



## Plus d'une plainte pour coups, chaque jour, à la police

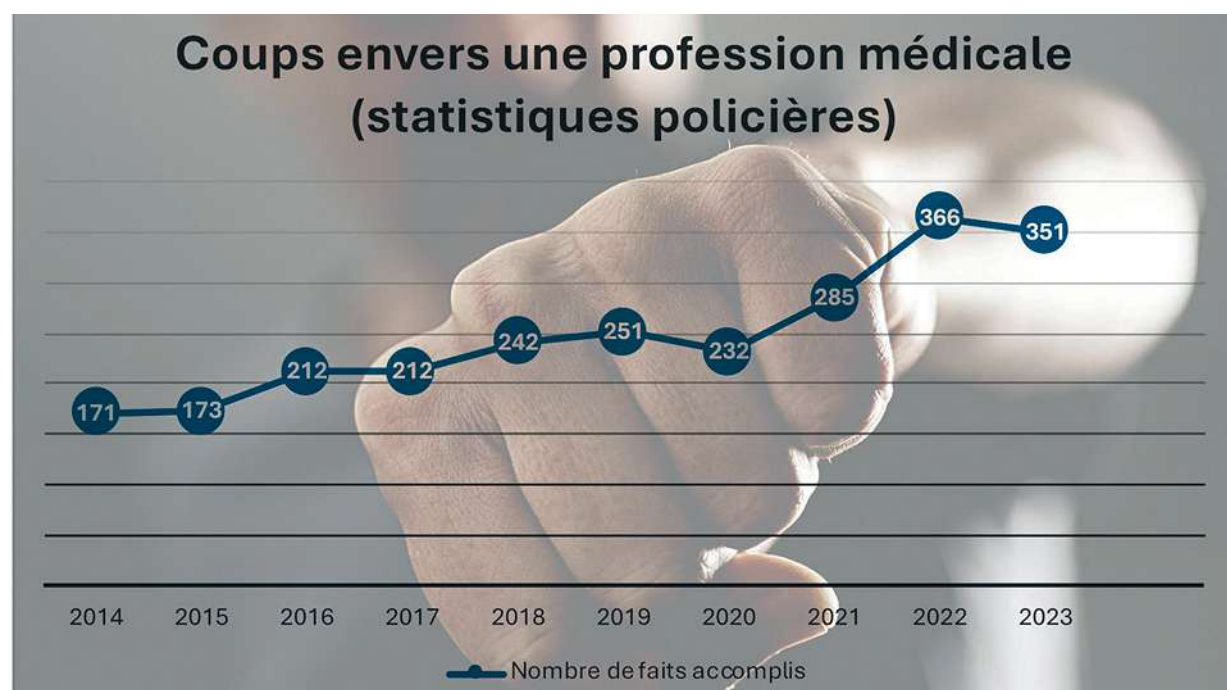
Depuis la création de son point de signalement des agressions, l'Ordre des médecins a enregistré près de 700 déclarations. De son côté, la plateforme 'Médecins en difficulté' a reçu 598 appels de détresse l'an dernier, dont 120 suite à des agressions.

**C**haque jour, un médecin, au moins, pousse les portes d'un commissariat pour porter plainte pour coups. Et ce n'est là que la pointe émergée de l'iceberg, vu la propension du corps médical à justement les encaisser, ces coups (*lire en page 3*). Les dernières statistiques policières complètes (2023, voir graphique ci-contre) font état de 351 P.-V. pour « coups envers la profession médicale » (*une centaine de plus qu'avant le covid, NdLR*). Et 2024 s'annonce du même tonneau puisqu'on comptait déjà 85 P.-V. rien qu'au premier trimestre.

### Des femmes et des généralistes

Entre juin 2016 et le 21 août 2024, la plateforme de notification des agressions sur le site de l'Ordre des médecins a enregistré 694 signalements (54 % de femmes et 220 francophones): 60 % d'agressions verbales, 22 % d'ordre psychologique, physique (15 %) et sexuel (2 %). Les généralistes représentent 54 % des cas et les médecins en formation, 7 %.

Près de quatre agressions sur dix ont eu lieu au sein de pratiques de groupe, 26 % en solo et 13 % à l'hôpital. Où, exactement? Dans la salle d'attente pour 45 % des déclarations (et 9 % au domicile du patient). Un quart des agressions se sont produites par téléphone, courrier, e-mail ou via internet (*lire en page 2*). Dans 55 % des cas, il s'agissait d'un patient connu. Les profils psychiatriques représentaient 20 %, 6 % des agresseurs étaient sous influence et 4 % avaient un passé criminel. Conséquences: des dommages psycholo-



giques dans 84 % des déclarations, mais aussi matériels (6 %) et/ou physiques (5 %).

### SOS Médecins en difficulté

Le formulaire de déclaration de l'Ordre propose, sans obligation aucune, l'aide de Médecins en difficulté (0800/23.460). Auquel cas, un 'médecin de confiance' prend contact (par téléphone ou par e-mail), en toute confidentialité, dans les 24h, pour fixer un rendez-vous. La plateforme a répondu à 598 appels de détresse en 2024, dont 120 après une agression et 18 pour idées suicidaires. Une hausse importante (250 appels en 2022), qui s'explique aussi « par une meilleure visibilité et un phénomène de contagion positive », explique **Pascale Senny**, chargée de mission, « car nous faisons beaucoup de présentations, de prévention et de coaching dans les cercles de médecins, en Glem et dans des services hospitaliers. »

Lire suite en pages 2 et 3

### Le JMH nouveau

Cette édition marque une première avec l'intégration du JMH Hospitals au journal du Médecin. Ce supplément inédit s'adresse aux décideurs du secteur hospitalier en leur apportant des analyses pointues et des perspectives originales sur les grands défis du moment. Dans ce numéro, nous explorons l'impact de l'intelligence artificielle sur les infrastructures de soins et les transformations qu'elle implique. Nous nous penchons également sur la potentielle grève des directions hospitalières et sur son utilité en tant que levier d'action. Enfin, la décarbonation du système de santé est au cœur de nos réflexions: entre nécessité impérieuse et défis à relever, comment concilier écologie et exigences hospitalières? Un rendez-vous incontournable pour celles et ceux qui façonnent l'hôpital de demain.

À lire à partir de la page 21

Laurent Zanella,  
rédacteur en chef



## Ordonnance pour la démocratie

**D**ébut mars, au Sénat français, un médecin a dressé un portrait au vitriol des États-Unis. « *Washington est devenu la cour de Néron. Un empereur incendiaire, des courtisans soumis et un bouffon sous kétamine chargé de l'épuration de la fonction publique.* » Ce discours - largement repris dans les médias et sur les réseaux sociaux outre-Atlantique -, c'est celui de **Claude Malhuret**, élu Horizons de l'Allier et président du groupe « Les Indépendants » au Sénat. Un médecin épidémiologiste qui fut président de Médecins sans frontières, et qui a cofondé le site Doctissimo avec le Dr Laurent Alexandre.

Il fait partie de ces médecins qui s'élèvent contre la politique trumpiste, et il est loin d'être le seul. Aux États-Unis aussi, colère et inquiétude gagnent le corps médical, qui manifeste dans les « *town hall* », réunions publiques où les citoyens affectés par la politique menée par Trump et le Doge expriment leurs inquiétudes. C'est le cas du Dr **Steven Brown**, médecin de famille, inquiet des répercussions des coupes budgétaires dans *Medicaid*, le programme d'assurance maladie public destiné aux personnes à faibles revenus. « *Je me suis senti obligé de prendre la parole pour mes patients, les personnes les plus vulnérables. (...) Je pense que c'est ma responsabilité, en tant que médecin, de représenter mes patients de cette manière.* » Et d'exprimer, sur la chaîne MSNBC, l'état d'inquiétude de nombreux Étatsuniens : « *Je pense que nous essayons tous de comprendre la situation, mais j'ai l'impression qu'il y a du regret, c'est certain.* »

« *Un clown qui rentre dans un palais ne devient pas un sultan, c'est le palais qui devient un cirque* », dit un proverbe turc. Une vérité cruelle que l'on observe chaque fois qu'un poste prestigieux échoit à quelqu'un qui en est indigne. Plutôt que d'élever l'individu, c'est l'institution elle-même qui s'effrite, fragilisée et vidée de sa substance. Reste à trouver une ordonnance pour guérir une démocratie en souffrance.

# Cloués au pilori des réseaux sociaux



Une autre forme d'animosité envers le corps médical tend à progresser : l'agression ad hominem sur internet, avec le dénigrement - parfois violent - de médecins dont le nom est jeté en pâture sur les réseaux sociaux.

**C**es attaques gratuites sont délétères pour la réputation du médecin, sa patientèle, mais aussi son équilibre psychologique. Les motifs sont identiques à ceux de la violence non virtuelle : un refus de certificat (23 %) ou, dans nos sociétés où l'immédiateté fait loi, un long délai en salle d'attente (10 %) : « *Le patient est devenu un impatient* », scande le Pr **Christian Mélot**, vice-président de l'Ordre. Qui précise que depuis l'été dernier, le formulaire en ligne de signalement des agressions a fait peau neuve, sur base de son cousin européen, et comporte un item « atteinte à l'e-réputation ». Le *bashing* médical sévit aussi lors de faits graves comme un décès, où une famille traite un médecin « d'assassin » sur Facebook suite à des soins palliatifs qu'elle qualifie « d'euthanasie »...

Pourquoi tant de haine ? À cause d'une tendance générale à la désinhibition qui rend nos sociétés plus agressives (et la géopolitique actuelle, anxio-gène, exacerbe la véhémence), avec des internautes qui se sentent intouchables derrière leur écran. Sauf que le crime ne reste pas forcément impuni.

## Ne vous laissez pas intimider !

Que pouvez-vous faire si vous êtes victime d'avaries sur le web ? Commencez par recueillir des preuves

avec des captures d'écran que vous pouvez faire constater par huissier. « *Nous conseillons ensuite d'écrire à l'agresseur quand on le connaît - ce qui est assez souvent le cas. Demandez-lui de retirer sa publication, faute de quoi vous porterez plainte. Cela fonctionne assez bien* », nous assure un médecin de Médecins en difficulté. « *Sinon, portez plainte à la police, voire allez jusqu'en justice.* » Peur d'éventuelles représailles ? La réalité montre que l'agresseur, une fois auditionné par la police, se tient souvent à carreau.

Signaler l'agression à l'Ordre et à la police permet de déposer une partie de son fardeau émotionnel (et d'en laisser une trace officielle). Par ailleurs, les plaintes constituent le seul moyen d'arriver à quantifier, à terme, la réalité de terrain et donc d'avoir une 'arme' pour négocier des solutions à mettre en place avec la police et le ministère de l'Intérieur. Pour rappel, selon **Benoît Dejemeppe**, président du Conseil national de l'Ordre des médecins, ancien procureur du Roi et conseiller à la Cour de cassation, on estime, dans la population générale, que moins d'une victime sur dix porte plainte. Le nombre réel d'agressions physiques envers la profession médicale avoisinerait dès lors plus de 3.000 par an, soit près de dix chaque jour... Ne vous taisez donc plus.

Cécile Vrayenne

**S**ous la législature précédente, les peines pour les délits de violence envers les professionnels de la santé ont été alourdies, rappelle le cabinet du ministre **Frank Vandenbroucke**. « L'étape suivante est de contrôler que ce durcissement est effectif sur le terrain, cela relève du ministre de la Justice. » Nous avons posé la question au cabinet Verlinden, mais nous n'avions pas reçu de réponse à l'heure de boucler cette édition. De son côté, le ministre régional de la Santé confirme que « les violences à l'encontre des soignants sont une réalité préoccupante. Les soins prodigués ne peuvent s'exercer pleinement que dans un cadre sécurisé et serein. » **Yves Coppieters** rappelle quelques solutions déjà en place, comme les formations de gestion de l'agressivité de Fe-bi.org et les services spécialisés de type 'Mass'. « La sécurité du personnel soignant est un enjeu primordial et une question centrale qui pourrait être approfondie, avec les acteurs de terrain, dans le cadre de la réforme de la première ligne de soins, afin d'identifier des solutions adaptées aux réalités de chaque territoire, en mettant l'accent sur la prévention des comportements violents et/ou insécurisants. »



# Après l'agression : entre incompréhension et culpabilité

Qu'expriment les médecins qui appellent Médecins en difficulté à l'aide ? Comment - et tout particulièrement en tant que soignants -, expérimentent-ils le traumatisme d'une agression ?

**S**e faire agresser n'est pas du tout naturel pour un médecin qui a choisi de faire la médecine pour aider les autres, les soigner et les guérir aussi souvent que possible. Et, quelque part aussi, être leur confident, leur allié devant les adversités. Or, voilà que d'un coup, cet 'allié' devient agresseur », analyse un médecin de confiance de l'association, qui vient en aide à ses confrères depuis une vingtaine d'années. « La plupart des médecins sont déstabilisés. Au point, pour certains, d'évoquer un abandon de la profession. »

Parfois, l'appel débute par des pleurs, glisse Pascale Senny. « Ou en disant : 'j'aurais dû vous appeler depuis longtemps, mais...' » L'agressivité est encore trop normalisée, c'est parfois un conjoint ou un ami qui dit : « Mais enfin, tu ne dois pas laisser passer cela ! » Une énième invective peut être le point de bascule vers l'épuisement professionnel et le burn out. « N'attendez pas le trop-plein, appelez-nous au plus vite », exhorte Mme Senny. L'épuisement est un long chemin. Lors de ses exposés, Médecins en difficulté tente d'en conscientiser les médecins.

## Quand la relation de confiance se brise

Le mal-être qui suit une agression mêle culpabilité – 'qu'ai-je pu faire pour que cela m'arrive ?' – et incompréhension, et entraîne un effondrement du sentiment de sécurité du médecin dans sa pratique : il ne voit plus ses patients de la même façon, ce qui peut modifier son attitude. Celle des patients aussi a changé : la relation médecin-patient a fortement évolué, glissant d'une relation naguère privilégiée, de confiance entre deux personnes, à une relation 'contractuelle' : « La plupart des gens ont tendance à considérer qu'on peut guérir tout, notamment à cause des annonces régulières dans les médias de performances médicales. Donc, ils arrivent chez le médecin non plus dans l'espoir d'être guéris, mais en exigeant de l'être, et parce qu'ils paient », dissèque le médecin de confiance. Avec, en corollaire, le danger de considérer toute complication médicale comme une faute.

