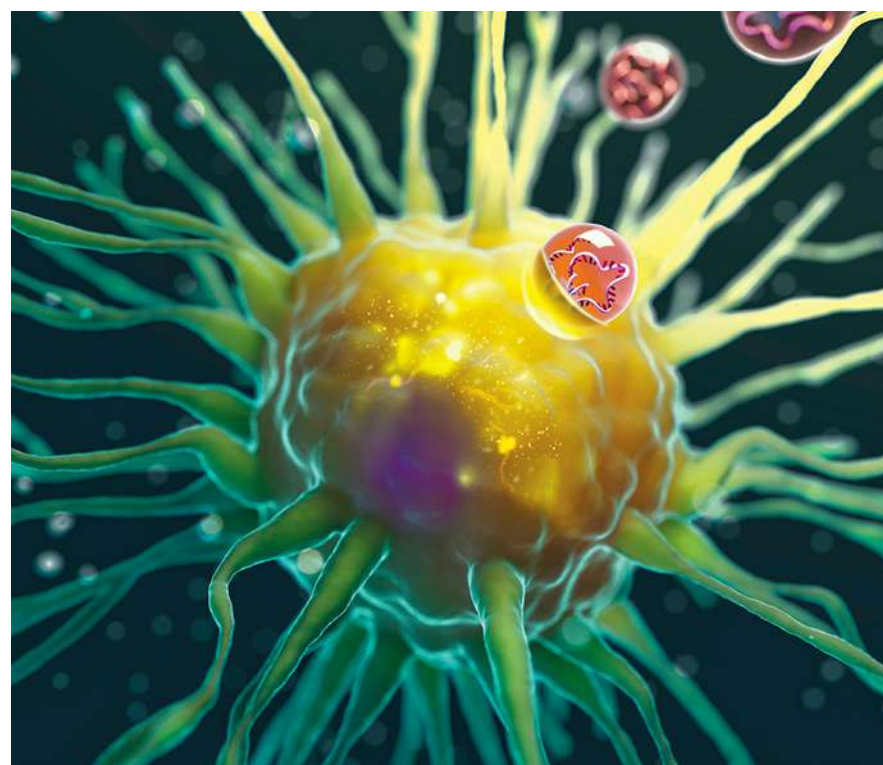
La vaccination n'est pas seulement utile dans le cadre de la prévention des maladies infectieuses. Les vaccins pourraient également révolutionner la lutte contre le cancer, une maladie génétique. Il s'agit de vaccins à ARNm personnalisés qui ciblent des protéines spécifiques aux tumeurs afin de déclencher une réponse ciblée des lymphocytes T contre les cellules cancéreuses.

La Fondation contre le cancer finance les recherches prometteuses du Pr Diether Lambrechts, directeur du Laboratoire de génétique translationnelle (VIB-KU Leuven). En collaboration avec l'UZ Gent, son groupe de recherche mettra au point des vaccins à ARN messager pour des patients atteints d'un cancer du foie à un stade avancé. Dans l'essai clinique, la thérapie vaccinale sera associée à une immunothérapie avec des inhibiteurs de points de contrôle immunitaire – le traitement standard actuel. Le vaccin est censé stimuler la réponse immunitaire. Cette même approche a déjà donné des résultats spectaculaires chez des patients atteints d'un cancer du pancréas.

Booster la réponse

Le carcinome hépatocellulaire est l'un des cancers les plus courants, avec une incidence croissante et un taux de mortalité élevé. « Ce sont des tumeurs immunosensibles : les inhibiteurs de PD-L1 sont efficaces chez environ un quart des patients. L'objectif est maintenant d'éliminer complètement la résistance thérapeutique des non-répondeurs à l'aide du vaccin à ARNm », a expliqué le Pr Lambrechts lors d'une présentation de la Fondation contre le cancer. Les vaccins, mis au point par séquençage de l'ADN et de l'ARN de biopsies tumorales, cibleront de nouveaux antigènes tumoraux et contiennent un puissant adjuvant. Des nanoparticules lipidiques spécifiques assurent une distribution optimale dans l'organisme du patient.

Les vaccins contre le cancer ouvrent des perspectives inédites, mais posent à la fois des défis majeurs. Ainsi, l'interaction entre les antigènes ou peptides mutés de la tumeur et le système immunitaire du patient est incroyablement



« L'objectif est d'éliminer complètement la résistance thérapeutique des non-répondeurs à l'aide du vaccin à ARNm. »

– Pr Diether Lambrechts

complexe. De plus, les mutations liées aux cancers sont différentes pour chaque tumeur et chaque patient.

Zones d'ombre

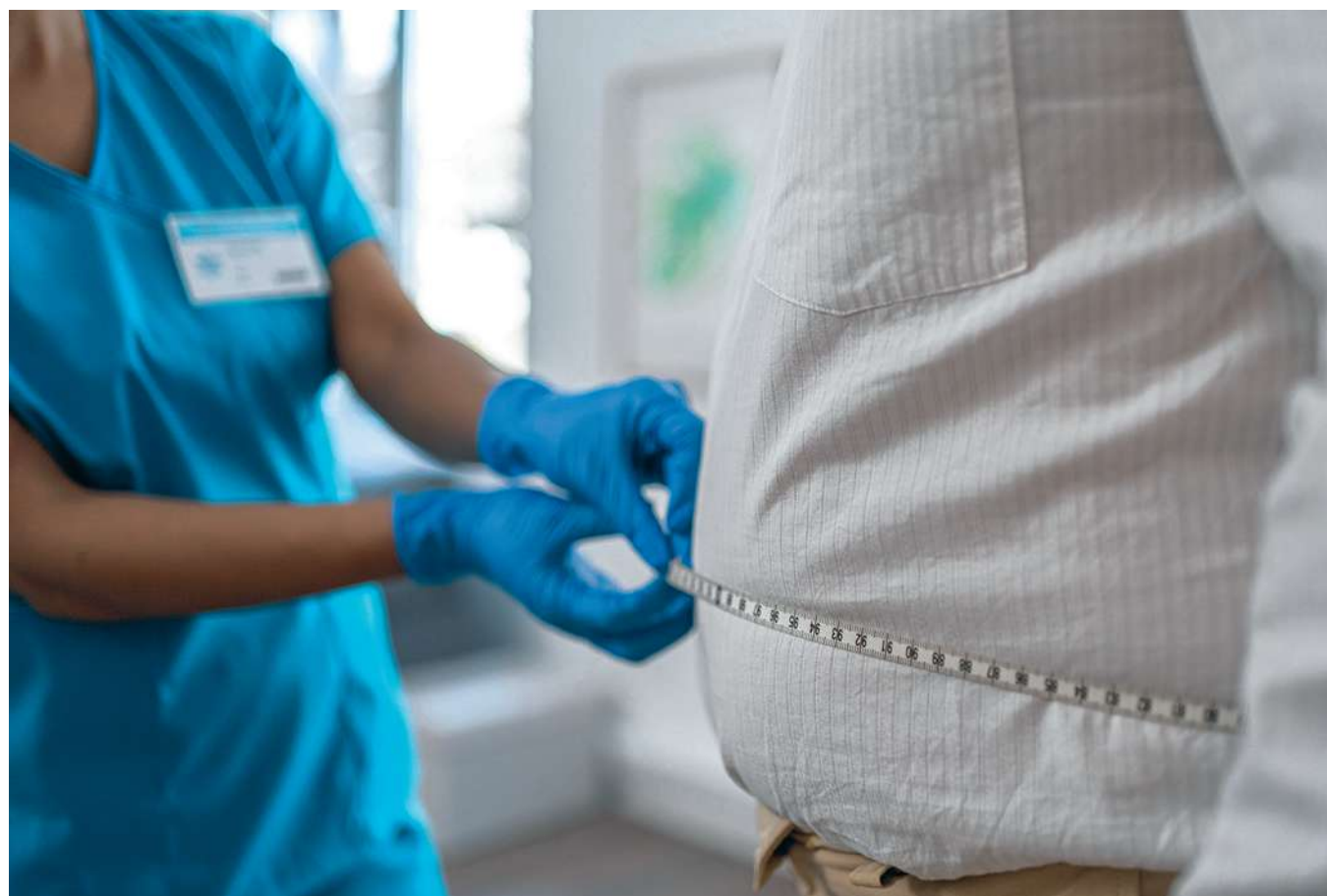
Aujourd'hui, les vaccins à ARNm ciblent exclusivement les mutations ponctuelles des tumeurs. « Cependant, nos recherches montrent que seuls 6 % des antigènes tumoraux sont issus d'une telle mutation. 94 % des mutations sont actuellement ignorées », ajoute Diether Lambrechts. « En prenant en compte ces 'dark antigens', on espère améliorer considérablement le traitement. »

En outre, l'immunologie des tumeurs se focalise uniquement sur l'activation des cellules T CD8+, les « tueurs » de cellules cancéreuses. Mais les cellules T CD4+, les globules blancs qui jouent un rôle de soutien dans le système immunitaire, pourraient également être déterminantes pour assurer une vaccination efficace contre le cancer. Les chercheurs de Gand et de Louvain se pencheront également sur cette question.

H.S.

Stadifier l'excès de poids dans la pratique du médecin généraliste

ENDOCRINOLOGIE Il y a beaucoup de choses qui bougent dans le domaine de l'obésité. La nouvelle définition ^[1] met moins l'accent sur l'IMC en tant que tel que sur la présence de graisse viscérale et son impact sur les organes et les tissus, précurseur possible de complications. Afin d'orienter le plan de traitement de manière plus ciblée, on distingue l'obésité préclinique de l'obésité clinique. Comment cela se traduit-il aujourd'hui dans la pratique de première ligne ?



Le Pr Bart Van der Schueren est endocrinologue à la Clinique de l'obésité de l'UZ Leuven et président de l'Association belge pour l'étude de l'obésité (BASO). À l'occasion de la Journée mondiale de l'obésité, il est heureux de partager son expertise sur le sujet. Quels changements l'article de consensus paru dans *The Lancet* ^[1] a-t-il entraînés ou non, et quels paramètres de santé sont-ils essentiels pour évaluer l'obésité ? Pour qui est-il préférable de prendre un rendez-vous en deuxième ligne, et pour qui n'est-ce pas opportun ?

Le spécialiste de l'obésité insiste particulièrement sur la 'stadification' du surpoids et de l'obésité, pour laquelle un système belge (*Belgian Obesity Staging System* ou BOSS) ^[2] a été mis au point. « Ce n'est qu'en procédant à une stadification que nous pouvons nous assurer que les nouveaux outils tels que les analogues du GLP-1 atteignent la bonne population de patients », soutient-il.

Un premier message important est que l'indice de masse corporelle (IMC)

n'est pas soudainement devenu obsolète. Le fait que l'IMC ne reflète pas toujours avec précision l'état de santé n'a rien de nouveau. Un bodybuilder avec un IMC de 32 ne doit pas faire de régime, tandis qu'une personne avec un IMC de 27 et des facteurs de risque, tels qu'un mode de vie sédentaire, peut avoir un risque cardiovasculaire très élevé. « L'IMC n'est pas bien corrélé avec la survie. Il est nécessaire de compléter cet indice et de stadifier le surpoids. Mais - et c'est un point crucial - il reste le paramètre le plus accessible. Cela reste notre point de départ », insiste Bart Van der Schueren.

Une étude à grande échelle portant sur quelque 100.000 dossiers de médecins généralistes belges ^[3] montre que l'IMC est absent des trois quarts des DMG. « Si nous ne calculons pas l'IMC, nous ne mesurons pas non plus le périmètre abdominal, et nous ne prescrivons pas d'examen plus poussés de la composition corporelle, tels que le scanner DEXA ou l'IRM », note le

Pr Van der Schueren. Tout commence donc par l'IMC. « C'est une bonne première étape pour soulever la question du surpoids, et voir ensuite quels patients ont besoin d'aide pour contrôler leur poids. »

Impact

La présence excessive de graisse n'est pas un problème médical chez tout le monde. Il faut évaluer la localisation et les conséquences de cette accumulation de graisse. C'est là qu'intervient le score BOSS ^[2]. Il combine les données anthropométriques (taille, poids, circonférence abdominale, etc.) et l'impact fonctionnel de l'excès de poids sur l'organisme. Il s'agit de l'impact sur le métabolisme du glucose, le système cardiovasculaire, les fonctions rénales et hépatiques, le système musculo-squelettique, la santé mentale et le fonctionnement quotidien.

« Plutôt qu'un DEXA scan, nous avons d'abord besoin d'une anamnèse ciblée, d'un examen clinique et d'une prise de sang », souligne le Pr Van der Schueren.

« Nous procédons à une stadification chez les personnes dont l'IMC est $\geq 25 \text{ kg/m}^2$ ou dont le rapport tour de taille/taille (périmètre abdominal divisé par la taille du corps, en cm) est $\geq 0,5$. »

Approche à plusieurs niveaux

Depuis 2011, nous pouvons utiliser le système de stadification de l'obésité d'Edmonton (*Edmonton Obesity Staging System* ou EOSS). Mais comme il y a eu un débat sur certaines valeurs seuils et que le score pourrait être plus convivial, la BASO donne désormais la priorité au score BOSS. « Il s'agit d'une variante plus objective de l'ancien système de classification, qui distingue plus précisément les différents stades de l'obésité et tient compte des connaissances scientifiques acquises en ce début 2025 », explique le spécialiste. « Le score BOSS est désormais disponible ^[2] et tout le monde peut donner son avis afin que nous puissions affiner le score et créer un large soutien pour son utilisation. »

Comme le score EOSS, le score BOSS répartit les personnes en cinq catégories. « BOSS 0 et BOSS 1 sont les stades précliniques, des catégories qui ne subissent pas (encore) les répercussions de l'obésité. Ce sont des personnes à qui l'on peut donner des conseils hygiéno-diététiques, au besoin, mais que l'on peut surtout rassurer », souligne le Pr Van der Schueren. Notamment parce que le score BOSS utilise le SCORE2 cardiovasculaire^[4], nettement plus de personnes se retrouvent dans la classe la plus basse, ce qui est positif : « La démedicalisation est également importante. »

Les scores BOSS 2 à 4 correspondent aux stades cliniques de l'obésité, de 'clinique précoce' à 'clinique tardive'. Les personnes appartenant aux catégories supérieures doivent être suivies de plus près, et bénéficier des conseils d'un diététicien et/ou d'un coach d'activité physique. Lorsque les mesures de première ligne ne suffisent pas à contrôler le poids, une consultation dans une clinique de l'obésité s'impose, afin de déterminer si un soutien pharmacologique ou une éventuelle chirurgie bariatrique sont appropriés. « C'est là que

nous devons médicaliser pour éviter des problèmes plus graves », dit l'endocrinologue. Pour lutter efficacement contre la pandémie d'obésité, nous devons donc nous appuyer sur les différentes lignes de notre système de santé.



« Plutôt qu'un DEXA scan, nous avons d'abord besoin d'une anamnèse ciblée, d'un examen clinique et d'une prise de sang. »

– Pr Bart Van der Schueren (BASO)

Abandonner les clichés

Le surpoids et l'obésité sont encore largement stigmatisés. Les patients reçoivent un discours culpabilisant, où on leur dit qu'il faut « faire un peu plus d'exercice et manger un peu moins ». Nous partons du principe que toute personne en surpoids ne fait pas de sport. « Nous devons nous débarrasser de tous ces clichés. L'obésité est une maladie chronique, dont l'origine est complexe et multifactorielle et qui, en fonction de son stade, nécessite un traitement d'intensité différente. Il faut éviter les sarcasmes et fournir des outils aux patients. Et des outils, il

y en a ! Nous pouvons traiter la maladie bien plus efficacement qu'avant », ajoute l'endocrinologue avec optimisme.

Les patients consultent rarement leur médecin généraliste pour leurs problèmes de poids. Ils en parlent autour

d'eux, recherchent des informations en ligne. Certains contactent eux-mêmes une clinique de l'obésité, mais ils oublient leur médecin généraliste. Par honte ? « Il est important d'entamer la conversation soi-même. Y compris avec des patients qui ne considèrent pas leur poids comme un problème. L'idéal est de ne pas le faire dans le contexte d'un autre problème aigu, comme un mal de dos. Dans ce cas, les gens ne vous 'entendront' pas. Une consultation séparée se prête mieux à l'évaluation des répercussions du surpoids (la stadification) et permet d'évaluer comment le patient lui-

même perçoit la situation », estime le Pr Van der Schueren.

En raison des pénuries constatées, les analogues du GLP-1 (comme le sémaglutide et le liraglutide) et les 'twincretines' (comme le tirzépate) ne peuvent être prescrits que par des endocrinologues. « Toutefois, compte tenu de la fréquence et de l'augmentation de l'obésité, ces médicaments deviendront des médicaments de première ligne », suppose le spécialiste. « La stadification est donc très importante pour cibler l'utilisation de ces médicaments », conclut Bart Van der Schueren.

Dr Hade Scheyving

Références :

- [1] Rubino F, et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes & Endocrinology* (Jan, 2025). DOI: 10.1016/S2213-8587(24)00316-4
- [2] <https://belgium.easo.org/diagnosis-and-staging-of-overweight-and-obesity/>
- [3] www.intego.be/onderzoek
- [4] Algorithme de la Société européenne de cardiologie évaluant le risque de maladie cardiovasculaire à dix ans.
- [5] Plus d'infos (en néerlandais) pour médecins et patients : www.eetexpert.be.