Par ailleurs on assiste, avec la pratique de groupe et l'hyperspécialisation de la médecine croissantes, à une forme de dépersonnalisation du médecin – il

n'est plus forcément le même d'une consultation à l'autre, et encore moins pour toute la vie. « Or, comme on le voit bien dans les services d'urgences, on agresse plus facilement quelqu'un qu'on ne connaît pas. »

**Êtes-vous bien assuré en revenus garantis ? Jetez donc un œil à votre contrat, à titre préventif, pour être sûr d'être couvert (en santé mentale également) si jamais vous deviez passer par un arrêt de travail.**

## Accepter sa vulnérabilité

Au bout du fil, les médecins en détresse laissent assez vite transparaître leur souffrance, et davantage encore après une agression physique. « Ils sont soulagés de parler à quelqu'un qui connaît et pratique le métier. Notre écoute bienveillante et empathique fait généralement diminuer la tension psychologique, elle

dédramatise et déculpabilise quand on explique que les agressions sont, hélas, nombreuses. »

Il reste toutefois difficile, pour un médecin, d'avouer sa vulnérabilité et d'entamer des démarches pour prendre soin de soi : il n'est pas 'formaté' pour. « C'est une espèce de vice de fabrication », sourit notre médecin témoin, « nous sommes formés pour soigner les autres, pas pour nous soigner nous-mêmes ! Nous sommes - et c'est encore le cas aujourd'hui - formés pour être des surhommes et des surfemmes. Il faut sensibiliser les médecins à l'acceptation de leur vulnérabilité. »

Ce petit bout de chemin entre confrères, avant une éventuelle orientation vers un soutien psychologique professionnel, peut durer jusqu'à quatre heures (en plusieurs séances). Un seul entretien suffit parfois. Le médecin de confiance échange aussi sur la façon de travailler, et donne des conseils en fonction des modalités de la pratique : « Cela peut aller jusqu'à la disposition architecturale du cabinet, comme prévoir une porte pour pouvoir sortir rapidement. »

Cécile Vrayenne

## Envie, vous aussi, d'aider vos collègues ?

**L'**association Médecins en difficulté cherche constamment de nouvelles vocations pour renouveler son panel de médecins de confiance (ils sont une centaine). L'objectif est aussi de l'enrichir de divers profils – généralistes, spécialistes, médecins hospitaliers ou non, de toutes les régions du pays - afin de pouvoir proposer des missions plus spécialisées en fonction des besoins spécifiques (épuisement, addictions, etc.) des collègues en désarroi.

Concrètement, il vous suffit de marquer votre intérêt (par e-mail à : [info@medecinsendifficulte.be](mailto:info@medecinsendifficulte.be)). Il n'y a pas d'horaires précis, si vous n'êtes pas disponible quand l'association vous appelle, pas de souci, elle s'adresse à un autre confrère. Le soutien apporté est un peu défrayé et des formations régulières, sur différentes thématiques, sont offertes. La gratification est avant tout d'ordre humain, par pure confraternité : « Au fil de l'expérience, on aide de

mieux en mieux ses collègues », assure notre médecin de confiance témoin, « c'est très intéressant, et cela donne beaucoup de satisfaction. Tous les médecins que nous soutenons se disent soulagés. »

La confrontation régulière avec la détresse de ses pairs peut mener à un certain stress émotionnel : « On ressent une fatigue psychologique, par moments, à force d'entendre des médecins agressés ou malheureux »,

reconnaît notre interlocuteur. Mais c'est sans compter sur la résilience de tous ceux qui arrivent à transformer cette souffrance en démarche constructive. « Des médecins aidés deviennent médecins de confiance, après un burn out par exemple. On pourrait craindre qu'ils rechutent d'être confrontés à des collègues dans la même situation mais, au contraire, ils ressortent fortifiés, motivés pour aider les autres, c'est une réaction assez noble. »

# Robert F. Kennedy Jr avance à pas feutrés

Nommé en février 2025 secrétaire à la Santé et aux Services sociaux des États-Unis, Robert F. Kennedy Jr alterne entre décisions fondées sur la médecine par les preuves (EBM) et décisions plus controversées. Idem pour ses «sous-ministres» en attente de confirmation par le Sénat.

**R**obert F. Kennedy Jr. s'est entouré d'une équipe de collaborateurs au CV parfois impressionnant pour mener à bien sa politique de réforme du système de santé. Leur degré de controverse est variable.

En tant que secrétaire à la Santé, Kennedy a intensifié le réexamen des politiques vaccinales fédérales. Il a notamment suspendu des réunions d'experts en maladies infectieuses et réévalué des contrats autour de vaccins, dont un de 460,7 millions de dollars avec Vaxart pour un vaccin oral contre le covid-19, ainsi qu'un contrat de 590 millions de dollars avec Moderna.

Au niveau malbouffe, Kennedy a prévu de rencontrer des dirigeants de grandes entreprises alimentaires, telles que General Mills et PepsiCo, pour discuter de l'utilisation d'additifs alimentaires et de produits chimiques. Il envisage de bannir certains de ces additifs et de retirer les aliments ultra-transformés des repas scolaires afin de réduire les maladies chroniques liées à l'alimentation.

## Vaccination contre la rougeole

Comme il avait souligné auparavant qu'il n'était pas «antivax» en toute circonstance, il a promu la vaccination

contre la rougeole lors d'une récente épidémie mortelle au Texas, soulignant son importance pour la protection individuelle et communautaire. Toutefois, dans une interview à *Fox Nation*, Robert F. Kennedy Jr. a adopté une position ambivalente sur la vaccination contre la rougeole, oscillant entre recommandations officielles et scepticisme. Il a minimisé la dangerosité du virus, attribuant les cas graves à la malnutrition plutôt qu'au manque de vaccination. Son discours sur l'immunité naturelle est trompeur, suggérant qu'une infection protège contre des maladies comme le cancer ou les maladies cardiaques. En revanche, même *Le Monde* a salué sa politique contre les conflits d'intérêts et l'influence des industries pharmaceutiques et agroalimentaires.

## La plupart des collaborateurs de Kennedy Jr devraient être confirmés.

Qu'en est-il de ses collaborateurs ? Nommés par le président Trump, la plupart d'entre eux attendaient leur confirmation particulièrement minutieuse par le Sénat au moment d'écrire ces lignes. Mais tous devraient être confirmés.

Ainsi, le Dr Jay Bhattacharya, médecin, économiste de la santé et professeur à l'Université de Stanford nommé directeur des *National Institutes of Health* (NIH, qui financent et conduisent des recherches médicales), s'est fait connaître de manière controversée pour son opposition aux confinements et aux obligations de vaccination durant la pandémie de covid-19. Auditionné le 5 mars dernier par le Congrès, il s'est engagé à recentrer les NIH sur la lutte contre les maladies chroniques via l'initiative « *Make America Healthy Again* » (MAHA), en s'attaquant aux causes profondes comme l'obésité liée à l'alimentation industrielle. Il s'engage à rendre la recherche plus fiable, en instaurant des comités d'éthique indépendants. Mais il défend la «liberté d'expression scientifique», dénonçant la «censure». Il promet une «transparence totale» en publiant toutes les subventions et décisions des NIH afin, selon lui, de restaurer la confiance du public.

En attente lui aussi de confirmation à la tête du *Center(s) for Disease Control and Prevention* (CDC), le Dr Dave Weldon est médecin et biochimiste. Weldon a notamment été impliqué dans des débats sur la sécurité des vaccins, en particulier concernant le thimérosal, un conservateur à base de mercure uti-

lisé dans certains vaccins. Il a notamment plaidé pour son retrait des vaccins pédiatriques, estimant qu'il pouvait avoir des effets neurotoxiques, ce que ne confirment pas plusieurs études scientifiques. Il veut intensifier les efforts du CDC pour collecter des données détaillées sur les avortements pratiqués aux États-Unis estimant qu'il y en a trop. Il veut s'impliquer également dans la santé environnementale (lien entre pollution et maladies).

## Plus de transparence à la FDA

Nommé par Trump à la direction de la *Food and Drug Administration* (FDA), le Dr Marty Makary, professeur à l'Université Johns Hopkins, chirurgien et spécialiste du cancer, est connu pour ses critiques sur la surprescription de médicaments et l'influence des grandes compagnies pharmaceutiques sur les régulateurs gouvernementaux. Marty Makary a critiqué la surutilisation des vaccins contre le covid chez les personnes à faible risque de formes graves. Toutefois son profil est «peu controversé» et il devrait obtenir les votes suffisants au Sénat pour être confirmé. Lors de son audition, il a rassuré sur le fait qu'il n'avait pas de préjugés contre la pilule abortive à la mifépristone et qu'il n'avait rien à voir avec l'annulation de certains comités consultatifs au sein de la FDA.

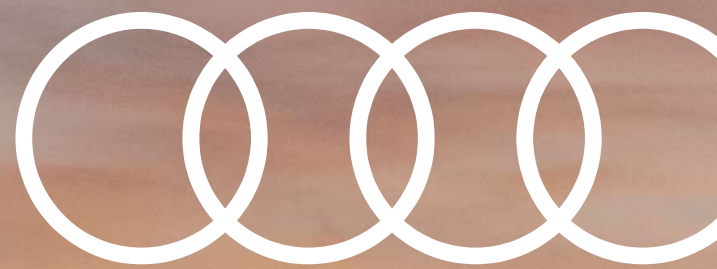
Le Dr Mehmet Oz, chirurgien cardiothoracique et ancien animateur controversé d'une émission télévisée («*The Dr Oz Show*»), nommé administrateur des *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMS), veut identifier les fraudes sociales au sein des programmes Medicare et Medicaid s'il est confirmé.

Enfin, «désignée» par Trump dès novembre dernier «chirurgienne générale des États-Unis» (en réalité une fonction de porte-parole du ministère de la Santé à la tête du puissant *United States Public Health Service Commissioned Corps*), la Dre Janette Nesheiwat, médecin urgentiste et directrice médicale à New York et ex-présentatrice sur *Fox*, promet de mettre en place un système pour améliorer la diffusion d'informations médicales fiables. Elle veut encourager une «communication transparente et accessible» sur la vaccination, la prévention et les avancées médicales, en espérant, dit-elle, contribuer ainsi à renforcer la confiance du public envers les autorités sanitaires. Chacun jugera...

Nicolas de Pape

# A6

## e-tron Corporate



àpd


**539** €/mois\*

pour une Audi A6 Avant e-tron Corporate  
HTVA en Renting Financier

## Work Love Balance. This is Audi

Votre voiture de société idéale, superbement équipé et 100 % déductible fiscalement.

14,4-17,5 kWh/100 KM ♦ 0G CO<sub>2</sub>/KM (WLTP)

**D'Ieteren**  **DONNONS PRIORITÉ À LA SÉCURITÉ.** Informations environnementales (A.R. 19/03/2004) : [www.audi.be](http://www.audi.be)

\*Audi A6 Avant e-tron Corporate. Prix net HTVA : 52 407,42 € (incl. remise de 7 100,83 € HTVA et frais de livraison). Offre en Renting Financier calculée sur base de 60 mois et 100 000 kilomètres, avec un premier loyer majoré de 13 101,86 € HTVA et avec une option d'achat de 30 %. Offre réservée aux professionnels. Sous réserve d'acceptation du dossier par D'Ieteren Lease SA, filiale et agent de crédit lié de Volkswagen D'Ieteren Finance SA, siège social : Leuvensesteenweg 679, 3071 Kortenberg - RPM Leuven - BCE 0402623937. Prix au 4/3/2025 et valable jusqu'au 5/5/2025. Modèle illustré avec options. D'Ieteren Lease SA est un agent d'assurances de P&V Assurance (code 0058). Offre sous réserve d'erreurs ou changements de prix. Contactez votre distributeur Audi pour toute information relative à la fiscalité de votre véhicule. E.R./Annonceur : D'Ieteren Automotive s.a./n.v., Audi Belgium, Taeymans Laura, Rue du Mail 50, 1050 Ixelles, RPM Bruxelles, BCE 0466 909 993, IBAN BE42 3100 1572 0554.



## 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, le Pr Jean-Luc Belche (ULiège).

# « Sans une première ligne mieux structurée, on refera les mêmes erreurs »

Le Pr Jean-Luc Belche (ULiège) a tenu un rôle moteur dès les premiers instants de la crise covid, notamment au sein de la Cellule d'appui scientifique et universitaire (Casu) du Collège de médecine générale (CMG). Il met en avant trois grands enseignements de la crise covid : la nécessité (urgente) d'une première ligne mieux structurée, l'importance d'outils numériques performants et le besoin de collaboration interprofessionnelle, qui doit être pérennisée au-delà des crises.

**L**e journal du Médecin : En tant que médecin généraliste, comment avez-vous vécu cette crise personnellement et professionnellement ?

**Pr Jean-Luc Belche :** C'était passionnant. C'était intense comme jamais je ne l'aurais imaginé. Je me souviens très bien du moment où j'ai pris conscience que la médecine générale n'était pas du tout préparée. On voyait passer des recommandations du CMG sur la protection des cabinets, mais elles étaient trop peu étayées. Je me suis dit : « On est scientifiques, on est universitaires, mais qu'est-ce qu'on fait concrètement pour la médecine générale ? »

Avec quelques collègues du département de médecine générale de l'ULiège, on a décidé d'agir. Très vite, on a proposé un premier algorithme pour le tri téléphonique des patients suspects covid, et on a mis en place un réseau interuniversitaire entre l'ULiège, l'ULB et l'UCLouvain (et puis ensuite l'UNamur) pour partager les connaissances et structurer une réponse scientifique. En parallèle, dans la suite des projets Sylos, j'étais en contact avec les urgences du CHR et j'ai compris qu'il fallait rapidement mettre en place un poste de triage aux urgences. On a ouvert le premier à la Citadelle, puis le CHC et le

CHU ont suivi. Au total, ça m'a pris un temps de dingue, je bossais 12 heures par jour, mais on était dans une dynamique de mobilisation impressionnante.

Sur le terrain, il fallait aussi réinventer notre manière de travailler. Par exemple, dans de nombreuses pratiques, on a organisé des téléconsultations pour les cas bénins afin que certains généralistes puissent être redéployés dans les postes de tri aux urgences. C'était une urgence absolue, et on a mis en place des solutions en quelques jours, là où en temps normal, cela aurait pris des mois.

### Travailler en réseau

**Quelles leçons tirez-vous de cette période dans votre pratique ?**

Ce que j'ai appris avant tout, c'est l'importance de la collaboration interprofessionnelle. J'ai vu des kinés appeler les patients fragiles pour s'assurer qu'ils allaient bien, ce qui nous dégageait du temps. Des infirmiers ont aussi joué un rôle clé dans le suivi des patients covid à domicile. Quand on travaille ensemble, on est plus efficaces.

Mais aujourd'hui, je suis un peu déçu que cette dynamique n'ait pas été pérennisée. Pendant la crise, on a prouvé que travailler en équipe était bénéfique. Quatre ans plus tard, on voit encore des résistances. Un exemple flagrant ? La

vaccination par les pharmaciens. Certains généralistes s'y opposent farouchement, alors qu'on sait que notre couverture vaccinale contre la grippe plafonne aux alentours de 50 %. Je pense qu'on doit arrêter de travailler en silo. Si on veut une première ligne de soins plus robuste, il faut accepter de mieux répartir les tâches. La crise nous a montré que c'était possible. Aujourd'hui, j'aimerais qu'on aille jusqu'au bout de cette logique.

**La crise a-t-elle mis en lumière des failles dans le système de santé belge ? Ont-elles été corrigées ?**

Oui, la crise a révélé des failles majeures. La plus grande, c'est que notre système est hospitalo-centré. Tout était orienté vers la protection des hôpitaux, mais on oubliait que chaque vague hospitalière était précédée d'une vague en médecine générale. Les généralistes voyaient arriver les patients deux semaines avant qu'ils ne remplissent les urgences. On nous a laissés avec peu de moyens de protection au départ, et c'est ce qui a conduit à la mise en place des centres de tri.

Ensuite, la crise a mis en évidence le manque de structuration des soins de première ligne. Il n'y avait pas de coordination claire entre les généralistes, les infirmiers, les maisons de repos... On a

improvisé, et ça a marché dans certaines régions, mais c'était du bricolage. C'est là qu'on a vu émerger des embryons d'Organisations locales de santé (OLS), qui devraient aujourd'hui être renforcées.

Enfin, la pandémie a accéléré l'épuisement des généralistes. Beaucoup étaient déjà proches du burn out avant la crise, et certains ont pris leur retraite plus tôt que prévu. Aujourd'hui, on manque de médecins, et remplacer un généraliste par un autre ne suffit pas. Il faut repenser le système pour mieux répartir les tâches, notamment avec les infirmiers et d'autres professionnels de santé. Est-ce que ces failles ont été corrigées ? Pas vraiment. On parle beaucoup de structuration, de nouvelles organisations, mais sur le terrain, les choses avancent trop lentement.

**Quel rôle devraient jouer les futures OLS en cas de nouvelle crise sanitaire ?**

Les OLS, si elles sont bien mises en place, devraient être la clé d'une réponse rapide et efficace. À terme, ces structures devraient être capables de prendre en charge la gestion d'une crise sanitaire au niveau local, avec une capacité d'adaptation aux réalités de chaque terrain spécifique. Typiquement, on devrait pouvoir leur dire : « Vous êtes en charge de la mise en place du plan pandémie pour

vosre bassin de vie.» Elles deviendraient les centres névralgiques de la réponse locale, en lien direct avec les autorités sanitaires. Mais aujourd'hui, les OLS ne sont pas encore pleinement fonctionnelles. On avance, mais trop lentement. Si la prochaine crise arrive trop tôt, on sera encore obligés de bricoler.

## Une charge de travail accrue

**Le rôle du médecin généraliste a-t-il changé durablement après la pandémie ?**

Pas autant qu'on aurait pu l'espérer. Il y a eu des évolutions, mais elles restent partielles. Ce qui a vraiment changé, c'est le mode de communication avec les patients. Aujourd'hui, on reçoit beaucoup plus de demandes par e-mail ou téléphone qu'avant. Pendant la pandémie, les patients ont pris l'habitude d'envoyer un message ou demander un contact téléphonique plutôt que de venir en consultation. C'est une nouvelle charge de travail, et elle est souvent invisible. Quand un patient me demande un certificat par e-mail, ça me prend du temps. Mais pour les médecins qui travaillent à l'acte, c'est du temps non rémunéré. Je comprends donc que certains ralentissent, surtout qu'on leur supprime en plus certains financements.

À plus long terme, je pense que la structuration des soins de première ligne, notamment avec Proxisanté (ou son équivalent futur) ou par une structuration plus forte du travail interdisciplinaire, pourrait changer la donne. Mais pour l'instant, on reste encore dans un modèle où le généraliste est trop seul, trop isolé, et c'est un vrai problème.

**Le recours à la télé médecine a explosé durant la crise du covid. Est-elle devenue un outil incontournable ? Ou au contraire, pour faire écho à l'actuel débat sur les téléconsultations, faut-il en limiter l'usage ?**

La télé médecine n'a pas explosé comme on le pense. Ce qui a explosé, c'est le recours à des avis téléphoniques, et c'est une bonne chose, car c'était un travail invisible et non rémunéré auparavant dans le financement à l'acte, et qui a une réelle place dans le suivi de patients. Avant la crise, les généralistes donnaient des conseils par téléphone gratuitement. Pendant la crise, cet acte a été reconnu et facturable. Pour certains médecins, ça a changé leur perception : « Ah, maintenant, je suis payé pour ça ! » Certains en ont abusé, c'est vrai, mais dans l'en-



**« Les OLS sont une bonne idée, mais elles avancent trop lentement. Si la prochaine crise arrive trop tôt, on sera encore en train de bricoler. »**

semble, c'était une évolution positive. Par contre, il faut bien différencier un avis téléphonique et une vraie téléconsultation. Un avis, c'est donner un résultat de laboratoire ou un conseil rapide sur une situation déjà évaluée auparavant. Une téléconsultation, c'est une vraie consultation avec anamnèse, analyse et décision médicale. Il faut que la facturation reflète cette différence.

On peut aussi poser un autre regard sur cette question : combien de consultations physiques ne sont, en réalité, que des avis en présentiel ? L'absence de reconnaissance financière de ces avis, qui peuvent apporter une réelle plus-value dans un suivi dans la durée, peut amener le médecin à demander à voir le patient pour des questions qui pourraient être traitées utilement par un contact téléphonique. Quand un patient vient juste chercher un certificat ou un renouvellement d'ordonnance en trois minutes, ce n'est pas vraiment une consultation. Avec un bon cadre, la télé médecine, les avis téléphoniques pourraient justement libérer du temps médical pour les vraies consultations.

## Former autrement les médecins

**En tant qu'enseignant universitaire, avez-vous constaté des changements dans la formation des futurs médecins généralistes suite à la crise ?**

Oui, il y a eu des évolutions, mais elles restent modestes. Pendant la crise, on a dû passer massivement à la visio, et on s'est rendu compte que certains cours ex cathedra pouvaient très bien être donnés à distance. Aujourd'hui, on continue à utiliser ces outils pour certains modules. À l'ULiège, on a aussi créé un module de santé publique et populationnelle, où on sensibilise les futurs généralistes à leur responsabilité collective. On leur parle de résilience des systèmes de soins, d'organisation territoriale, de coordination interprofessionnelle. Ce sont des sujets qui étaient déjà présents avant, mais la crise leur a donné plus de poids.

Il y a aussi un mouvement plus large vers une prise de conscience écologique dans la formation. À l'UCLouvain, par exemple, ils ont lancé un Certificat universitaire en transition écologique et à l'ULiège, ce sont les concepts *One Health*, approches intégratives de la santé ou le premier transfilières « Durabilité et transitions »... On commence à intégrer les liens entre santé humaine, santé animale et environnement. C'est un changement de fond qui prendra du temps, mais il est en marche. Par contre, est-ce que ces changements

se traduisent déjà dans la pratique des nouveaux généralistes ? Pas encore. Il faudra encore quelques années avant que ça ait un vrai impact sur le terrain.

## Mieux anticiper les crises

**Dernière question, plus pratique : en cas de nouvelle pandémie, quelles mesures faudrait-il mettre en place dès les premières semaines pour éviter les erreurs du passé ?**

Il faut un plan clair, prêt à être activé immédiatement. La première chose à mettre en place, ce sont des recommandations claires et validées par des généralistes et des scientifiques, directement destinées aux cabinets médicaux. La médecine générale ne peut plus se permettre de partir de zéro à chaque crise. Ensuite, il faut assurer un accès rapide aux moyens de protection. Lors de la première vague, on a dû mettre en place des centres de tri parce que les généralistes n'avaient pas assez de blouses, de masques, de protections. Résultat : on leur a dit de ne pas voir leurs patients en présentiel, alors qu'ils étaient en première ligne. Ce genre d'erreur ne doit plus se reproduire. Enfin, il faut institutionnaliser la télé-expertise et la collaboration entre première et deuxième lignes.

Il y a un élément qu'on sous-estime encore : l'usage des outils numériques pour la veille sanitaire. Pendant la crise, on a vu que les généralistes pouvaient être des vigies de terrain. On était les premiers à voir arriver les patients covid, bien avant que les hôpitaux soient débordés. Mais on n'a pas les outils informatiques pour signaler ces tendances efficacement. Si demain, on veut anticiper une pandémie, il faudrait que nos logiciels médicaux soient capables de détecter et agréger les signaux faibles en temps réel. Imaginez un système où chaque généraliste, sans effort supplémentaire, peut signaler une recrudescence de symptômes inhabituels, et où ces données sont immédiatement analysées à grande échelle. Ça pourrait nous faire gagner des semaines précieuses. Pour ça, il faut une volonté politique et une coordination entre les différents systèmes informatiques. Aujourd'hui, on est encore trop fragmentés. C'est un point qui doit être amélioré, et vite. On sait ce qui a marché et ce qui a échoué. Maintenant, il faut s'assurer qu'on pourra réagir plus vite et mieux la prochaine fois.

**Un entretien de Laurent Zanella**

# USA : la santé prise en otage par la politique chaotique de Trump

Donald Trump est disruptif, un trait de caractère que personne ne peut lui nier. Certains le considèrent même comme un révolutionnaire, le comparant à Mao pour sa capacité à transformer radicalement un système – mais à quel prix ? À peine revenu au pouvoir, le président étasunien applique une stratégie où le chaos semble être un mode de gouvernance assumé. Par un enchaînement de décrets et de décisions arbitraires, il démantèle méthodiquement les financements publics, y compris ceux alloués à la santé, tant aux États-Unis qu'à l'international.

C'est une véritable politique d'autodestruction que Trump est en train de mener. Sans doute séduit dans cette manœuvre par la politique appliquée par son grand ami, le président argentin Javier Milei. L'Argentine peut se permettre de se désengager de l'OMS, au risque de nuire à elle-même. Mais quand ce sont les États-Unis, le plus grand mécène de la santé mondiale, qui tournent le dos, c'est une autre histoire.

Malheureusement, à cette politique de désengagement d'organisations internationales s'ajoute la volonté de détruire méthodiquement les institutions publiques étasuniennes, de l'éducation à la recherche en passant par la santé. Et, bien que la justice tente d'endiguer l'hémorragie, l'administration Trump ne ralentit pas la cadence.

## Le cas de l'USAID

Parmi les principales victimes de cette politique : l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Fondée en 1961, cette institution indépendante gère jusqu'ici un budget annuel de 42,8 milliards de dollars, soit près de 42 % de l'aide humanitaire mondiale.

Une aide que Trump entend bien détricoter, car jugée trop onéreuse et inefficace. Son administration a opéré une révision systématique des contrats de l'USAID, avec pour objectif affiché de réduire drastiquement l'aide au développement. Aux dernières nouvelles – et elles évoluent presque chaque jour –, le secrétaire d'État Marco Rubio a confirmé la suppression de 83 % des contrats de l'USAID, ne laissant subsister qu'environ 1.000 contrats, désormais gérés directement par le Département d'État.



En réduisant à peau de chagrin les fonds alloués à l'USAID et en confiant la gestion de l'aide étrangère au Département d'État, Trump impose une vision ultranationaliste où les États-Unis se désengagent de toute responsabilité internationale. Derrière ces manœuvres budgétaires se cache une idéologie anti-science et anti-solidarité, où la diplomatie sanitaire est sacrifiée au profit d'un repli isolationniste. En déstabilisant les financements de la recherche et en étranglant les programmes de santé publique, Trump

place « son » pays et le monde entier dans une situation de vulnérabilité extrême.

## Un désastre sanitaire et humanitaire annoncé

Résultat des courses de cette politique désastreuse ? Selon des mémos internes obtenus par l'agence de presse Reuters et relayés par le *New York Times* et *Politico*, les conséquences pourraient être catastrophiques. Nicholas Enrich, administrateur adjoint par intérim pour la santé mon-

diale à l'USAID (depuis mis en congé), détaille dans ces documents les projections catastrophiques liées à ces restrictions :

- Jusqu'à 18 millions de cas supplémentaires de paludisme par an et 166.000 décès évitables ;
- 200.000 enfants paralysés chaque année par la poliomyélite, avec des centaines de millions d'infections potentielles ;
- Un million d'enfants privés de traitement contre la malnutrition aiguë sévère, souvent fatale ;

• 28.000 nouveaux cas de maladies infectieuses comme Ebola et Marburg chaque année.

À ces risques s'ajoutent une hausse de la mortalité maternelle et infantile dans 48 pays, une augmentation de 30 % de la tuberculose résistante aux médicaments, et des épidémies incontrôlées de mpox et de grippe aviaire, pouvant toucher jusqu'à 105 millions de personnes aux États-Unis, rapporte le *New York Times*<sup>[1]</sup>.

**Matthew Kavanagh**, directeur du *Georgetown University Center for Global Health Policy and Politics*, avertit *Reuters*: « À moins d'un revirement, cela coûtera des millions de vies, selon les propres estimations du gouvernement. »

## Une répercussion aux États-Unis

Si ces coupes frappent en priorité les pays en développement, elles auront aussi des répercussions directes aux États-Unis et au-delà. La fin du financement des programmes de lutte contre la tuberculose résistante pourrait entraîner une recrudescence des cas sur le sol étasunien. Chaque patient atteint de tuberculose multi-résistante coûte 154.000 dollars en soins hospitaliers aux États-Unis rapporte le *New York Times*. La fin des

efforts pour contenir Ebola en Ouganda pourrait quant à elle réintroduire le virus dans des pays occidentaux. En 2014, un seul patient atteint d'Ebola à New York a coûté 4,3 millions de dollars aux autorités sanitaires locales.