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.



Suite au récent biomonitoring wallon, il apparaît que certains participants présentent un taux de PFAS, PCBs ou de métaux lourds nécessitant un suivi médical. L'Issep a mis à disposition des professionnels de la santé (uniquement) des documents explicatifs et des recommandations médicales à apporter à vos patients concernés.

Mi-février, l'Institut scientifique de service public (Issep) et le ministre wallon de la Santé et de l'Environnement Yves Coppieters ont présenté les résultats d'un biomonitoring humain destiné à mesurer l'exposition de la population wallonne aux substances chimiques et aux polluants présents dans l'environnement, l'eau et l'air. L'étude confirme la présence de 50 polluants persistants dans la population wallonne. Cette exposition n'est pas supérieure à la moyenne européenne mais les taux observés de PFAS, cadmium, plomb et mercure présentent des risques pour la santé.

Les substances per- et polyfluoroalkylées (PFAS) sont surnommées « polluants éternels » car, faute de se dégrader facilement, elles s'accumulent dans l'air, le sol, les rivières et dans le corps humain. L'objectif de l'étude wallonne était de mesurer l'exposition de la population aux substances chimiques, via différents marqueurs présents dans l'urine et le sang. Sur 62 biomarqueurs recherchés, 52 ont été détectés et 47 atteignent des valeurs de référence, à partir desquelles le taux est suffisant pour tirer des conclusions sanitaires.

Les enfants particulièrement exposés

« Les niveaux d'exposition détectés en Wallonie sont globalement du même ordre que ceux retrouvés dans d'autres pays européens, voire inférieurs pour les substances qui ont subi, ces dernières années, des restrictions au niveau belge ou européen », a commenté Aline Jacques, responsable projet à l'Issep. Des risques pour la santé ne peuvent tout de même pas être écartés concernant le plomb et le mercure retrouvés dans le sang de certains Wallons.

« Des dépassements des valeurs de référence sanitaire sont également observés pour le cadmium et les PFAS. Comparés aux adultes, les enfants semblent plus particulièrement exposés à la plupart des métaux, aux bisphénols et aux pesticides. Pour les substances qui ont tendance à s'accumuler dans l'organisme, comme les polluants organiques persistants (PCBs, pesticides organochlorés et PFAS) ou certains métaux (plomb, cadmium), les adultes plus âgés sont plus imprégnés. Il conviendrait de suivre la situation (à plus long terme, NdLR) et de diminuer l'exposition des Wallons à ces substances », a-t-elle conclu.

D'où viennent ces polluants ?

Les substances per- et polyfluoroalkylées (PFAS), les polychlorobiphényles (PCBs) et certains métaux lourds sont des polluants environnementaux persistants. Synthétisés pour diverses applications industrielles et commerciales, ils se retrouvent dans l'environnement via des rejets industriels, des déchets mal gérés et des produits de consommation courante. Leur résistance à la dégradation en fait des contaminants durables qui s'accumulent dans les écosystèmes et dans l'organisme humain par l'alimentation, l'eau potable, l'air ou encore le contact cutané.

Les PFAS sont utilisés pour leurs propriétés antiadhésives et hydrofuges dans de nombreux produits de consommation, allant des emballages alimentaires aux textiles techniques. Leur persistance leur permet de se fixer aux protéines du sang et de s'accumuler dans l'organisme.

Les PCBs, quant à eux, sont des composés organiques chlorés autrefois utilisés dans l'industrie électrique et comme additifs industriels. Interdits depuis les années 1980, ils subsistent dans l'environnement et sont principalement ingérés par voie alimentaire.

Les métaux lourds, tels que le plomb, le cadmium et le mercure, proviennent de sources industrielles et naturelles. Ils peuvent contaminer l'eau, les aliments et l'air, exposant la population à des risques sanitaires variés.

Sur 62 biomarqueurs recherchés, 52 ont été détectés et 47 atteignent des valeurs de référence, à partir desquelles le taux est suffisant pour tirer des conclusions sanitaires.

Quels risques pour la santé ?

Les PFAS sont associés à divers troubles métaboliques et hormonaux. Certains, comme le PFOA et le PFOS, sont classés cancérogènes ou suspectés de l'être. Ils influencent la fonction thyroïdienne, augmentent le taux de cholestérol et sont liés à des altérations hépatiques. L'exposition prénatale est suspectée d'affecter le développement du fœtus, avec un poids de naissance réduit et des effets sur la réponse vaccinale des enfants.

La toxicité chronique des PCBs est bien établie. Ils sont considérés comme cancérigènes pour l’humain et ont des effets neurotoxiques, en particulier chez les enfants exposés in utero et durant l’allaitement. Ils perturbent également le métabolisme lipidique et hormonal, avec des impacts potentiels sur la fertilité et la fonction immunitaire.

Quant aux métaux lourds, le plomb est neurotoxique et affecte particulièrement le développement cérébral des enfants, entraînant des déficits cognitifs et comportementaux. Chez l’adulte, il favorise l’hypertension et altère la fonction rénale. Le cadmium, principalement absorbé par l’alimentation et le tabac, est toxique pour les reins et les os. Classé cancérigène, il augmente le risque de cancer du poumon. Le mercure sous sa forme méthylée s’accumule dans les organismes marins et affecte le système nerveux, en particulier chez le fœtus. Il est aussi toxique pour les reins et le système cardiovasculaire. L’arsenic, en grande partie absorbé via l’alimentation et l’eau potable, est cancérigène et peut provoquer des atteintes cutanées et cardiovasculaires.

Comment interpréter les valeurs ?

Le tableau ci-dessous synthétise les seuils de concentration indicatifs pour

chaque polluant éternel détecté dans des concentrations problématiques chez participants au biomonitoring wallon. Les valeurs de référence santé (VRS) permettent d’évaluer l’imprégnation d’un individu aux polluants et de guider la prise en charge médicale. La Commission nationale de biomonitoring allemande propose les valeurs HBM (*Human Biomonitoring Values*), régulièrement actualisées en fonction de l’évolution des connaissances. Elles sont établies pour la population générale ou pour des groupes de population.

Le seuil HBM I correspond à une concentration d’une substance dans une matrice biologique, sous laquelle aucun effet néfaste sur la santé n’est attendu. Aucune mesure spécifique n’est requise en dessous de ce seuil. Le seuil HBM II est une concentration à partir de laquelle des effets néfastes sont possibles, nécessitant des recommandations médicales et une réduction de l’exposition. Pour les niveaux de concentration situés entre les valeurs HBM I et HBM II, les effets néfastes ne peuvent être exclus avec suffisamment de certitude. La valeur HBM I est considérée comme une valeur de vérification et la valeur HBM II comme un niveau d’action.

Des VRS différentes sont utilisées pour certaines substances. En matière de PFAS par exemple, les experts du Conseil scientifique indépendant PFAS wallon pro-

La valeur HBM I est considérée comme une valeur de vérification et la valeur HBM II comme un niveau d’action.

posent d’utiliser les valeurs de référence définies par la *National Academy of Science* (NAS), qui chiffrent la concentration d’une somme de sept PFAS, complétées par les valeurs HBM I et HBM II pour le PFOS et le PFOA en particulier, car cancérigènes possibles. La concentration de certains métaux est également exprimée en *Biomonitoring Equivalent* (BE), VRS développée par *Summit Toxicology* (USA). Cette valeur est à interpréter comme un apport quotidien tolérable.

Quelles recommandations médicales ?





Les approches médicales varient selon le polluant et le niveau d’exposition détecté. Pour les PFAS, en cas de dépassement des valeurs HBM II, il est recommandé d’effectuer un bilan lipidique, un suivi de la fonction thyroïdienne et une surveillance des fonctions hépatiques. Chez les femmes enceintes, un suivi spécifique est préconisé en raison des risques pour le développement fœtal. Pour les expositions très élevées (>20 µg/L en

somme PFAS NAS), des analyses urinaires et un dépistage des pathologies rénales et immunitaires sont recommandés.

Face aux PCBs, les mesures sont essentiellement préventives : limiter l’exposition et surveiller les fonctions endocriniennes et neurologiques en cas de symptômes évocateurs. Un suivi de la fertilité et du métabolisme lipidique peut être envisagé pour les personnes fortement exposées.

Pour les métaux lourds, le suivi varie en fonction de l’élément chimique impliqué. Une plombémie supérieure à 25 µg/L nécessite une surveillance annuelle. À partir de 50 µg/L, un suivi tous les six mois et une enquête environnementale sont recommandés. Pour le cadmium, une excrétion urinaire élevée implique un suivi rénal et osseux, ainsi qu’une limitation des sources d’exposition (arrêt du tabac, surveillance alimentaire). Concernant le mercure, un dosage sanguin ou urinaire élevé requiert un suivi neurologique et rénal, en particulier chez les populations sensibles (enfants, femmes enceintes). Quant à l’arsenic, un dépassement important du BE impose une identification des sources alimentaires et une réduction de l’exposition, notamment via l’eau potable et les céréales riches en arsenic inorganique.