À ce stade, l'administration Trump ne répond pas aux critiques. Ni elle, ni l'USAID n'ont publié de déclarations officielles concernant ces coupes budgétaires. Les demandes de commentaires adressées au département d'État et au Département de l'efficacité gouvernementale (Doge) sont restées sans réponse. De son côté, la communauté internationale s'inquiète d'un retour de maladies autrefois sous contrôle. « Nous nous dirigeons vers un désastre », conclut un haut fonctionnaire sous couvert d'anonymat dans *Politico*<sup>[2]</sup>. Reste à voir si cette décision sera contestée au Congrès ou si la communauté internationale tentera de combler ce vide humanitaire.

Laurent Zanella


- [1] <https://www.nytimes.com/2025/03/02/health/usaids-cuts-deaths-infections.html>, consulté le 12 mars 2025
- [2] <https://www.politico.com/news/2025/02/27/foreign-aid-cuts-usaid-hiv-malaria-00206564>, consulté le 12 mars 2025

## Des conséquences pour la recherche


La politique de Trump a des conséquences sur la santé, mais aussi sur la recherche. « Il y a un véritable vent de panique parmi mes collègues et collaborateurs, notamment ceux qui travaillent sur des thématiques sensibles », témoigne le **Dr Pierre Foidart**, oncologue et chercheur au Giga de l'ULiège qui a passé quatre ans au *Dana-Farber Cancer Institute* de Boston. « Par exemple, j'ai rencontré une personne ayant démontré scientifiquement que l'homosexualité n'est pas une maladie et qu'elle n'est pas liée à des facteurs génétiques, contrairement à ce que certains voulaient prétendre. Cette étude a causé de gros problèmes à l'époque. Aujourd'hui, des chercheurs travaillant sur des sujets similaires risquent de perdre leurs financements en raison des politiques mises en place par l'administration Trump. »

Au-delà des coupes budgétaires tous azimuts, Trump cible aussi les programmes DEIA (diversité, équité, inclusion et accessibilité) dans sa croisade contre le « wokisme ». « J'ai un autre exemple frappant : le père d'une collègue travaille aux États-Unis sur le changement climatique, mais il ne peut plus utiliser le terme 'climate' dans ses travaux. Cela illustre bien les restrictions imposées dans certains domaines scientifiques. »


« Il y a une forte inquiétude, notamment parmi les jeunes chercheurs principaux (PI) qui débutent leur carrière. Ces jeunes chercheurs voient leurs financements menacés, ce qui compromet l'engagement de post-doctorants et de doctorants. Beaucoup risquent de ne plus pouvoir embaucher de collaborateurs, ce qui est extrêmement inquiétant pour l'avenir de la recherche. Pour l'instant, il n'est pas encore totalement défini qui perdra ses financements, mais il est certain que certaines thématiques, comme l'étude des orientations sexuelles ou les recherches sur le climat, seront particulièrement affectées. »




Once Daily 140 mg




DISCRET




CONTINU




CIBLÉ




par jour




TECHNOLOGIE BREVETÉE




NOUVEAU/NEUW/NEU



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg



Once Daily 140 mg

# Où va la formation e-santé ?

Diverses questions posées au ministre Coppieters sont restées en suspens lors de notre interview menée fin février. La majorité concerne l'e-santé. Le cabinet du ministre a entre-temps fourni des réponses.

**D**es bruits courent selon lesquels le programme de formation e-santé sera transféré au Réseau santé wallon, ce qui pose de nombreuses questions que nous avons posées au ministre francophone de la Santé Yves Coppieters. Quel sera désormais le rôle de la PPLW qui gèrait ce programme jusqu'ici ? Le RSW n'ayant pas de structure juridique propre, la Fratem (l'ASBL derrière le RSW, en résumé) deviendrait-elle le réceptacle financier ? Dans ce cas, quel sera le rôle de la PPLW et de



## Flexagile®

### RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT.

**DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT:** Flexagile crème.

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Flexagile crème contient 35,0 g d'extrait éthanolique li-  
quide purifié à 60 % (v/v) de consoude (Symphytum offici-  
nale L.) [1:2], par 100 g de crème

**FORME PHARMACEUTIQUE :** Crème

### INDICATIONS THÉRAPEUTIQUE : Adultes et enfants à

partir de 12 ans : Flexagile crème est utilisé dans le sou-  
lagement symptomatique de la douleur locale légère à  
modérée causée par des lésions musculaires et ligamen-  
taires, p. ex. blessures sportives. **Adultes** : Soulagement  
symptomatique de la douleur locale légère à modérée due  
à l'arthrose du genou. Soulagement symptomatique d'un  
épisode aigu de douleur dorsale haute ou basse légère.

### POSOLOGIE ET MODE D' ADMINISTRATION :

Voie cu-  
tanée pour les adultes et les enfants à partir de 12 ans.  
Sauf indications contraires, en fonction de la taille de  
la zone à traiter et de la sévérité des symptômes, appli-  
quer 2 à 6 cm de crème, deux à trois fois par jour. Appli-  
quer Flexagile crème sur la zone à traiter et masser so-  
igneusement jusqu'à pénétration complète de la crème.  
En cas de plaintes plus sévères, on peut appliquer un  
bandage sur la crème. Dans ce cas, appliquer 10 à 20 g  
de crème par jour et recouvrir d'un bandage adapté.  
Continuer à appliquer la crème jusqu'à la disparition  
des symptômes ou selon l'avis du médecin. Ne pas utili-  
ser Flexagile crème pendant plus d'un mois. Il n'y a pas  
de données sur la sécurité et l'efficacité de Flexagile en  
cas d'utilisation à long terme. **Population pédiatrique** :  
La sécurité et l'efficacité chez les enfants âgés de moins de  
12 ans n'ont pas encore été établies. Seules des données  
limitées sont disponibles. Sauf en cas d'autre prescrip-  
tion, la posologie pour les enfants à partir de 12 ans est la  
même que pour les adultes.

**CONTRE-INDICATIONS** : Hypersensibilité à la consoude,  
aux parabènes, à l'huile d'arachide ou au soja, à la subs-  
tance active ou à l'un des excipients.

**EFFETS INDÉSIRABLES** : Les données issues d'études cli-  
niques, basées sur une exposition limitée, montrent que  
le signalement d'effets indésirables est peu fréquent. La  
liste ci-dessous mentionne donc les cas rapportés après  
la mise sur le marché, observés lors de l'administration  
de la dose thérapeutique/recommandée et considérés

comme imputables au médicament. La plupart des effets  
indésirables étant basés sur des notifications spontanées  
communiquées après la mise sur le marché, il n'est pas  
possible d'établir une estimation précise de la fréquence.  
Les excipients peuvent provoquer des réactions cutanées  
locales. L'utilisation de la crème peut provoquer des réac-  
tions d'hypersensibilité. Ces réactions d'hypersensibilité  
peuvent consister en réactions cutanées au site d'admini-  
stration. Dans de rares cas, des réactions d'hypersen-  
sibilité systémiques peuvent également se produire. Les  
effets indésirables sont énumérés ci-dessous par classe de  
systèmes d'organes : **Affections du système immunitaire** :  
Réactions d'hypersensibilité systémiques au niveau de la  
peau (ne se limitant pas au site d'application), du tractus  
gastro-intestinal, des yeux ou du système respiratoire.  
Réactions d'hypersensibilité au site d'application. **Affec-  
tions de la peau et du tissu sous-cutané** : Dermate de  
contact, douleur, eczéma, prurit, éruption cutanée, sensa-  
tion de brûlure au niveau de la peau, érythème. Un avis  
médical est requis en cas de cas grave. **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 profession-  
nels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via :  
Agence fédérale des médicaments et des produits de san-  
té, [www.afmps.be](http://www.afmps.be). Division Vigilance: Site internet: [www.notifieruneffetindesirable.be](http://www.notifieruneffetindesirable.be), e-mail: [adr@fagg-afmps.be](mailto:adr@fagg-afmps.be).

**TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MAR-  
CHÉ** : P&G Health Belgium BV/SRL, Temselaan 100, 1853  
Strombeek-Bever.

**NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MAR-  
CHÉ** : BE375961. **MODE DE DÉLIVRANCE** : Délivrance  
libre. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** : 04/2024

# Flexagile®

Flexagile 50g : 11,00 €  
Flexagile 100g : 18,99 €  
Flexagile 150g : 26,99 €

## Votre solution de première ligne pour le soulagement de la douleur locale<sup>1</sup>

Bien que les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) oraux ou topiques soient souvent recommandés, ils ne **conviennent pas à tout le monde et peuvent parfois provoquer des effets secondaires** tels que des effets secondaires gastro-intestinaux<sup>2</sup>. Le risque de ces effets secondaires augmente avec l'âge<sup>3</sup>.

Flexagile, avec le pouvoir de la consoude pour les

**douleurs musculaires, articulaires et le mal de dos aigu<sup>1</sup>**



## Flexagile est efficace contre divers types de douleurs locales<sup>1</sup> et est bien toléré par le corps.\*<sup>8,9,10</sup>

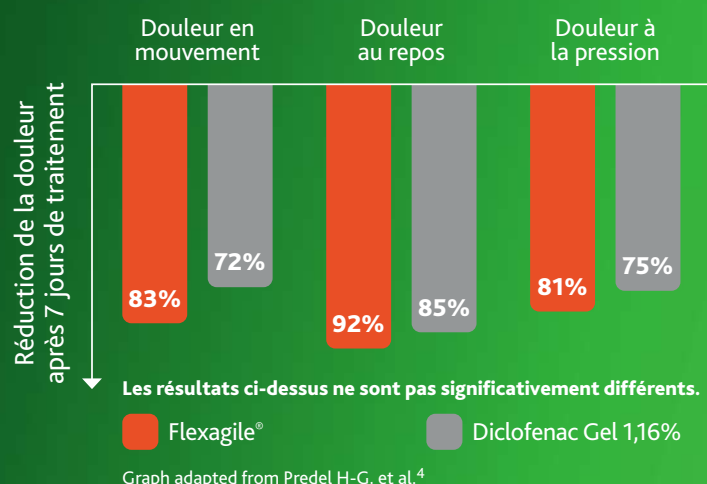
Il a été cliniquement prouvé qu'il est aussi efficace pour soulager la douleur que le diclofénac diéthylamine<sup>4</sup>

Pas d'inhibition de la COX-1<sup>5</sup>; maintien de l'activité gastroprotectrice<sup>6</sup>

La COX-1 joue un rôle important dans la protection de la muqueuse gastrique par la production de prostaglandine, qui contribue à protéger la muqueuse gastrique<sup>6</sup>

Combinable avec d'autres médicaments<sup>7</sup>

Comme les AINS et le paracétamol par voie orale



1. RCP 04/2024

2. Ghilichloo I, Gerriets V. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs (NSAIDs). 2022 May 19. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan.

3. Wongrakpanich S, Wongrakpanich A, Melhado K, Rangaswami J. A Comprehensive Review of Non-Steroidal Anti-Inflammatory Drug Use in The Elderly. Aging Dis. 2018;9(1):143-150.

4. As tested for Ankle sprain pain reduction in a clinical study in comparison to Diethylamine Diclofenac Gel – Predel H-G et al. Phytomedicine 2005;12:707-14.

5. Seigner J et al (2019) A Symphytum officinale Root Extract Exerts Anti-inflammatory Properties by Affecting Two Distinct Steps of NF-κB Signaling. Front. Pharmacol. 10:289.

6. Simon LS. Role and regulation of cyclooxygenase-2 during inflammation. Am J Med. 1999 May 31;106(5B):37S-42S. doi: 10.1016/S0002-9343(99)00115-1. PMID: 10390126.

7. RCP Flexagile 04/2024 : 4.5 Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions. Aucune étude sur les interactions n'a été réalisée.

\*Selon les données de sécurité disponibles et telles que rapportées dans les études cliniques où la tolérance a été rapportée par les patients et les médecins comme bonne, très bonne ou excellente.<sup>8,9,10</sup>

8. Grube et al, Phytomedicine 14 (2007) 2-10. 73.6% of physicians and patients in the verum group rated the tolerance as very good.

9. Predel et al, Phytomedicine 12 (2005) 707-714. A majority of investigators and patients reported tolerability of Flexagile as excellent.

10. Giannetti BM et al. Br J Sports med 2010; 44\_637-641. Both the investigators and the patients rated tolerability of the comfrey ointment as "excellent" or "good" in most cases (98.3% and 95.0%, respectively).

son conseil d'avis stratégique en e-santé ? Les acteurs de la PPLW semblent tenir à rester un acteur déterminant dans ces formations. Comment garantir leur implication ?

## Trop tôt

Autant de questions que le ministre n'a pas éludées, mais auxquelles il n'avait tout simplement pas de réponses claires au moment de l'interview. Sans botter en touche, il a chargé son cabinet de nous fournir les réponses à ces questions. Aujourd'hui, le cabinet répond : « Vos questions sont très pertinentes, mais elles sont encore prématurées puisque rien n'est décidé à ce stade. L'Inami souhaite élargir le public cible des formations e-santé aux prestataires de seconde ligne, ce qui est bien compréhensible et légitime. La PPLW, qui porte actuellement le projet, a récemment réalisé d'importants investissements pour améliorer sa plateforme de formation. Par ailleurs, le RSW est un acteur central dans le développement de l'e-santé ce qui implique nécessairement sa participation à ce projet de formation e-santé. »

Le cabinet continue : « Pour nous, comme pour l'Aviq, il est essentiel que les décisions se prennent dans la concertation et le respect de toutes les parties. Fidèles à ces principes, nous allons entamer des discussions entre la PPLW et le RSW pour définir, ensemble, comment répondre aux exigences du fédéral. Ces discussions n'ayant pas encore eu lieu, nous ne pouvons pas répondre à vos premières questions. »

## Une commission e-santé à l'Aviq?

Une dernière question concernait la possibilité que l'Aviq dispose de sa propre commission e-santé, intégrant une représentation forte de la PPLW. Sans être beaucoup plus loquace, le cabinet répond que l'Aviq dispose déjà d'une grande expertise en matière d'e-santé et continue à la développer. « Sa position et les liens qu'elle entretient avec de nombreux acteurs (de terrain, d'autres administrations, d'autres entités fédérées, etc.) lui permettent de développer une vue globale sur ces questions et les enjeux qui y sont liés. »

En somme, qu'en retenir ? L'avenir du programme de formation e-santé reste incertain, en attente de discussions entre les différents acteurs concernés. Une affaire à suivre de près.