François Hardy, avec Belga

Catégorie	Matrice	Substance	Patientèle	Valeur de référence sanitaire (µg/L)		
				HBM I	HBM II	Autres
PCBs	 Sang	PCBs « totaux » (somme des congénères 138, 153 et 180, multipliée par 2)	Bébés, enfants et femmes e.â.d.p. ¹	3,5	7	
PFAS	 Sang	Somme PFAS NAS	Tous			2 et 20 (NAS)
		PFOA	Femmes e.â.d.p.	2	5	
			Autres	2	10	
		PFOS	Femmes e.â.d.p.	5	10	
			Autres	5	20	
Métaux	 Sang	Plomb	Tous			25 (V.V.F.)
		Mercure	Tous	5	15	
	 Urine	Mercure	Tous	7	25	
		Arsenic	Tous			6,4 (BE)
		Cadmium	Enfants / ados	0,5	2	
			Adultes	1	4	
		Sélénium	Tous			90 – 110 (BE)
		Thallium	Tous	5	/	

¹ en âge de procréer (12 à 49 ans)

Comment gérer une agression au cabinet ?

Une agression au cabinet peut engendrer des traumatismes chez les médecins. Comment les professionnels de santé peuvent-ils mieux gérer ces situations, et pourquoi est-il essentiel qu'ils en parlent avec leurs collègues ? Le sujet a été abordé lors d'un webinaire organisé par Médecins en difficulté.

Selon la pédopsychiatre **Annik Lampo**, un traumatisme ne découle pas nécessairement d'une expérience négative vécue directement. « Être témoin d'une agression peut aussi avoir un impact sur un prestataire de soins, par exemple lorsqu'un parent adopte un comportement agressif envers son enfant, ou lorsqu'une victime partage une expérience traumatisante. Les événements ne doivent pas forcément être menaçants pour la vie, mais ils peuvent générer un profond sentiment d'impuissance, ce qui peut mener à un traumatisme. »

La Dre Lampo souligne que les réactions face à des événements traumatiques varient d'une personne à l'autre. « Il existe une part de subjectivité. On ne peut pas simplement remplir une checklist pour déterminer si une personne souffre d'un traumatisme. La prise en charge d'un événement négatif doit donc se concentrer sur l'élément qui a été le plus marquant pour la personne concernée. »

Sarah Bal, psychologue clinicienne, complète son propos : « Certaines personnes parviennent à surmonter un traumatisme intense, tandis que d'autres se retrouvent totalement bloquées. De plus, les collègues et les employeurs ont souvent une attitude distante face aux personnes en plein processus de guérison, par crainte de les heurter ou de raviver leurs

souvenirs douloureux. Pourtant, il est essentiel de parler de l'événement et de réfléchir à la meilleure façon de soutenir la personne concernée dans sa gestion du traumatisme. Malheureusement, le tabou autour du traumatisme persiste encore largement dans le milieu professionnel. »

Ignorer ou intervenir ?

Comment un professionnel de santé peut-il gérer une situation potentiellement traumatisante, comme une personne agressive ou un propos gravement injurieux ?

Sarah Bal distingue le comportement agressif du comportement transgressif. « Une personne agressive peut, par exemple, crier ou faire une remarque désobligeante. Tandis qu'un comportement transgressif implique une menace physique ou un passage à l'acte. Dans ce cas, l'agression est directement dirigée contre le professionnel de santé dans le but d'obtenir quelque chose, et ne se limite pas à une simple expression de frustration. »

Elle recommande d'ignorer une première remarque désobligeante à l'égard d'un collègue. « Ne pas réagir permet parfois à la personne de se rendre compte de son erreur, mais ce n'est pas toujours le cas. Si l'agressivité persiste, il faut recadrer la personne et fixer des limites. Si cela ne fonctionne toujours pas, il

convient de lui donner le choix entre interrompre la visite et revenir un autre jour ou prendre une courte pause avant de reprendre la discussion. Enfin, si aucune de ces solutions ne fonctionne, il faut tenter d'amener la personne à quitter les lieux et évaluer par la suite si elle sera toujours la bienvenue à l'avenir. Dans tous les cas, il est essentiel de demander conseil à ses collègues ou de contacter anonymement un organisme tel que l'Ordre des médecins afin de ne pas avoir à prendre la décision seul. »

Partager son expérience est une étape clé dans la gestion des traumatismes potentiels.

L'agression physique : la ligne rouge

Sarah Bal est catégorique : « L'agression physique est une ligne rouge à ne jamais franchir. Dans ce cas, il est impératif de faire appel à la sécurité ou à la police. Un tel événement a un impact considérable sur un prestataire de soins et peut le marquer durablement. C'est pourquoi il est essentiel d'en parler avec quelqu'un. L'éventuel employeur a également un rôle à jouer en s'impliquant dans la gestion du traumatisme. »

Lorsqu'une personne adopte un comportement physiquement agressif, la priorité est de désamorcer la tension au plus vite. « Le meilleur moyen d'y parvenir est de reconnaître la frustration de la personne en face : 'Je vois que cette situation est difficile pour vous, que puis-je faire pour l'améliorer ?'. Il ne s'agit pas de donner raison à l'agresseur, mais de montrer que l'on prend en compte sa détresse et que l'on cherche une solution. Il est également crucial de garder le contrôle de la situation et de définir clairement les prochaines étapes. »

La Dre Lampo partage cette approche : « Il faut d'abord reconnaître la charge émotionnelle de la situation. Tant que cette charge n'a pas diminué, il est impossible d'avoir une discussion rationnelle. Ensuite, il est essentiel de fixer des limites claires à l'échange et d'exprimer ce que l'on attend de l'autre pour poursuivre la collaboration. Si l'échange se termine bien, cela permet de garder le contrôle sur ses propres émotions. Mais même après une résolution positive, il est indispensable d'en parler avec ses collègues et son employeur. Notre métier nous confronte régulièrement à des émotions fortes et, en tant que prestataires de soins, nous devons aussi les gérer. Partager son expérience est une étape clé dans la gestion des traumatismes potentiels. »

Floris Cup

Injection supplémentaire de 20 millions par an pour le fonds Wallonie Santé

Le gouvernement wallon, à l'initiative du ministre Yves Coppieters, a validé, conformément à la DPR, une augmentation de capital de 20 millions d'euros annuellement pour Wallonie Santé afin de renforcer le soutien aux infrastructures hospitalières et aux acteurs de la santé/action sociale.

Wallonie Santé joue un rôle déterminant dans le financement des établissements de soins, des hôpitaux, des structures pour personnes âgées et en situation de handicap, ainsi que des services en santé mentale. En adoptant une approche durable et socialement responsable, ce fonds est devenu un acteur incontournable du paysage sanitaire wallon.

Depuis sa création en 2018, Wallonie Santé a accompagné 145 projets et engagé près de 151,5 millions d'euros pour moderniser et renforcer les

infrastructures du secteur. Parmi les dossiers en cours figurent notamment : la modernisation du CHR Sambre et Meuse de Namur, le développement du Biopark de Charleroi, des rénovations énergétiques via Renowatt, le soutien aux établissements psychiatriques, Wall' Crèches.

Santé et action sociale : 15 % des emplois wallons

Le secteur de la santé et de l'action sociale représente 15 % des emplois en Wallonie, devant le commerce (12,4 %) et l'industrie manufacturière (9,7 %). Il

constitue également le sixième secteur en termes de valeur ajoutée (8,5 %), derrière l'industrie manufacturière (15,4 %), les activités immobilières (10,5 %) et le commerce (9,8 %).

« Renforcer le fonds Wallonie Santé, c'est garantir aux établissements de soins les moyens nécessaires pour répondre aux défis d'aujourd'hui et de demain », a expliqué Yves Coppieters. « L'accessibilité, la modernisation et la viabilité financière de nos infrastructures sanitaires sont au cœur de nos priorités. Avec ces 20 millions d'euros supplémentaires, nous donnons aux hôpitaux, aux



Philippe Buelen,
CEO de Wallonie
Santé

structures de soins, aux crèches et aux services de santé mentale les leviers indispensables pour améliorer la prise en charge des patients, des enfants et le bien-être des soignants. C'est un investissement stratégique pour une santé durable, efficace et résiliente en Wallonie. »

La rédaction



studenza



LANCEMENT NOUVEAU PROJET

INVESTISSEZ SANS SOUCIS AVEC DES REVENUS GARANTIS

Revenus garantis*
Sécurité mensuelle de revenus grâce au système de pool.
Le prix moyen d'un kot en Flandres augmente jusqu'à € 500.
(Source : L'Echo)

Gestion sans soucis avec gestionnaire expérimenté*
Comme ça vous ne devez pas vous occuper de la gestion opérationnelle, technique ou administrative.