Laurent Zanella

# « Pas de réforme du financement sans réforme de la gouvernance »

La Dre Elisa Kottos, présidente du Modes (Monde des spécialistes, Cartel), défend une réforme de la nomenclature menée avec les médecins pour garantir l'accès aux soins et une juste rémunération des spécialités. Entre revalorisation des actes, délégation des tâches et impact de l'intelligence artificielle, elle appelle à des décisions équilibrées, tenant compte des réalités du terrain et des besoins des patients.

**M**a première question porte sur le retour de Frank Vandenbroucke. Réputé pour son absence de dialogue mais aussi pour sa compétence intrinsèque, comment vivez-vous son retour au Modes ?

Dre Elisa Kottos : Au Modes, nous sommes plutôt rassurés. C'est quelqu'un d'assez compétent, qui maîtrise ses dossiers. Au Cartel, on estime que la collaboration s'est le plus souvent bien passée. Nous espérons que le fait qu'il rempile permettra d'assurer une certaine continuité. Il pourra notamment poursuivre une réforme qui nous paraît indispensable : celle de la nomenclature, à laquelle nous sommes très attachés et engagés. Le cabinet Vandenbroucke a toujours impliqué les médecins comme « coauteurs » de la réforme. Nous espérons donc qu'il continuera à impliquer les acteurs de terrain, notamment les médecins. Si l'on exclut la réalité du terrain, la réforme perd tout son sens. Nous pensons que, parallèlement, il faut continuer à réfléchir à des financements différents de ceux liés à l'acte.

Une autre réforme est totalement liée à celle de la nomenclature : la réforme du financement hospitalier. Actuellement, les honoraires (et les suppléments d'honoraires) financent en partie des hôpitaux qui sont souvent dans le rouge. On évoluerait vers des honoraires véritablement liés à l'activité médicale et aux frais annexes, tandis que les hôpitaux se financeraient de manière plus transparente. Le Modes acquiesce ?

Dans l'ensemble, cela va dans le bon sens. Aujourd'hui, les suppléments d'honoraires servent aussi à financer les investissements et l'innovation dans les hôpitaux. Mais la réforme doit être complète. Elle doit se faire, encore une fois, avec les acteurs de terrain. Nous souhaitons accompagner cette réforme et travailler en collaboration avec le gouvernement, notamment concernant la limitation des suppléments d'honoraires. Il faut séparer les frais de fonctionnement des hôpitaux et les honoraires médicaux, mais il faudra être vigilant sur la manière dont cela sera mis en œuvre et résister aux multiples pressions. Le système doit être cohérent et avant tout bénéfique pour le patient, en évitant tous les effets pervers que cela pourrait engendrer. En outre, la réforme du financement ne peut avoir lieu sans une réforme de la gouvernance. La gestion des hôpitaux ne peut se passer des médecins. C'est justement le Cartel qui est à l'initiative de la cogouvernance.

## Garder les médecins dans l'hôpital

Justement. À cet égard, avez-vous apprécié la manière dont Frank Vandenbroucke a limité d'autorité les suppléments en radiologie en journée ? Est-ce nécessaire pour protéger les patients précaires ou simplement les classes moyennes ?

Au Modes, nous avons une vision claire : notre combat, ce sont des soins accessibles et de qualité, dans le respect de tous les soignants, notamment des médecins. Notre priorité est d'améliorer l'accessibilité aux soins. Nous



« Bien sûr qu'il faut intégrer l'IA dans notre pratique. »

saluons donc la démarche, mais il ne faudrait pas que cela entraîne une perte de soignants. L'enjeu est de garder les médecins à l'hôpital.

Pendant des décennies, on a parlé du « rattrapage » des spécialités financièrement « pauvres » par rapport aux autres spécialités. Le fossé

a été lentement comblé. Faut-il aller plus loin ? Est-ce suffisant ?

Étant pédiatre, je suis particulièrement concernée, et je dois dire qu'il y a encore du travail. Nous fondons beaucoup d'espoir sur la réforme de la nomenclature pour parvenir à une équité entre les spécialités. C'est un

combat du Modes depuis le début. L'un de nos piliers syndicaux est la revalorisation de l'acte intellectuel. Nous avons par exemple encouragé la gériatrie, et nous considérons cette avancée comme une victoire. Mais des iniquités persistent et doivent être corrigées par une réforme complète.

**« La délégation des tâches ne doit pas être un raccourci facile pour réaliser des économies au détriment du patient. »**

### Certaines spécialités six fois mieux payées que d'autres

De l'autre côté du manche, si j'ose dire, un chirurgien expérimenté et célèbre est payé 30 euros pour une consultation et 300 euros nets pour une opération de routine. N'est-ce pas insuffisant ? Ne faut-il pas également revaloriser les spécialistes très expérimentés qui prennent des risques ?

Il faut comparer les actes et interventions entre eux. L'expérience et la compétence doivent être rémunérées à leur juste valeur. Mais lorsqu'un médecin voit qu'un collègue est payé six fois plus que lui, il est difficile de se sentir reconnu. Vous parlez d'un grand chirurgien. Sa compétence doit être reconnue, mais un grand pédiatre aussi (*rires*). Pourtant, il semble qu'il y ait peu de « grands » pédiatres, si l'on en juge par les rémunérations... Peut-être parce que l'on considère que peu de pédiatres « sauvent » le monde.

Dans une interview récente (*lire JDM n°2790*), votre collègue de l'Absym, Gilbert Bejjani, anesthésiste, a insisté sur le « Value-Based Healthcare ». Est-ce un modèle qui vous intéresse également ?

Sur le principe, c'est une bonne approche, mise en avant dans de nombreux pays et par plusieurs sociétés. Cela vaut donc la peine de s'y pencher. Mais nous avons aussi des points d'attention et des réserves. Ce modèle comporte des effets pervers et doit s'appliquer équitablement à tous les patients. Il est important pour le Modes/Cartel d'arriver à convaincre le gouvernement actuel qui penche résolument à droite de rester attentif à la protection des patients les plus vulnérables.

### Augmenter les quotas ne suffit pas

**Face aux pénuries dans certaines spécialités (psychiatrie adulte, oncologie médicale, gériatrie, rhumatologie, etc.), que préconisez-vous ? La suppression du numerus clausus ? Son aménagement ?**

Nous avons toujours milité pour la suppression du numerus clausus. J'entends que le nouveau gouvernement souhaite augmenter les quotas de médecins, ce que nous saluons. C'était devenu urgent. Si cela se concrétise, ce sera une bonne chose pour notre système de santé. Toutefois, il faudra garantir une bonne qualification et une organisation efficace de la formation. On ne peut pas simplement augmenter les quotas sans adapter le système de formation des médecins.

**Je reviens un instant sur l'aspect financier. Êtes-vous favorable au salariat médical, ou préférez-vous le statut de profession libérale ? Ou les deux ?**

À titre personnel, je suis médecin salariée et j'y tiens. La société n'est pas prête à ce que tous les médecins soient salariés. Il faut s'adapter aux besoins. Mais le débat ne se situe pas tant sur le statut fiscal du médecin que sur la rémunération à l'acte. Un médecin indépendant, même s'il est rattaché à un hôpital, a souvent intérêt à exercer en dehors pour gagner davantage. L'enjeu est de conserver suffisamment de médecins intra-muros. Notez également que le delta de rémunérations est un effet pervers de la médecine productiviste à l'acte. Nous plaçons pour que tous les médecins soient bien rémunérés pour leurs activités. Nous comptons sur la réforme de la nomenclature pour remettre un peu plus de clarté sur les modes de rémunération.

### Pas de guerre entre MG et pédiatres de ville

**Question un peu bateau : comment se passe justement votre collaboration avec les généralistes... En tant que pédiatre, vous êtes, j'imagine, confrontée à des MG qui réclament pour eux la « petite » pédiatrie...**

Au sein du Cartel, la collaboration avec les MG est très bonne, aussi bien avec les francophones qu'avec les néerlandophones de l'ASGB. Nous avons eu des discussions entre le GBO

et le Modes, ainsi qu'avec la Société belge de pédiatrie. Nous avons essayé de contribuer à la construction de l'avenir de la pédiatrie en Belgique, notamment pour les pédiatres de ville, afin de trouver des solutions adaptées. Le sujet n'est pas une guerre entre MG et pédiatres de ville, bien entendu. La vraie question est : qui assure la meilleure prise en charge des enfants de 0 à 3 ans ? La dimension économique ne peut pas être écartée. Nous avons également inclus les sages-femmes dans nos réflexions sur le partage des tâches en obstétrique. Nous avons mis en place des lieux d'échanges et de discussions pour nous assurer de trouver les meilleures solutions.

**« On ne peut pas simplement augmenter les quotas sans adapter le système de formation des médecins. »**

**Comment voyez-vous la délégation des tâches ? Par exemple, les infirmières ou même les pharmaciens devraient-ils prendre davantage de responsabilités pour soulager les médecins ? Les sages-femmes pourraient-elles reprendre une partie des actes des gynécologues ?**

La délégation des tâches est une question complexe. Ce ne doit pas être un raccourci facile pour réaliser des économies au détriment du patient. Elle doit être pensée et structurée. Par exemple, les pharmaciens doivent-ils absolument se lancer dans la vaccination ? Des groupes de travail ont été créés pour garantir une sécurité maximale avant d'envisager la vaccination par les pharmaciens. Le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes y travaille. Des rencontres entre experts ont lieu. Nous sommes ouverts aux propositions, à condition qu'elles améliorent la qualité des soins.

### L'IA à nos portes

**Un certain nombre de spécialités pourraient être menacées par l'IA en matière de gestion des données. À l'inverse, dans des domaines où l'humain joue un rôle central (comme la psychiatrie et la médecine générale), ces spécialités semblent moins exposées. L'IA**

**pourrait-elle aider à lutter contre les pénuries médicales et à alléger la surcharge administrative ?**

C'est clair que l'IA est à nos portes. Comme pour toute évolution technologique, il vaut mieux la préparer et la « penser » plutôt que de faire comme si elle n'existait pas et se retrouver dos au mur. Vous mentionnez les spécialités où l'humain est plus important et donc moins menacées par l'IA, mais il y a un point d'attention énorme : dans toutes les spécialités, l'humain joue un rôle essentiel. Derrière absolument chaque acte médical, il y a une part humaine. L'échange avec le patient est fondamental. Cela dit, l'IA nous aidera sans doute à alléger la charge administrative. La Belgique est, selon l'OCDE, l'un des pays les moins performants en matière d'informatisation du système de soins de santé. Nous avons besoin d'un solide dossier patient informatisé (DPI), valable d'un cabinet à l'autre, d'une ville à l'autre, d'une région à l'autre. L'IA pourrait nous aider à mettre en place ces DPI. Mais un malade ne peut pas simplement se présenter devant un robot chirurgien et hop, passer sur le billard. Il doit être informé par un chirurgien de ce qui va lui arriver.

**Cela dit, cela semble aller bien plus loin. Déjà aujourd'hui, des études ont démontré que l'IA pose de meilleurs diagnostics. Pire : l'IA seule fait mieux que l'IA aidée par un médecin (ce dernier perturberait peut-être la qualité du diagnostic de l'IA)... Cela fait peur, non ?**

Il est évident que nous devons intégrer cette réalité dans notre pratique. Nous ne pouvons pas ignorer les avancées technologiques, surtout si elles permettent d'améliorer le diagnostic. À la limite, je ne suis pas inquiète de voir mon travail réduit si cela profite aux patients. Si l'IA permet de faire la même chose avec moins de médecins, pourquoi pas ? Mais nous évoluons aussi vers une médecine de plus en plus individualisée. Or, l'un de nos combats est d'avoir une vision holistique du patient. L'IA peut nous aider à établir un diagnostic, mais peut-elle proposer une approche globale ? Le diagnostic n'est qu'une partie de la prise en charge du patient. Le soin (le « care »), ne pourra jamais être réalisé par une IA qui reste un outil.

Un entretien de Nicolas de Pape



Une des huit chambres du centre de théranostique. En médaillon, le système de double WC.

# La théranostique, une voie d'excellence

**Le CHU de Liège vient d'être accrédité « centre théranostique d'excellence », devenant le premier hôpital belge francophone à recevoir cette distinction décernée par l'Association européenne de médecine nucléaire (EAMN). Une discipline amenée à se développer fortement dans les prochaines années.**

**D**ans le cadre de sa démarche « hôpital du futur », l'hôpital universitaire de Liège vient d'obtenir son accréditation par l'EAMN pour la prise en charge des patients par thérapies par radioligands (RLT). Le CHU liégeois est le premier hôpital francophone accrédité « centre théranostique d'excellence » suite à d'importants aménagements réalisés pour optimiser et sécuriser l'environnement des patients traités par RLT. Une thérapeutique de pointe, notamment dans le cancer, appelée à connaître une croissance exponentielle. Le point avec le Pr Roland Hustinx, chef du service de médecine nucléaire et imagerie oncolo-

gique à l'Institut de cancérologie Arsène Burny (Icab) du CHU de Liège. **Le journal du Médecin : Le CHU de Liège dispose désormais de huit chambres dédiées à la théranostique...**

**Pr Roland Hustinx :** Nous avions initialement deux chambres utilisées depuis longtemps en médecine nucléaire pour les traitements par iode radioactif

pour les pathologies thyroïdiennes - en particulier pour les cancers de la thyroïde. Ces patients reçoivent une importante quantité d'iode radioactif, ils sont irradiants, la législation impose donc de les hospitaliser en 'isolement protecteur', en prenant également en compte les excréta contaminés.

Jusqu'il y a peu, cette activité était assez marginale : les cancers de la thyroïde candidats pour ce type de traitement ne sont pas très fréquents : environ une trentaine de cas traités par an. Ces deux chambres répondaient à une procédure de décontamination, avec des WC réfrigérants qui congèlent les urines et les selles avant de les stocker le temps de la décroissance.

Aujourd'hui, deux nouveaux médicaments sont remboursés en Belgique pour le traitement des tumeurs neuroendocrines et surtout, des cancers prostatiques métastatiques. Ce type de traitement est donc devenu beaucoup plus fréquent, or la législation nous impose d'hospitaliser les patients pendant 24 h. Nous avons dès lors adapté l'aile qui abritait les deux chambres pour l'iode radioactif en huit chambres complètement rénovées - qui par ailleurs répondent aux normes les plus récentes en termes de d'hygiène et de confort hospitaliers. Elles sont équipées de cuves enterrées qui recueillent les eaux usées des salles de bain pour permettre aux patients de se laver tout à fait normalement. Et elles sont également dotées d'un double WC relié à des cuves de décroissance : un WC dit 'froid' et un 'chaud', en fonction des traitements. On a aussi créé un petit sas de décontamination pour éviter d'éventuellement transporter de la contamination radioactive à l'extérieur de l'hôpital.



**« Les rayonnements alpha, extrêmement efficaces et beaucoup moins toxiques, apportent beaucoup d'espoir. »**

- Pr Roland Hustinx

## Comment se déroulent les traitements en termes de sécurité ?

Les injections se font en chambre : on prépare le médicament dans le service de médecine nucléaire, on l'amène en conteneur blindé et on l'administre au patient en intraveineuse via une perfusion avec un protège seringue blindé. Le lendemain, le patient vient dans le service de médecine nucléaire équipé pour la théranostique, où l'on va prendre des clichés de la distribution du médicament.

## Ce nouveau centre de théranostique permettra de traiter combien de patients ?

Potentiellement, un par jour dans chacune des chambres, mais on n'a pas besoin d'autant pour le moment : là, on fait entre cinq et dix injections par semaine. Mais nous sommes prêts pour l'augmentation qui est en cours. Un article scientifique récent indique qu'aux États-Unis, on prévoit 196.000 injections annuelles.

## Attend-on de nouvelles molécules pour d'autres types de tumeurs ?

On s'attend plutôt des extensions de remboursement pour d'autres indications de la molécule qui existe déjà dans le cancer de la prostate. Pour le moment, l'indication est le cancer de la prostate métastatique résistant à la castration et après chimiothérapie ou lorsque la chimiothérapie ne peut être réalisée, mais des études déjà publiées montrent un intérêt un peu plus tôt dans le décours de la maladie, avant la chimiothérapie, où un bénéfice clinique est établi. Concernant les tumeurs digestives, la molécule utilisée actuellement fait l'objet d'essais cliniques de phase 3 pour d'autres types de tumeurs mais, surtout, il y a d'autres molécules en cours de tests, notamment dans le cancer du sein et du poumon qui sont aussi des cancers fréquents.

Le troisième axe de développement, ce sont des molécules marquées avec des radio-isotopes qui émettent des rayonnements alpha. Les radio-isotopes qu'on utilise pour le moment émettent un rayonnement « bêta ». Ils sont efficaces, mais le rayonnement alpha est beaucoup plus destructeur, son efficacité biologique est très supérieure au rayonnement bêta : là où un rayonnement bêta parcourt plusieurs millimètres dans les tissus, un rayonnement alpha ne parcourt que quelques dizaines de microns, donc quelques couches cellulaires. Les rayonnements

alpha ont la capacité d'être extrêmement efficaces et beaucoup moins toxiques, ils apportent donc beaucoup d'espoir.

## Cette technologie est-elle réservée aux hôpitaux académiques ? Vous êtes les premiers accrédités côté francophone...

Dans la législation, rien n'empêche de le faire dans n'importe quel hôpital mais dans les faits, ce sont essentiellement les hôpitaux académiques qui réalisent ces traitements, oui. Pour le moment, seuls quelques centres côté néerlandophone sont accrédités. Cette accréditation des centres de théranostique est une extension de l'accréditation des équipements d'imagerie, une initiative européenne prise il y a une quinzaine d'années pour faciliter l'inclusion des centres pour la réalisation d'essais cliniques. Pour le moment, c'est une accréditation relativement basique, sur base d'une checklist (ressources, infrastructure, nombre de médecins, équipement, etc.)

## Cette approche pourrait-elle permettre de traiter d'autres pathologies un jour ?

On s'y attend, les essais cliniques foisonnent et partent un peu dans tous les sens pour le moment. En oncologie, le traitement devient un peu *mainstream*, les médecins nucléaristes sont désormais partie prenante dans les concertations multidisciplinaires d'oncologie (COM).

## Les hôpitaux auront donc besoin de davantage de médecins nucléaristes dans les années à venir ?

On aura besoin de plus de médecins nucléaristes, en effet, mais, surtout, de médecins nucléaristes formés à la réalisation de ces traitements, et à la prise en charge des patients, pour gérer les aspects médicaux immédiats, les aspects de radioprotection, et assurer aussi le suivi des patients, les effets secondaires spécifiques, en collaboration avec le spécialiste référent : l'oncologue, l'urologue, le pneumologue...

## Cette spécialisation en théranostique existe déjà chez nous ?

Les universités belges ont adapté leurs formations dans les masters de spécialisation et pour les programmes de stage afin de tenir compte de cette dimension. C'est une force de la Belgique car ce n'est pas le cas partout en Europe : tout le monde n'est pas prêt pour cette révolution.

Un entretien de Cécile Vrayenne

## DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT GASTRICUMEEL

comprimés COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE 1 comprimé de 301,5 mg contient : Antimonium

crudum D6; Carbo vegetabilis D6, Nux vomica D4, Pulsatilla pratensis D4 à 60 mg; Argentum nitricum D6,

Arsenicum album D6 à 30 mg. Excipients : lactose monohydraté, stéarate de magnésium.

FORME PHARMACEUTIQUE Comprimés DONNÉES CLINIQUES Indication :

Gastricumeel est un médicament homéopathique contenant des composants traditionnellement utilisés dans le traitement symptomatique des troubles gastriques, tels que le reflux, les brûlures d'estomac et les ballonnements du ventre.

Posologie : Adultes et adolescents 12-18 ans : Prendre 1 comprimé 3x par jour. En cas de plaintes aiguës, 1 comprimé toutes les 1/2 heures à 1 heure, puis passer à la dose habituelle (max. 12 comp./ jour).

Enfants 6-11 ans : Prendre 1 comprimé 2x par jour. En cas de plaintes aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 8 comp./ jour).

Enfants 2-5 ans : Administrer 1 comprimé 1 à 2x par jour. En cas de plaintes aiguës, 1 comprimé toutes les 1 à 2 heures, puis passer à la dose habituelle (max. 6 comp./ jour).

Mode d'administration : Il est recommandé de garder les comprimés dans la bouche aussi longtemps que nécessaire pour les ramollir, avant de les avaler.

Les comprimés ne doivent pas être complètement dissous, mais plutôt morcelés pour ensuite être avalés, éventuellement avec une gorgée d'eau. Pour les enfants, il est possible d'écraser les comprimés et de les ajouter à une petite quantité d'eau avant de les administrer.

Contre-indications : Hypersensibilité aux substances actives ou l'un des excipients. Mises en garde spéciales et précautions d'emploi : Si les symptômes persistent, des examens complémentaires doivent être envisagés.

Les patients présentant une intolérance au galactose, un déficit total en lactase ou un syndrome de malabsorption du glucose et du galactose (maladies héréditaires rares) ne doivent pas prendre ce médicament. Effets indésirables : Comme tous les médicaments, ce médicament homéopathique peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Heel Belgium NV, 9031 Drongen (Gent) NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ HO-BE528986 MODE DE DÉLIVRANCE Délivrance libre DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE Novembre 2022.

Gastricumeel® comprimés

50 comp.	€ 16,46
250 comp.	€ 42,95

# Gastricumeel®

## Traite les troubles gastriques récurrents

### Soulage les troubles gastriques et diminue le risque de rechute :

- 1 soulage les symptômes
- 2 régule la fonction de l'estomac



gastricumeel.be

-Heel

# Les dérives d'une société 'écrans'

La neurologue et neurophysiologiste Servane Mouton signe un petit livre édifiant sur l'impact des écrans sur la santé.

**C**oprésidente de la Commission sur l'impact de l'exposition des jeunes aux écrans, commission qui a rendu son rapport au président français Emmanuel Macron en avril dernier, Servane Mouton alerte, dans un opuscule percutant intitulé « Écrans, un désastre sanitaire », sur les conséquences de la révolution numérique, entre autres sur les enfants et les adolescents.

**Le journal du Médecin :** Vous écrivez que ce n'est pas forcément le contenu, mais l'usage de l'outil écran lui-même qui pose problème...

**Dr Servane Mouton :** L'outil lui-même a des caractéristiques physiques qui font qu'il a des effets sur la santé physique, indépendamment du contenu. Bien sûr, les contenus ont aussi un rôle à jouer et doivent être considérés.

**Vous évoquez également l'inégalité devant le digital...**

Oui, les institutions mettent en avant la nécessité que tous aient accès et soient formés à l'usage de l'outil numérique pour combattre ce qu'on appelle 'la fracture numérique'. Mais il en existe une autre : à savoir, le mésusage des écrans et la surexposition, surtout des jeunes, aux écrans, ou la surutilisation des écrans par les parents en présence des enfants, la « technoférence » ; elle est plus fréquente dans les milieux sociaux économiquement défavorisés, au même titre que la malbouffe, par exemple.

**La myopie est une conséquence évidente de l'addiction aux écrans...**

L'épidémie de myopie est mondiale, et a débuté avant la diffusion de l'usage des outils numériques. Mais les publications scientifiques s'accumulent pour témoigner du fait que les écrans accélèrent cette épidémie de trois façons : la première, de par la vision de près, qui concernent d'autres supports d'apprentissage ou de loisirs ; ensuite, la lumière des écrans riche en bleu et pauvre en rouge favorise le développement de la myopie chez les plus jeunes, notam-

ment chez les moins de huit ans : le cristallin est très transparent et particulièrement vulnérable à ce déséquilibre du spectre lumineux jusqu'à l'adolescence ; enfin, cette activité sur écran se déroule à l'intérieur. Or, afin de bien se développer, l'œil a besoin d'être soumis un éclairage naturel de deux heures par jour minimum.

## Écran veille

**Cette lumière bleue a une incidence, aussi, sur le sommeil...**

Oui, un rapport de l'Institut national du sommeil et de la vigilance indique que les écrans sont au centre des préoccupations des spécialistes concernant les problèmes de sommeil chez les Français. Elle l'est de trois façons. La lumière émise par les écrans, diffusée le soir, en particulier dans les heures qui précèdent le coucher, va retarder la sécrétion du pic de mélatonine et donc l'endormissement. Ensuite, l'économie de l'attention fait perdre la notion du temps. Enfin, face à des contenus qui sont excitants - des séries à suspense violentes, des jeux vidéo, les réseaux sociaux où l'on est fort investi -, le sujet se met dans un état de vigilance qui n'est pas favorable à l'endormissement.

**La sédentarité est une autre conséquence de l'usage des écrans...**

Le rapport de l'Anses (Agence nationale française de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) parle de sédentarité, d'inactivité physique et de risque cardiovasculaire et métabolique dû à l'augmentation continue du temps d'écran. Des études précovid évaluent à plus de 50 % la population considérée comme à risque. Il s'agit d'un enjeu de santé publique à moyen et long terme.

**Sans parler du problème de développement neurologique que cela pose...**

De leurs observations de terrain, des pédiatres, logopèdes, ergothérapeutes et psychomotriciens constatent un afflux d'enfants qui éprouvent des difficultés d'acquisition du langage, pour



se concentrer ou réguler leurs émotions. Lorsqu'ils interrogent les parents ou qu'ils observent ce qui se passe dans la vie quotidienne, les soignants voient des écrans très présents, soit interférant dans la relation parent-enfant parce que les parents sont sur leur écran, soit parce que l'enfant est quotidiennement placé devant un écran de façon non appropriée pendant des périodes trop longues. Chez les moins de six ans, l'outil numérique est non seulement non favorable du point de vue de la vision, mais il entrave de surcroît l'exploration de l'environnement, la mise en place des réseaux neuronaux qui nécessitent l'activation de tous les sens de l'enfant, les interactions avec les adultes et avec leurs congénères.

## Sortir des écrans

**En classe, les leçons de choses sont plus bénéfiques que les leçons sur iPad ? Il faut motiver les enfants à sortir des écrans et à sortir physiquement ?**

Et à remettre l'outil à sa place, ce qui va dans le sens d'une remise en question de la numérisation de l'enseignement. La Suède, après avoir numérisé de façon extrêmement précoce l'enseignement dès la maternelle, a réinvesti, il y a deux ans, 60 millions d'euros dans des manuels pour justement revenir à un support papier. Les autorités éducatives ont constaté que les résultats scolaires se dégradaient et ont fait le lien avec l'usage du numérique. L'outil numérique ne peut être un bon support

d'apprentissage puisque celui-ci passe avant tout par l'écrit et le multisensoriel qui favorise les apprentissages numériques et littéraires : le besoin de toucher, de passer par l'auditif, le visuel comme le geste... L'outil numérique se révèle trop pauvre, ne disposant que de deux dimensions.

« Il en va de notre responsabilité car nous sommes témoins des dégâts causés par des politiques publiques inadaptées. »

Le trouble du jeu vidéo est désormais un trouble reconnu...

Il s'agit du seul trouble du comportement à être considéré comme addictif et reconnu par le DSM-5. Malgré cela, les jeux vidéo en ligne restent en libre accès aux mineurs, sans vérification de l'âge et sans inscription. Ils devraient être interdits aux moins de 18 ans, comme la vente d'alcool ou de tabac. Les psychiatres addictologues estiment que la donne a changé quand les jeux vidéo sont arrivés

en ligne : l'objectif est désormais de faire venir les joueurs et de les garder en ligne le plus souvent et le plus longtemps possible. Le modèle économique change, la conception des jeux également, et cela conduit à ce trouble du jeu vidéo débouchant sur un comportement addictif.

## Mobilisation

Avec l'émergence de l'IA apparaissent des chatbots de plus en plus performants, et par essence déshumanisés...