Des logements modernes équipés de tout confort
Salle de bain privative et kitchenette optionnelle.

Bonne localisation au Campus Universitaire d'Anvers
Manque de 95.000 logements étudiants en Flandres !

À vendre à partir de € 149.750* (hors frais)

*Conformément aux dispositions contractuelles.



DÉCOUVREZ TOUS LES AVANTAGES SUR
WWW.STUDENZA.BE/FR-BE/



La fin des cycles économiques ? Cela change tout !

Les cycles ont disparu, relève le patron de la stratégie d'investissement à la Banque de Luxembourg. Et cela signifie qu'on ne peut plus investir en suivant les critères classiques, ni pour les actions, ni pour l'or notamment. C'est ce qu'il a expliqué devant un parterre de professionnels. *Le journal du Médecin* s'y est invité.

L'élaboration d'une stratégie d'investissement ne se conçoit pas sans une petite analyse de la situation économique. D'autant que le constat est aujourd'hui un peu surprenant ! *Chief investment officer* (CIO) de Banque de Luxembourg Investments, c'est-à-dire patron de la stratégie de placements, **Guy Wagner** souligne que l'on est, aux États-Unis, passé d'une crainte de récession à l'espoir d'un atterrissage en douceur... et finalement à une économie résiliente, qui n'a donc pas faibli et semble même redémarrer. Pour l'ensemble de l'année 2024, cette croissance fut de 2,8 %, soit un chiffre quasiment identique à celui de 2023, à savoir 2,9 %. Alors, les cycles économiques, ces hauts et bas qui se suivent sur les graphiques historiques, auraient-ils disparu ? Cela y ressemble...

L'inflation sera plus élevée à l'avenir

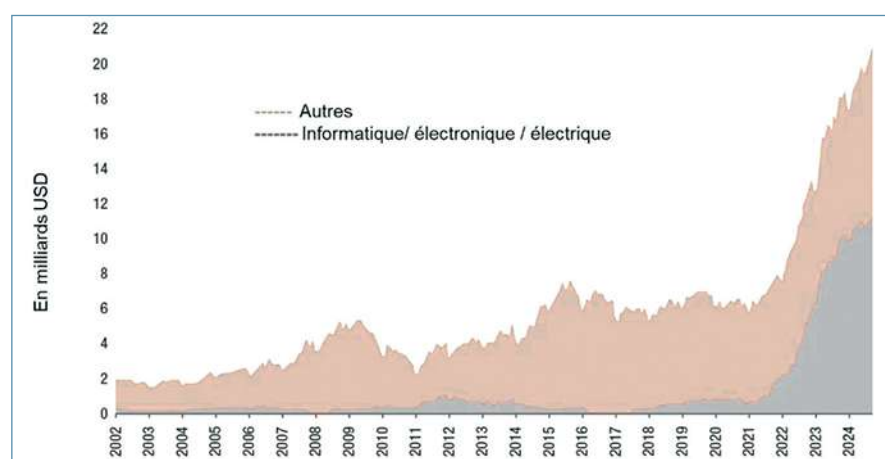
Cette apparente rupture avec l'histoire économique, telle qu'on l'enseigne depuis des générations, s'explique largement par l'action des autorités, gouvernements comme banques centrales : elles soutiennent ou freinent la conjoncture de manière plus active que naguère. Il ne faudrait pas en conclure que ces cycles économiques appartiennent définitivement au passé. Par ailleurs, on ne saurait baser une stratégie sur les déclarations de l'administration américaine, particulièrement chahutées depuis l'avènement de Donald Trump.

Il reste que le constat est fort important, dans la mesure où « on n'achète plus les classes d'actifs suivant les critères

classiques », explique Guy Wagner. Autrement dit, il faut tenir compte d'éléments autres que sont par exemple la persistance de l'inflation et les déficits des États. La première a ainsi encore un peu augmenté en janvier, tant aux États-Unis qu'en Europe. La décélération observée l'an dernier est-elle terminée ? Pas mal d'économistes le pensent, pour plusieurs raisons. En Europe, c'est la progression des salaires qui alimente l'inflation, du fait de la pénurie de main-d'œuvre. Soit dit en passant, ce phénomène prévaut aussi outre-Atlantique, mais les entreprises y ont fait face de manière plus active, en boostant la productivité. Aux États-Unis, les droits de douane imposés aux produits importés vont soutenir l'inflation en direct, mais aussi indirectement, en protégeant la production locale, plus chère. Cette relocalisation de l'industrie, pour moins dépendre de l'étranger, de la Chine en particulier, est assez spectaculairement entamée, comme illustré sur le graphique 1. « Une inflation structurellement plus élevée est très probable, malgré la poursuite de la numérisation (de l'économie) », prévient Guy Wagner.

Pléthore attendue d'obligations souveraines

Quant aux déficits budgétaires, ils se sont creusés partout lors de la crise du covid et ne se sont guère résorbés depuis, gonflant la dette publique à des niveaux historiquement très élevés. Exception notable : l'Allemagne. Mais c'est probablement temporaire, le pays ayant un urgent besoin de gros investissements publics. C'est un des gros enjeux du nouveau gouvernement. En France, la dette



Graphique 1 : Dépenses du secteur privé pour la construction de sites de production aux États-Unis

publique a dépassé 110 % du PIB et elle flirte avec 100 % aux États-Unis.

Or, cette observation macroéconomique a des conséquences qui touchent très concrètement l'investisseur individuel : les taux d'intérêt risquent fort de se maintenir, voire de grimper quelque peu, au lieu de refluer comme c'était attendu jusqu'ici. Parce que les États devront émettre des montagnes d'obligations pour se financer. Pour les États-Unis, on évoque plus de 2.500 milliards cette année et pas loin de 3.000 l'an prochain ! Suivant la loi de l'offre et de la demande, les investisseurs exigeront des rendements assez confortables pour en acheter de pareilles quantités... Surtout si l'inflation se maintient ou se raffermie même quelque peu !

Plutôt les actions que les obligations...

Comment investir dans un tel contexte ? Avec des taux qui ne baisseront pas, pas plus que l'inflation, les obligations seront un mauvais investissement, juge logique-

La décélération de l'inflation, observée l'an dernier, est-elle terminée ? Pas mal d'économistes le pensent, pour plusieurs raisons.

ment le CIO de la Banque de Luxembourg. Il ne les rejette toutefois pas, mais retient deux catégories spécifiques : les obligations indexées sur l'inflation et celles émises par les pays émergents. Pour les premières, la raison est évidente si l'on craint une hausse des prix. Raison simple aussi pour les secondes : au contraire de ce que l'on pressent pour les pays développés, l'inflation est plutôt en recul dans les pays émergents. Ceci autorise en principe un repli des taux, synonyme de plus-values pour les obligations détenues.

À l'instar de la majorité de ses confrères, Guy Wagner préfère clairement les actions aux obligations. Les premières représentent plus de 70 % du fonds BL Global

Lotus Bakeries : quand une bonne nouvelle... en devient une mauvaise

Quand le fabricant de spéculoos - pardon, de Biscoff - a annoncé ses résultats 2024, le cours a enregistré une petite hausse de 1,3 %. Normal, ces résultats étaient excellents, comme de coutume : un chiffre d'affaires en hausse de 15,9 %, à 1,23 milliard, et un bénéfice en progrès plus sensible encore, soit +19 %. Cette petite hausse relevée à l'ouverture de la bourse n'est-elle dès lors pas fort modeste en regard d'une telle performance ? Elle relevait en réalité d'une erreur d'appréciation, car à la clôture, le cours de Lotus Bakeries avait plongé de 8,7 % ! Pourquoi une telle débâcle ? La réponse est simple : les investisseurs ont rapidement compris que ces beaux résultats cachaient en réalité un gros problème, ce que la direction a confirmé. Un coup d'œil un peu plus attentif sur les chiffres le révèle : ce bond de 15,9 % des ventes sur l'ensemble de l'année, c'est bien, mais il était de 19,6 % au premier semestre. Autrement dit, la croissance a fameusement faibli au deuxième semestre ! « Nous ne pouvons pas croître plus vite, car nous n'avons pas les capacités (de production) nécessaires », a expliqué le patron de la société. Bien des entreprises

rêveraient de ne pas pouvoir suivre la demande pour leurs produits... mais Lotus Bakeries n'est pas Nvidia, dont les semi-conducteurs indispensables à l'intelligence artificielle s'arrachent quasiment à n'importe quel prix. Le consommateur ne va pas enchérir pour avoir son Biscoff !