Ils sont également développés sans que ne soit appliqué le principe de précaution ; sans réfléchir aux effets négatifs, même s'ils sont déjà observés. Dans le domaine de la santé, certaines évolutions me sidèrent. Des subventions sont accordées afin de soutenir la recherche pour la création de *chatbots* conversationnels, par exemple en santé mentale afin de pallier le manque de psychiatres, de psychologues : développer des applications qui feront le tri pour tenter de résoudre les questions qui peuvent être traitées par un robot, afin de pouvoir juger ensuite si l'intervention d'un humain est nécessaire.

**Vous battez en brèche le mythe du digital natives et du côté multi-tâche...**

Les plus jeunes comme les plus vieux ne sont pas capables de faire plusieurs choses en même temps nécessitant de la concentration. Ils passent d'une tâche à l'autre et se reconcentrent chaque fois sur une nouvelle tâche, ce qui prend du temps. Si un ado fait ses devoirs tout en répondant à sa messagerie, en écoutant de la musique et en regardant une vidéo en accéléré, forcément, il sera moins performant. Il perd en concentration, en performance et en mémorisation dans l'apprentissage.

**Comment les soignants peuvent-ils agir face à ces dérives ?**

Les politiques n'agiront pas tant qu'il n'y aura pas de vraie pression populaire afin de provoquer un changement d'attitude. Si nous, soignants, parvenons à nous mobiliser concernant cette problématique dont nous mesurons les effets en consultation et pour laquelle rien n'est fait, cela donnerait le courage et la force à des familles qui ne sont pas dans le monde du soin de s'exprimer également, et de clamer leur refus de la

numérisation à tout crin de l'enseignement notamment. Nous qui traitons ces problèmes au quotidien disposons encore de crédibilité. Il en va de notre responsabilité car nous sommes témoins des dégâts causés par des politiques publiques inadaptées.

Un entretien de Bernard Roisin

Servane Mouton. *Écrans, un désastre sanitaire*. Tracts Gallimard.



PCLI  
INAMI
PLCI
EIP
CPTI
REVENU  
GARANTI
ASSURANCES

RENDEMENT GLOBAL NET EN  
2021 2022 2023  
4,5%

**Vous prenez soin des gens, nous prenons soin de vous**

Un rendement de 4,5%\* en 2021, en 2022 et en 2023, ça compte !

Chez Amonis, nous comprenons vos besoins mieux que quiconque, c'est pourquoi nous vous offrons des conditions exceptionnelles. Nous nous occupons de votre **PLCI (sociale), prime INAMI, EIP, CPTI, revenu garanti** et de vos **assurances**. Vous pouvez ainsi vous consacrer à ce que vous faites le mieux : aider les autres. Vous prenez soin des gens, nous prenons soin de votre argent.

\*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.

**AMONIS**  
Votre futur mérite un expert

Prenez contact

0800 96 113  
www.amonis.be

# L'horloge du vieillissement commence à livrer ses secrets

Une étude britannique montre que les expositions environnementales multiples au fil du temps ont un impact plus important sur la santé et la mortalité que le capital génétique.

**O**n sait que l'environnement et les gènes déterminent le vieillissement humain et les décès prématurés, mais dans quelle mesure ? Pour le savoir, des chercheurs britanniques ont analysé les données de près de 500.000 personnes reprises dans l'*UK Biobank*. Ils ont évalué l'influence de 164 facteurs environnementaux et de scores de risque génétique pour 22 maladies majeures, sur le vieillissement, les maladies liées à l'âge et la mort prématurée.

## Résultats ?

Austin Argentieri (Université d'Oxford) et ses collègues, dont l'étude vient de paraître dans *Nature Medicine*<sup>[1]</sup>, ont démontré que l'exposome, le cumul des expositions à des facteurs environnementaux, affecte plus le vieillissement que les gènes : il explique en effet 17 % de la variation du risque de décès, contre moins de 2 % pour la prédisposition génétique.

De plus, ils ont observé une grande variabilité entre les maladies en ce qui concerne la contribution du génome et de l'exposome : certaines affections, comme des cancers (sein, ovaire, prostate et colorectal), la maladie d'Alzhei-

mer, la démence toutes causes confondues et la dégénérescence maculaire se sont révélées être principalement influencées par le risque polygénique, tandis que d'autres, comme les maladies cérébrovasculaires, les cardiopathies ischémiques, la BPCO, la polyarthrite rhumatoïde et les maladies du foie et du rein, étaient plus influencées par l'âge, le sexe et l'exposome.

L'équipe a identifié 25 expositions clés qui ont une influence indépendante sur la mortalité prématurée et le vieillissement biologique, dont le tabagisme, le statut socio-économique, les difficultés financières, l'origine ethnique, l'activité physique, la vie en couple, le sommeil et le bien-être mental et physique, y compris la fatigue, ainsi que les expositions au début de la vie, notamment la taille et la corpulence à dix ans et le tabagisme maternel.

Cependant, on peut agir sur 23 d'entre eux : « Notre recherche démontre l'impact profond sur la santé des expositions qui peuvent être modifiées soit par les individus, soit par des politiques visant à améliorer les conditions socio-économiques, à réduire le tabagisme ou à promouvoir l'activité physique », insiste la Pr<sup>esse</sup> Cornelia van Duijn<sup>[2]</sup>.

« Alors que les gènes jouent un rôle clé dans les affections cérébrales et certains cancers, nos résultats mettent en évidence les possibilités d'atténuer les risques de maladies chroniques des poumons, du cœur et du foie, qui sont les principales causes d'invalidité et de décès dans le monde. Les expositions au début de la vie sont particulièrement importantes car elles montrent que les facteurs environnementaux accélèrent le vieillissement dès la naissance, mais laissent de nombreuses possibilités de prévenir les maladies de longue durée et les décès précoces. »

## La biologie du vieillissement

Afin de surveiller la rapidité du vieillissement des participants, ces chercheurs ont mesuré les taux de protéines sanguines et créé une 'horloge du vieillissement'. L'idée étant d'établir un lien entre les expositions environnementales, le vieillissement biologique et la mortalité due aux maladies liées à l'âge et de quantifier les contributions relatives de l'environnement et de la génétique dans cette problématique.

La recherche montre que si de nombreuses expositions individuelles jouent un rôle mineur dans la mortalité

prématurée, l'effet combiné de ces expositions multiples au cours de la vie explique une grande partie de la variation de la mortalité prématurée.

« Il est important de noter que lorsque l'on compare l'effet de l'exposome à celui de la génétique pour expliquer le risque futur de mortalité d'un individu, on constate que l'exposome contribue de manière significative à l'explication du risque de mortalité, alors que la génétique n'explique que très peu de choses. Cela nous indique que l'environnement est un facteur majeur du vieillissement et du risque de mortalité, quel que soit le patrimoine génétique d'une personne », commente Austin Argentieri.

## La part de l'environnement

« Nos résultats indiquent que les interventions axées sur l'environnement sont peut-être le point de départ le plus stratégique pour améliorer la mortalité prématurée et la plupart des morbidités liées à l'âge, bien qu'une modélisation causale soit nécessaire pour étudier les expositions spécifiques les plus intéressantes. Notre étude souligne que les grandes biobanques, telles que l'UKB, ouvrent la voie à des études protéomiques, métabolomiques ou autres études omiques ciblées

afin de comprendre l'impact de l'exposition, et de démêler l'interaction entre les expositions génétiques et environnementales dans la mortalité prématurée et le vieillissement », concluent les auteurs.

En explorant l'interaction entre les expositions multiples, grâce à l'apport conjoint des données cliniques et épidémiologiques et des progrès des technologies intelligentes pour surveiller le mode de vie et l'environnement, cette équipe a fait un grand pas dans la compréhension de l'impact de l'environnement au fil du temps. « Il reste encore beaucoup de questions à résoudre concernant l'alimentation, le mode de vie et l'exposition à de nouveaux agents pathogènes (comme la grippe aviaire et le covid-19) et à des produits chimiques (comme les pesticides et les plastiques), ainsi que l'impact des facteurs environnementaux et génétiques sur les différentes populations », concède la Pre van Duijn.

« Nous avons le pouvoir de prendre notre santé en main de manière préventive, à la fois en modifiant nos comportements et en changeant notre environnement par le biais de politiques et d'interventions. »

« Cette recherche devrait nous donner l'espoir que le vieillissement n'est pas entièrement déterminé par nos gènes, mais qu'il est en grande partie façonné par notre environnement, ce qui signifie que nous avons le pouvoir de prendre notre santé en main de manière préventive, à la fois en modifiant nos comportements et en changeant notre environnement par le biais de politiques et d'interventions. En fin de compte, cela signifie qu'investir dans la compréhension de notre environnement et de la manière dont il nous façonne, et apprendre comment nous pouvons le modifier, aura un impact très puissant sur l'amélioration de la santé de chacun d'entre nous », conclut Austin Argenti.

Martine Versonne

[1] Nature Med 19 février 2025, A. Argenti et al

[2] Communiqué de l'Université d'Oxford, 19 février 2025.

# TRAITER LES TROUBLES ABDOMINAUX SUPERIEURS AVEC OU SANS IPP

(INHIBITEURS DE LA POMPE À PROTONS)

MISE À JOUR DE VOTRE PRATIQUE

MERCREDI 26 MARS 2025, 20H - 22H



## 5 BONNES RAISONS DE VOUS INSCRIRE AU SYMPOSIUM EN LIGNE

- 1 Une présentation par des experts **Key Opinion Leaders** : Prof. J. Tack, Dr. K. Raymenants, Dr. K. Van den Houte, Prof. T. Vanuytsel
- 2 Des **solutions concrètes** pour affronter sereinement les enjeux de la **dé-prescription des IPPs** imposée par les autorités
- 3 Une analyse des **alternatives pertinentes et fiables** pour traiter les troubles oesophagiens et gastriques **sans IPP** (reflux, dyspepsie, etc.)
- 4 Un renforcement de vos connaissances grâce aux résultats préliminaires de **l'étude PEPPER**
- 5 Une **inscription gratuite** (Une accréditation a été demandée)

LIEN D'INSCRIPTION



# Le zona pendant le traitement contre le cancer : la triple peine

Les patients dont l'immunité est affaiblie pendant la lutte contre une tumeur risquent, trois fois plus que les autres, de réactiver le virus du zona, latent dans l'organisme. Le Pr Arjen Nikkels sensibilise sur l'importance d'une prise en charge rapide du zona.

**S**ouvent sous-estimé, le virus de la varicelle, présent chez 95 % des adultes, reste latent dans l'organisme et peut se réactiver à tout moment sous forme de zona (herpès zoster), en particulier en cas d'affaiblissement du système immunitaire. Chez de nombreux patients atteints de tumeurs solides, ce risque est multiplié par trois à quatre en raison des traitements qui affaiblissent considérablement leurs défenses immunitaires, tels que la chimiothérapie et la radiothérapie. Les conséquences peuvent être lourdes : douleurs nerveuses intenses, complications à long terme comme la névralgie post-zostérienne, voire des hospitalisations.

Par ailleurs, 60 % des patients atteints de cancer avec une tumeur solide présentent un risque accru prouvé de zona. C'est ce qu'a vécu Delphine Remy. Sortie du monde de la finance, elle est successivement interprète médicale pour des réfugiés, prof de français, chef privé et traiteur, puis nutrithérapeute. « C'était envirant mais épuisant », se souvient-elle. « C'était trop, peut-être l'ai-je compris un peu trop tard... ». En juin 2019, à 45 ans, sa vie change lorsque les médecins lui diagnostiquent un cancer du sein hormonodépendant. « Il était petit, mais très agressif. Il a entraîné tous les traitements lourds : des opérations, chimiothérapies, radiothérapies et hormonothérapies. »

## « Un nain qui frappait dans ma tête »

La double peine de la maladie et de ses lourds traitements va alors se tripler d'un mal supplémentaire : « Le zona est arrivé après la première chimio. Ça a commencé par un petit bouton, tout simple. Je suis allée à la pharmacie et, là,

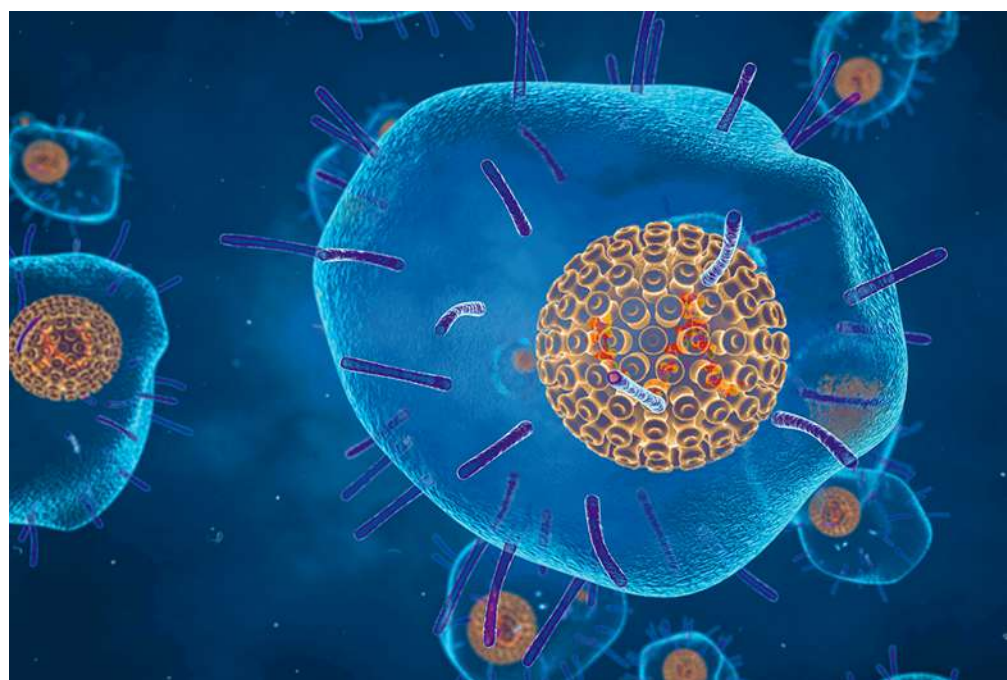
la pharmacienne n'était pas du tout à l'aise. Elle a vu que je n'avais pas de cheveux, donc elle a compris que j'étais immunodéprimée. Elle m'a dit 'écoutez, je ne suis pas médecin, mais il se pourrait que ce soit un zona ophtalmique'. Effectivement, ce tout petit point rouge commençait à s'étendre. »

La semaine suivante, quand elle retourne en chimiothérapie, Delphine en parle à son oncologue. « J'ai eu le temps d'avoir ces douleurs nerveuses, j'avais vraiment l'impression d'avoir un petit nain qui tapait avec un marteau ou avec un couteau. Ce sont des lancements presque électriques, c'est hyper désagréable. Je me souviens même d'avoir tenu ma tête. Il n'y avait plus de doute, c'était évident que c'était un zona. »

## La possibilité des formes atypiques chez le patient immunodéprimé est souvent la cause d'un traitement antiviral trop tardif, augmentant les risques des douleurs post-zostériennes.