Il est par contre un élément qui rapproche ces deux entreprises : une très forte croissance, qui se paye (logiquement) très cher. Comme l'action Nvidia, l'action Lotus Bakeries se paye aux environs de 50 fois le bénéfice, soit grosso modo trois fois, voire quatre fois, plus que la moyenne du marché. Et avec la même conséquence : une chute de cours sensible à la moindre contrariété. Cette réalité fait partie des bases de l'investissement en bourse. La mésaventure de Lotus Bakeries au début février illustre un autre principe : bien comprendre le message avant de se précipiter. Celui qui a acheté l'action à l'ouverture avait perdu un dixième de son investissement à la fin de la journée !

G.L.



Graphique 2 : Superperformance historique du marché américain

Flexibile, dont il est le gestionnaire, contre 13,5 % à peine aux secondes. Pourtant, les actions ne sont-elles pas fort chères, après la hausse des deux dernières années ? C'est vrai aux États-Unis, dont la bourse s'envole littéralement face au reste du monde, comme l'illustre le graphique 2.

On doit toutefois ajouter que l'envolée des divas de la cote fausse la vision. Cette cherté ne vaut pas nécessairement pour l'ensemble de la bourse. En Europe, marché beaucoup moins cher, les grandes vedettes des dernières années, dont Novo Nordisk et LVMH, s'inscrivent au contraire en baisse sur un an.

Les taux d'intérêt risquent fort de se maintenir, voire de grimper quelque peu.

... mais lesquelles ?

Contrairement à de nombreux autres gestionnaires, Guy Wagner privilégie les actions européennes : elles pèsent pas loin du double des américaines, avec des valeurs défensives comme Roche, SGS ou encore Nestlé. Il souligne néanmoins les attraits de

Wall Street. Alors que les bénéfices réalisés par les entreprises américaines représentaient grosso modo 5 à 6 % du PIB depuis un demi-siècle, leur part a explosé au début des années 2000 et dépasse aujourd'hui allègrement 10 %. Ces bénéfices sont en partie distribués aux actionnaires sous forme de dividendes, mais pas seulement. Le rachat d'actions propres est une pratique de plus en plus en vogue outre-Atlantique. Au début des années 2000, les entreprises en achetaient globalement chaque année pour une grosse centaine de milliards de dollars. Depuis 2018, hormis l'année de crise 2020, on se situe entre 700 et 900 milliards. C'est dire que l'on assiste à une raréfaction des actions. Et n'affirme-t-on pas que ce qui est rare est cher ?

Le Japon... et l'or

Le CIO de Banque de Luxembourg Investments fait partie des gestionnaires qui ont un faible pour le Japon : les actions nippones pèsent à peine moins lourd que les américaines dans le portefeuille du fonds, ce qui sort de l'ordinaire ! Le pays est (enfin) sorti de la déflation et les entreprises adoptent

aujourd'hui une attitude beaucoup plus favorable aux actionnaires. La bourse de Tokyo accueille par ailleurs quantité d'entreprises actives dans des secteurs très porteurs pour les années à venir.

Guy Wagner a également un faible pour l'or, mais surtout de manière indirecte. Tandis que le métal physique représente 1,9 % des actifs de son fonds, les valeurs liées aux métaux précieux en général en pèsent un peu plus de 10 %. S'agit-il de mines d'or ? Non, mais de ce qu'on appelle des sociétés de royalties. Leur activité n'est pas opérationnelle,

mais financière : elles investissent à un stade précoce, dans des entreprises qui commencent à construire des installations de production, voire qui en sont seulement au stade de la prospection. Les montants investis sont souvent modestes, de sorte qu'elles présentent une très grande diversification. La performance de l'or est... brillante depuis un an, mais les entreprises du secteur sont généralement jugées en gros retard sur la performance du métal jaune.

Guy Legrand

Cholesfytol[®] NG

NOUVELLE GÉNÉRATION

L'INNOVATION pour votre

CHOLESTÉROL* !

Cholesfytol[®] NG

NOUVELLE GÉNÉRATION

CHOLESTÉROL*

Extrait d'arnica 1000 mg
Levure rouge de riz 67,2 mg
Extrait d'olive 50 mg
Extrait de noyer 100 mg
pour 2 comprimés
56 comprimés

Tilman

2 le soir

Disponible en 56 et 112 comprimés

Tilman

*La feuille de noyer aide à contrôler le métabolisme lipidique (cholestérol et triglycérides), en association à une alimentation équilibrée.



Dr Paul Wulleman,
interniste-pneumologue

Lettre ouverte à Monsieur Frank Vandenbroucke

La suspension provisoire du remboursement des téléconsultations continue de faire couler beaucoup d'encre.

L'arrêt du remboursement des téléconsultations le 15 février marque indéniablement un tournant dans l'histoire de notre système de santé. Bien que cette décision puisse être perçue comme un recul à première vue, elle offre en réalité une opportunité unique de repenser en profondeur notre approche des soins médicaux, particulièrement face aux défis croissants posés par les maladies chroniques du 21^e siècle.

Au 21^e siècle, nous délaissons progressivement nos anciens paradigmes médicaux pour adopter une approche plus moderne et holistique. Auparavant, face aux agents pathogènes tels que les virus, les bactéries et les parasites, la médecine développait rapidement des « armes biologiques » efficaces sous forme d'antibiotiques, d'antiviraux et d'antiparasitaires. Cette stratégie, bien que fructueuse à court terme, s'est révélée insuffisante pour répondre aux défis sanitaires actuels.

Parallèlement, la chirurgie a connu une évolution spectaculaire. Elle s'est considérablement affinée grâce à la miniaturisation des instruments et à l'intégration de la robotique. Ces avancées technologiques ont permis de réduire significativement la durée des hospitalisations, les ramenant souvent à quelques jours, voire quelques heures dans certains cas. Cette transformation a non seulement amélioré l'efficacité des interventions, mais a également contribué à diminuer le stress des patients et à accélérer leur rétablissement.

Des outils de communication

Au 21^e siècle, ce sont les comportements pathogènes qui sont responsables de la plus grande partie des maladies chroniques : tabac, alcool, pollution, sédentarité, malbouffe, troubles du sommeil. Face à ces multiples pathologies chroniques, la guérison ne peut être envisagée

que par une prise en charge multidisciplinaire et ce, avec un médecin – généraliste – non pas prescripteur d'un médicament anti-infectieux, mais coordinateur de trajets de soins où d'autres professionnels de santé participent activement au parcours de guérison : infirmier.e, kiné, psychologue, logopède, ergothérapeute, etc.

Orchestrer une prise en charge pluridisciplinaire de qualité – à court terme par exemple en postopératoire – ou au long cours requiert des outils de communication de qualité entre soignants et patients : le numérique répond à cette exigence, et il ne faudrait pas s'en priver.

Les patients ont depuis longtemps pris conscience de l'importance de ces outils de communication, et ne se privent pas de les utiliser de manière non régulée ni protégée pour entrer en lien avec leurs soignants. Dès lors, il nous faut absolument un système bien régulé, accessible à tous les professionnels de santé, où le patient pourra créer son propre réseau de soignants ; ces derniers pourront communiquer entre eux afin d'assurer une prise en charge optimale, grâce à un espace d'une intelligence collective.

« Les patients ont depuis longtemps pris conscience de l'importance de ces outils de communication, et ne se privent pas de les utiliser de manière non régulée ni protégée pour entrer en lien avec leurs soignants. »

Des économies substantielles

Bien que la santé soit inestimable, elle engendre néanmoins des coûts. Dans cette optique, il est demandé au patient de contribuer financièrement, même de façon modeste. Cette démarche vise à responsabiliser chaque individu quant à sa santé et à l'utilisation des services médicaux. Le patient devra d'abord



effectuer un micropaiement pour valider sa demande. Ce n'est qu'après confirmation de ce paiement que le professionnel de santé pourra intervenir. Cette procédure garantit que le service médical ne sera fourni et facturé qu'une fois le paiement effectué par le patient. Le développement du numérique dans le domaine de la santé représente une opportunité majeure pour optimiser notre système de soins et réaliser des économies substantielles. Cette évolution technologique permettra de :

effectuer un micropaiement pour valider sa demande. Ce n'est qu'après confirmation de ce paiement que le professionnel de santé pourra intervenir. Cette procédure garantit que le service médical ne sera fourni et facturé qu'une fois le paiement effectué par le patient. Le développement du numérique dans le domaine de la santé représente une opportunité majeure pour optimiser notre système de soins et réaliser des économies substantielles. Cette évolution technologique permettra de :

- Réduire la pression sur les services d'urgence : mettre en place des systèmes de triage en ligne pour orienter efficacement les patients ; proposer des consultations vidéo pour les cas non urgents ; fournir des informations précises sur les alternatives aux urgences pour les cas bénins.

- Limiter les consultations inutiles : développer des outils d'auto-diagnos-

tic fiables pour rassurer les patients inquiets ; offrir un accès facile à des informations médicales validées ; mettre en place des systèmes de suivi à distance pour les maladies chroniques.

- Optimiser le parcours de soins : faciliter la prise de rendez-vous en ligne avec le bon praticien ; améliorer la coordination entre les différents acteurs de santé grâce au partage sécurisé des données ; permettre un suivi plus régulier et personnalisé des patients à risque.

En réduisant les recours injustifiés aux services d'urgence et en évitant les consultations superflues, le numérique en santé contribuera à une meilleure allocation des ressources médicales. Cela se traduira par des économies significatives pour notre système de santé, tout en améliorant la qualité des soins et la satisfaction des patients.



Accord de gouvernement sur la santé : ambition versus réalité

Le nouvel accord de gouvernement montre une ambition pour des réformes dans le secteur de la santé. Le secteur de la santé fait face à de grands défis, il est positif que le gouvernement propose une voie ambitieuse.

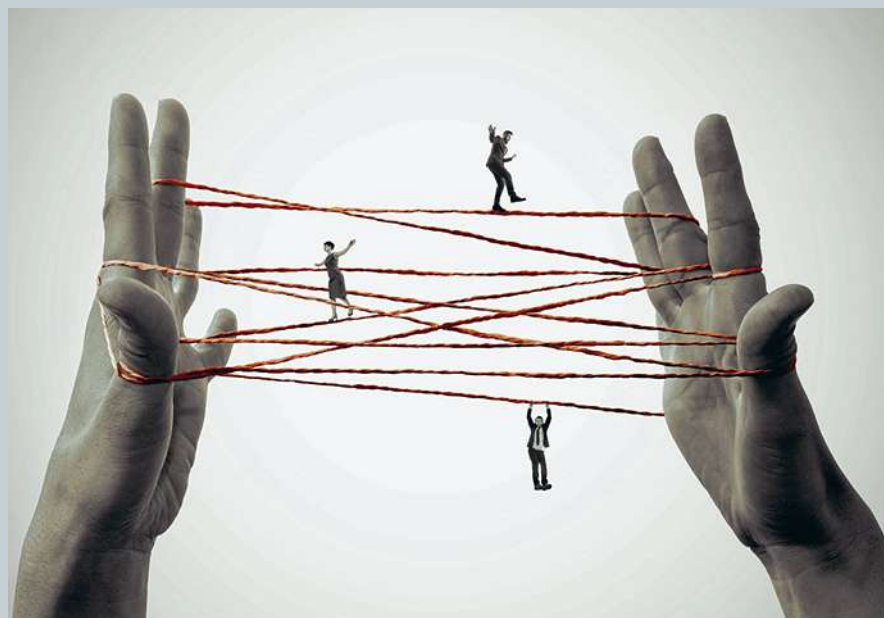
Avec les bons choix et un dialogue constructif, ces réformes peuvent contribuer à un système de santé durable et pérenne. Les réformes peuvent réussir si des investissements réalistes sont faits dans des solutions réalisables et soutenues. Une préoccupation : les budgets prévus seront-ils suffisants par rapport aux besoins attendus ?

Les réformes nécessitent de la continuité

Le nouveau gouvernement belge a présenté son accord de gouvernement. Dans le chapitre santé, nous voyons une ambition claire de poursuivre la voie des réformes. C'est un signal positif : les réformes structurelles dans le secteur de la santé sont nécessaires et nécessitent plus d'une législature. Le défi reste cependant de réaliser ces ambitions dans un cadre budgétaire réalisable et avec le soutien du secteur.

La réalité budgétaire exige des choix

Bien qu'il soit annoncé que des investissements supplémentaires dans le secteur de la santé seront réalisés via l'indexation et la norme de croissance maintenue, nous devons être réalistes. L'évolution démographique entraîne inévitablement des dépenses croissantes. Selon le Bureau du plan, la croissance budgétaire nécessaire en cas de politique inchangée serait d'environ 3,3 % par an au-dessus de l'index. Le nouveau gouvernement prévoit cependant une norme de croissance moyenne de seulement 2,4 % au-dessus de l'index, ce qui signifie que des choix réels devront être faits. Cela signifie une rupture avec la méthode connue du rabot, où les acteurs de la santé doivent toujours faire plus avec moins de moyens. En tant que société, nous devons faire des choix en gardant à l'esprit « une



qualité maximale pour une efficacité maximale».

Économiser et investir peuvent-ils aller de pair ?

Le gouvernement part du principe de soins efficaces. Ou, pour appeler un chat un chat : économiser et réorienter, dans l'espoir de libérer suffisamment de moyens pour des investissements. Cela ne peut réussir que si le secteur est impliqué dans le processus de choix. Mon expérience montre que les réformes approfondies en Belgique ne réussissent que si le patient, le professionnel de la santé et l'opinion publique sont convaincus de la valeur ajoutée de ces réformes, en termes d'accessibilité et de qualité, et si le secteur de la santé dispose de suffisamment de moyens et de temps pour s'y adapter. C'est précisément ce temps et ces moyens qui risquent de manquer, puisque la norme de croissance est d'abord réduite (de 2,5 % aujourd'hui à 2 % en 2026 et 2027), avant de remonter (en principe à 3 % en 2029). Logiquement, les réformes nécessitent

d'abord des investissements ciblés, avant de générer des gains d'efficacité. De plus, des moyens supplémentaires sont nécessaires pour augmenter l'attractivité des métiers de soins. Ces moyens devraient également, selon l'accord de gouvernement, provenir de cette même norme de croissance. Il est donc légitime de se demander si l'ambition de l'accord de gouvernement peut être alignée avec les ressources que ce même gouvernement réserve pour les soins de santé.

Évolution selon la tradition rhénane et en dialogue

Comme Bart De Wever le dit lui-même à la première page de son accord de gouvernement : en Belgique, on réforme selon la tradition du modèle rhénan. Donc pas de manière révolutionnaire, mais de manière évolutive. J'ajoute : on réforme en étroite concertation avec le secteur de la santé. Le secteur a déjà montré à plusieurs reprises qu'il est prêt à changer, à condition que cela repose sur une vision claire et une mise en œuvre réaliste.



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

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

Dre Hade Scheying

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

La maison médicale de Gilly-Haies recherche des médecins généralistes et/ou assistant(es).

Maison médicale à l'acte.
Horaire modulable.
Contrat indépendant.
Travail pluridisciplinaire.
Pour toute information complémentaire, veuillez contacter le 0470/47.52.87 ou le 0479/36.30.46 ou par mail csgh@csgh.be.

FD1677

CARRÉE BIEBUYCK & PARTNERS

Nous cherchons des médecins spécialistes dont des neurologues, oncologues et radiologues en Belgique francophone. www.CBP.be. Contact: Frederic.du.jardin@cbp.be.

FD1678

MOOVIA

Le centre Moovia recherche un.e médecin du sport 2 à 3 demi-jour/sem pour renforcer son équipe (1 Dr déjà présente). Centre de 400 m² multidisciplinaire de plus de 20 thérapeutes. Situé aux papeteries de Genval, parking aisé. Infos via gestion@moovia.be ou au 0476.42.78.68.

FD1679

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

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

CABINETS MEDICAUX

A louer : Cabinet médical entièrement rénové avec possibilité de logement adjacent (maison neuve, 3 chambres + jardin). A côté de la pharmacie de Lesve. Contactez le 0479/24.89.09.

FC5683

Nouveau Centre Pro à Gerpinnes (6280): location de 3 cellules indépendantes (à l'unité) de 30m² ou l'entièreté, panneaux photovoltaïques, PEB A+, parking privé, équipements dernier cri et cadre verdoyant et très calme. Contactez-nous ! 0475.42.00.08

FC5684

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



Vous cherchez du personnel ?

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



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

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 ou controle.medical@province.namur.be



PROVINCE de NAMUR

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



ECHOGRAPHE VINNO en parfait état à vendre: Echographe Vinno E20 acheté neuf en décembre 2018 avec Doppler. En parfait état de fonctionnement. Fourni avec 3 sondes: 1 linéaire, 1 convexe et 1 endo-cavitaire (acheté il y a 3 ans). Prix demandé: 11.000€.

Contact: 0494/94.84.81 ou email: magali.coppe@hotmail.fr.

FM3758



A vendre: Système ECG d'effort Schiller en bon état. Contact: 0470/11.38.08.

FM3759

IMMOBILIER

A louer: Nouvelle Villa sur Gerpinnes! 3 chambres, panneaux photovoltaïques, chauffage au sol, ventilation double flux, triple vitrage, luminaires, stores, terrasse, jardin, parking privé. 1.650€/mois. Contact: 0475/42.00.08.

FI6021



We Invest Charleroi vous propose cet incroyable bâtiment situé au cœur de Sambreville.

Anciennement à destination d'une polyclinique, cet espace polyvalent dispose de différents cabinets/ locaux et un appartement (rentabilité optimale: 14.000€/mois). Chauffage gaz, électricité conforme, PEB C pour l'appartement. Prix: 840.000€.

Contact: Sabrina au 0492/29.39.17. FI6020

DIVERS

Intéressé(e)s de former un groupe de JAZZ? Je suis pianiste amateur de bon niveau et recherche des amateurs intéressés de partager la passion de la musique Jazz et apparentée, par exemples guitariste, saxo, contre-basse, chanteuse, etc... Merci de m'appeler au 0491/25.21.93 si cela vous tente.

Dr Philippe Van Wambeke Bruxelles.

FV379

EN RÉPONSE AUX NOUVEAUX INDICATEURS DE L'INAMI POUR LA PRESCRIPTION D'INHIBITEURS DES POMPES À PROTONS

SYMPOSIUM EN LIGNE

TRAITER LES TROUBLES ABDOMINAUX SUPÉRIEURS AVEC ET SANS INHIBITEURS DES POMPES À PROTONS (IPP): MISE À JOUR POUR LA PRATIQUE EN 2025



MERCREDI 26 MARS 2025, 20 - 22 H

Intervenants:

Prof. Tack, Dr. Raymenants, Dr. Van den Houte, Prof. Vanuytsel

LIEN D'INSCRIPTION

Sujets:

- Lignes directrices et utilisations actuelles des IPP
- Inconvénients et risques des IPP
- Traitement des troubles du reflux avec et sans IPP
- Traitement de la dyspepsie avec et sans IPP
- Un regard vers l'avenir: L'étude PEPPER

Nederlandstalige versie
Dinsdag 26 maart 2025



English edition
Thursday March 27th 2025



L'accréditation a été demandée



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



Dre Nayla Chidiac : « Trump devrait suivre une thérapie »

À quelques jours de la Foire du livre de Bruxelles (du 13 au 16 mars), rencontre avec la Dre Nayla Chidiac, auteure de « L'écriture qui guérit », qui s'intéresse au lien entre cette pratique et la guerre.

Docteure en psychopathologie et psychologue clinique, Nayla Chidiac a fondé les ateliers d'écriture thérapeutique à l'hôpital Sainte-Anne de Paris. Spécialiste du trauma, elle s'intéresse, dans son dernier ouvrage, au lien entre écriture et guerre, et au lien bénéfique voire salvateur que la première peut avoir sur le traumatisme psychique que la deuxième peut déclencher ; ceci notamment, mais pas seulement, au travers d'un abécédaire d'écrivains passés ou actuels qui ont écrit et vécu la guerre.

Le journal du Médecin : Pensez-vous, comme Sylvia Plath, la poétesse, que l'écriture est un acte de catharsis ?

Dre Nayla Chidiac : Oui. Je suis thérapeute, et travaillant beaucoup sur le traumatisme psychique, le mot « élaboration » est un mot important d'un point de vue thérapeutique. L'écriture est cathartique, mais n'est pas thérapeutique si elle est juste cathartique : elle est nécessaire, mais s'il y a de grands troubles, cela s'avère plus délicat. Le journal intime par exemple, en temps de guerre, est non seulement cathartique, mais structurant. L'homme écrit depuis la nuit des temps : Epictète écrivait en tant que philosophe et guerrier. L'écriture est presque une hygiène de vie, au même titre que la méditation ou le yoga : elle est nécessaire, mais c'est une première étape.

Au travers du traumatisme de la Shoah, de nombreux survivants ont eu beaucoup de difficulté à s'exprimer verbalement, choisissant plutôt l'écriture ou le dessin par exemple...

Ce n'est pas toujours évident de parler, raison pour laquelle j'ai introduit l'écriture dans ma thérapie : cela permet de mettre à distance et de penser ; la notion de trace et de mémoire importent également au travers de l'écrit.

L'exemple de Jorge Semprún est intéressant, mis en regard de celui de Primo Levi : il ne parlera de son expérience des camps que plus tard.

Le temps est une notion intime. Semprún écrit : « Il m'a fallu 15 ans pour écrire ce que je n'arrivais pas à écrire : mais si je l'écrivais, je mourrais ; et si je ne l'écrivais pas, je mourrais aussi... » Et il termine en ajoutant : « Ce n'est pas que j'avais peur de l'écrire, mais je ne savais pas comment l'écrire. » La personne est dans une impasse et ne peut plus faire comme si cela n'avait pas eu lieu. Mais en parler peut faire s'effondrer. D'ailleurs, Primo Levi, lui, a écrit tout de suite... Ce qui ne signifie pas que cet acte est la raison de son suicide. On doit prendre garde de vouloir systématiquement faire écrire des traumatisés : il faut d'abord évaluer la psyché, les autres symptômes, l'histoire de la personne, et puis seulement juger si la personne est prête ou pas à le faire.

Ruines et reconstruction

Mais concernant l'écriture comme post-traumatique, deux choix semblent possibles : décrire les ruines ou évoquer la reconstruction...

Au travers de mes ateliers, je fais des propositions : la proposition de la ruine et de la construction ; il est essentiel de permettre de mettre à jour les différentes pulsions. En fait, les patients qui sont en pleine guerre et ceux qui s'en sont sortis momentanément ou définitivement n'écrivent pas de la même manière. Par exemple, écrire un roman sous les bombardements est compliqué. **Parmi les auteurs que vous répertoriez, il n'y a pas Céline, un médecin pourtant qui a connu la guerre...**

Est sorti récemment l'inédit « Guerre » de Céline, qui est pour moi le plus grand livre sur le psychotrauma. Je vénère Céline, mais je voulais éviter

d'évoquer les incontournables comme Semprún, Levi ou Céline, et laisser la place à d'autres figures moins connues comme Zeruya Shalev ou Rithy Panh...

La poésie est l'un des modes d'expression pour décrire la guerre, notamment chez le Palestinien Najwan Darwish, qui écrit : « La poésie est un dessin de désespoir, de l'effacement... » La poésie n'est pas la forme littéraire qui permet le plus de lucidité en tant qu'élément pour la thérapie, justement ?

C'est presque prémonitoire ce qu'écrit Darwish. Le philosophe Alain a affirmé que la poésie est de la philosophie, laquelle a été créée pour pouvoir penser la mort. Sous les bombardements, quand votre pensée est fracturée par le bruit, l'imminence possible de la mort, la poésie est elle-même un fragment. Au niveau du travail thérapeutique, on peut plus facilement demander au patient d'écrire un quatrain en une semaine que lui demander de rédiger une nouvelle. Je propose des formes poétiques qui sont fragmentées et accessibles. Un patient peut concevoir un haïku de trois lignes en une semaine... même deux minutes avant la séance. Le patient aura dès lors structuré, s'est penché, a pensé.

La poésie possède cet aspect fulgurant et pratique : un bout de papier et un crayon... Elle est semblable à un manifeste qui va traverser le temps. Il y aura peut-être l'effacement pour revenir à Darwish, peut-être pas, mais la poésie restera. C'est un acte de résistance. L'écriture, la poésie, la littérature sont actes de liberté. Quand Salman Rushdie écrit « Le couteau » suite à l'attaque dont il a été victime, cela signifie : « Quoi que vous fassiez, je serai là... »

Hiroshima

Chez l'écrivain japonais Tamiki Hara, survivant d'Hiroshima, la



langue se dissout selon vos mots, un peu comme les matières et les corps se sont dissous sous l'effet de la bombe...

Exactement. Une forme d'effacement dans un autre registre, un effacement immédiat. Et qui se produit dans le délitement des mots et peut-être le délitement de la pensée. Hara n'avait pas le droit d'en parler : c'était interdit, il régnait comme une omerta. Il ne pouvait pas y avoir de catharsis alors qu'elle était nécessaire...

Vous évoquez Marguerite Yourcenar en tant qu'auteure. Vos patientes vivent-elles la guerre et l'écrivent-elles différemment ?

Elles la vivent de la même manière, mais elles l'expriment en séance plus facilement que les hommes, qui en parleront beaucoup plus tard.

La thérapie et l'écriture seraient nécessaires pour les dirigeants, écrivez-vous en conclusion ; il y a eu, au niveau écriture, les exemples de Mitterrand, de Gaulle ou Churchill. Trump devrait-il écrire ?

Donald Trump devrait d'abord suivre une thérapie et ensuite écrire...

Un entretien de Bernard Roisin

>> Nayla Chidiac. *L'écriture qui guérit : traumatismes de guerre et littérature.* Odile Jacob.