Chef du service de dermatologie et vénéréologie au CHU de Liège, le Pr Arjen Nikkels répond à nos questions. **Le journal du Médecin : Comment distinguer les symptômes du zona d'autres douleurs ou éruptions cutanées chez un patient sous chimiothérapie ?**

**Pr Arjen Nikkels :** Les premiers symptômes du zona sont l'apparition d'une douleur lancinante unilatérale, le plus souvent au niveau thoracique ou le visage. Ces douleurs peuvent être présentes entre deux à six semaines avant l'apparition des lésions cutanées. La



présence d'une douleur localisée et unilatérale, peu répondant au paracétamol, et une éruption également unilatérale et localisée, qui dure entre dix à 20 jours sont les principales caractéristiques qui distinguent le zona des autres manifestations douloureuses et cutanées.

**Le zona peut-il aggraver l'état général d'un patient atteint de cancer ou compliquer son traitement ?**

À cause de la douleur nerveuse, la douleur des lésions cutanées, d'un risque de surinfection des lésions cutanées, le zona a un effet négatif très important sur la qualité de vie du patient, qui est souvent déjà impacté par le cancer.

**Quels traitements sont disponibles pour soulager les douleurs du zona et éviter les complications comme la névralgie post-zostérienne ?**

Actuellement, il n'y a que l'initiation très rapide d'un traitement antiviral par aciclovir (oral ou en intraveineux) ou valaciclovir (oral) qui peut aider à atténuer les signes et symptômes du zona. Ce traitement antiviral diminue le risque des douleurs post-zostériennes sans pour autant pouvoir garantir qu'elles n'apparaissent pas.

**Pourquoi cette complication reste-t-elle encore trop peu prise en compte en oncologie ? Est-ce un manque de sensibilisation ?**

La méconnaissance de la pathologie, la difficulté de la reconnaître avant la présence des lésions cutanées et la possibilité des formes atypiques chez le patient immunodéprimé sont souvent la cause d'un traitement antiviral trop tardif, augmentant les risques des douleurs post-zostériennes.

**Des recherches sont-elles en cours pour développer des traitements plus efficaces contre le zona, notamment chez les patients immunodéprimés, et quelles sont les perspectives dans ce domaine ?**

En termes de traitement, il n'y a pas d'avancées récentes et le traitement actuel repose toujours sur l'utilisation la plus rapide possible des substances antivirales. Néanmoins, une vaccination très efficace existe pour réduire très significativement le risque de voir apparaître un zona et par conséquent des douleurs post-zostériennes. L'efficacité vaccinale est très élevée et le vaccin peut être administré chez le patient immunodéprimé. Le vaccin est indiqué pour toute personne âgée de 65 ans et plus, et est remboursé pour le patient immunodéprimé âgé de 18 ans et plus.

Un entretien de François Hardy



# Hospitals

Partenaire Structurel de l'Association Belge des Directeurs d'Hôpitaux

## L'IA s'invite à l'hôpital: miracle ou mirage ?

Découvrez notre dossier en pages 24 à 29

En plus de ce dossier, cette nouvelle mouture du *JM Hospitals*, désormais intégrée au *journal du Médecin*, aborde également la potentielle grève des directions hospitalières et ses répercussions (page 22), ainsi que le plan Nehap 3 et son ambitieuse feuille de route pour décarboner le système de santé (page 29).

# Grève des directions hospitalières : un scénario possible ?

L'hôpital est une structure complexe, difficile à gérer. Surtout dans le contexte actuel, entre tensions budgétaires, pénurie de personnel et spectre d'une potentielle pandémie. Les directions hospitalières doivent donc souvent faire preuve d'ingéniosité, de robustesse et de rigueur pour traiter des dossiers d'une réelle diversité avec comme balise première la qualité et la continuité des soins. Pourtant, les directions n'ont pas toujours bonne presse, malgré leur agilité constante dans ce contexte difficile... Et si demain, face à ces injonctions souvent paradoxales, les directions hospitalières se mettaient en grève ?

Laurent Zanella



Cette question originale a été posée lors du 58<sup>e</sup> cycle de perfectionnement en sciences hospitalières de l'UCLouvain. Pour l'occasion, Dieter Goemaere, directeur hôpitaux & chief economist chez Gibbis, et Philippe Devos, directeur général d'Unessa, ont pesé le pour et le contre de l'acte de grève pour faire entendre sa voix.

## Un système hospitalier sous pression

Les défis auxquels sont confrontées les directions hospitalières sont connus : manque de moyens, réglementations lourdes, augmentation de la demande de soins dans un cadre budgétaire figé... « Nous sommes arrivés à un point où la pression budgétaire et organisationnelle ne permet plus simplement de gérer l'hôpital en optimisant les ressources existantes. Il faut penser différemment », confirme Dieter Goemaere.

L'impasse dans laquelle se trouvent les hôpitaux belges repose sur une contradiction : d'un côté, l'État impose des normes de plus en plus strictes, de l'autre, il ne garantit pas les financements nécessaires à leur application. « Nous devons fournir des soins de qualité avec un financement structurellement insuffisant. Nous devons également respecter une réglementation toujours plus rigide, parfois jusqu'à l'absurde », déplore Philippe Devos.

Dans ce contexte, faut-il envisager une grève des directions hospitalières comme un moyen de pression efficace ?

## Quel serait l'impact d'une grève ?

La question d'une grève des directions hospitalières soulève de nombreuses interrogations. Contrairement à une grève des professionnels de santé, qui touche directement les soins, une mobilisation des directions pourrait avoir un effet plus diffus, rendant son impact difficile à évaluer.

Selon Philippe Devos, une grève de la direction aurait d'abord un impact sur les patients et les équipes médicales, plus que sur les décideurs politiques : « La première conséquence, ce serait une désorganisation immédiate. Les méde-

cins et infirmiers se retrouveraient sans soutien administratif, les dossiers bloqués, les décisions suspendues. Cela nuirait à ceux que nous voulons protéger : nos équipes et nos patients. »

Autre problème : les hôpitaux belges sont déjà en grande difficulté financière, avec deux tiers d'entre eux en déficit selon la dernière étude Maha. Une action perturbant le fonctionnement des établissements pourrait accélérer leur fragilisation, au lieu de contraindre les autorités à réagir.

Enfin, une telle grève mettrait en péril les canaux de concertation entre les directions et le gouvernement. « Aujourd'hui, nous avons accès aux cabinets ministériels, nous pouvons négocier, proposer des réformes. Si nous engageons une grève, nous risquons de nous retrouver exclus des discussions et de perdre les quelques marges de manœuvre qui nous restent », avertit Dieter Goemaere.

## Les alternatives

Face aux risques d'une grève, d'autres options existent pour faire entendre la voix des hôpitaux sans nuire aux patients ni à l'organisation des soins.

Les fédérations hospitalières sont présentes dans plusieurs instances de négociation (Inami, commissions paritaires...). Si elles parviennent à unifier leurs revendications, elles peuvent peser dans les décisions politiques. « L'union fait la force. Lorsque nous parlons d'une seule voix avec les syndicats médicaux ou avec d'autres acteurs du secteur, le gouvernement est obligé de nous écouter. Nous devons intensifier ce travail collectif », insiste Philippe Devos.

L'un des leviers les plus efficaces reste la mobilisation des médias et de l'opinion publique. Une communication ciblée, mettant en avant des cas concrets de dysfonctionnement hospitalier, peut avoir un impact immédiat sur les décideurs politiques. « Nous devons raconter des histoires concrètes, montrer ce que ces restrictions budgétaires impliquent pour les soignants et les patients. Une grève crée un conflit, alors

## Principales revendications des directions hospitalières

- Un financement suffisant et prévisible
- Une simplification des normes administratives
- Une flexibilité accrue dans la gouvernance hospitalière
- Un dialogue renforcé avec les pouvoirs publics
- Une prise en compte des réalités du terrain dans les réformes de la santé

que l'opinion publique est un allié puissant si nous savons la mobiliser correctement », explique Dieter Goemaere. La presse et les réseaux sociaux sont des outils précieux pour diffuser ces messages et interpeller les politiques de manière plus subtile mais efficace.

Autre alternative à la grève : exploiter les lourdeurs administratives pour rendre visibles les absurdités du système. Des stratégies comme la grève du zèle (appliquer strictement

## Vers une stratégie concertée

Si la grève des directions hospitalières semble un pari risqué, elle révèle néanmoins un malaise profond qui ne pourra être ignoré encore longtemps. Pour Philippe Devos, l'essentiel est d'adopter une posture offensive, mais intelligente : « Nous devons abandonner la posture défensive qui consiste à réclamer toujours plus d'argent. Nous devons proposer des



**Dieter Goemaere:** « L'hôpital doit se réinventer. Mais cette réforme doit être négociée, pas imposée par un bras de fer que nous risquerions de perdre. »

toutes les normes, quitte à ralentir le système) ou, au contraire, le retard volontaire sur certaines procédures peuvent mettre en évidence les dysfonctionnements sans affecter directement les soins. « Les administrations de santé publique détestent être débordées par des procédures absurdes. Renvoyer sys-

réformes réalistes et montrer comment nous pouvons améliorer l'efficacité du système. Cela signifie revoir le financement hospitalier, simplifier la gouvernance, et moderniser nos méthodes de gestion. »

**Philippe Devos:** « Une grève des directions hospitalières ne bloquerait pas les politiques en premier lieu, mais bien les soignants et les patients. L'impact serait surtout interne, et c'est là tout le paradoxe. »



tématiquement des dossiers incomplets, poser des questions pointues sur la réglementation, multiplier les démarches administratives... tout cela les oblige à réagir, sans bloquer les hôpitaux eux-mêmes », analyse Philippe Devos.

Enfin, les recours juridiques contre certaines décisions budgétaires ou réglementaires peuvent contraindre les autorités à revoir leurs positions.

Dieter Goemaere ajoute que la transformation du secteur est inévitable : « L'hôpital belge doit se réinventer. L'État ne peut pas continuer à exiger toujours plus sans donner les moyens nécessaires. Mais cette réforme doit être négociée, pas imposée par un bras de fer que nous risquerions de perdre. » ■

## La grève des médecins de 1964

En Belgique, le système hospitalier repose aujourd'hui sur un équilibre entre financement par les cotisations sociales et concertation entre les différents acteurs du secteur. Mais cet équilibre n'a pas toujours existé. Il est en grande partie le résultat d'un conflit social majeur qui a secoué le pays en 1964 : la grande grève des médecins. Le contexte est bien sûr différent d'aujourd'hui, mais permet de réfléchir sur les causes et les conséquences d'une grève des soignants.

Le conflit éclate alors que le gouvernement cherche à instaurer l'assurance maladie obligatoire. L'objectif est de garantir un accès aux soins pour tous, en imposant une régulation des tarifs médicaux et un contrôle accru des autorités publiques sur le secteur. Ces mesures sont perçues comme une menace par une large partie du corps médical. Les médecins s'opposent farouchement à ce qu'ils considèrent comme une atteinte à leur liberté professionnelle. « Ils voulaient pouvoir fixer librement leurs honoraires, s'assurer du libre choix du médecin par le patient et être indépendants vis-à-vis des pouvoirs publics », resitue Dieter Goemaere.

Face au refus du gouvernement de modifier sa réforme, les médecins déclenchent un mouvement de grève d'une ampleur inédite. Pendant plusieurs jours, une grande partie d'entre eux suspendent leur activité, entraînant une crise sanitaire majeure. Pour pallier la pénurie de soins, l'armée et la Croix-Rouge sont mobilisées afin de maintenir un service minimum. Sous la pression des événements, le gouvernement finit par engager un dialogue avec les syndicats médicaux. De ces négociations naît le modèle de concertation sociale que nous connaissons aujourd'hui. Une grève des directions aurait-elle le même impact aujourd'hui ?

# L'IA dans les hôpitaux : solution miracle ou surcharge numérique ?



L'intelligence artificielle s'impose de plus en plus dans le monde de la santé. Des promesses d'une médecine plus efficace et personnalisée aux craintes d'une automatisation excessive, le débat est parfois passionné. Diagnostics assistés, gestion des flux hospitaliers, robotisation des soins : l'IA est-elle un outil révolutionnaire ou un facteur de déshumanisation ? À travers neuf questions, ce dossier met en lumière les points de convergence et de friction entre ces différentes perspectives, entre espoirs technologiques et préoccupations éthiques.

Laurent Zanella

## 1 L'IA peut-elle vraiment révolutionner la médecine ?

Si révolution il y a, celle-ci est « douce ». Pour l'instant du moins. En Belgique, certains professionnels considèrent l'IA comme un soutien essentiel face aux défis du secteur hospitalier. « Nous devons utiliser l'IA pour alléger les contraintes administratives et permettre aux soignants de consacrer plus de temps aux patients », souligne le Dr Alexandre Hebert, directeur général aux affaires médicales chez Vivalia. Toutefois, il insiste sur le fait que son intégration doit être réfléchie : « L'IA ne remplacera jamais le jugement clinique, mais elle peut être un outil puissant si elle est bien encadrée. »

D'autres experts expriment des réserves sur l'impact à long terme des algorithmes dans les soins. « L'IA peut standardiser certaines pratiques, mais si nous ne maîtrisons pas ses modèles, nous risquons de perdre notre autonomie médicale », avertit François Roucoux, directeur du département d'informatique médicale chez Humani. Il souligne également que l'IA s'appuie sur des infrastructures technologiques lourdes et dépend souvent d'acteurs non européens, ce qui pose des questions de souveraineté et d'éthique. Nous y reviendrons plus tard.

Outre-Atlantique, à la Mayo Clinic, célèbre fédération hospitalière américaine qui gère quelque 11 millions de dossiers patients (!), l'IA est déjà au cœur d'une transformation numérique. « Nous avons aujourd'hui des dizaines d'algorithmes en production et nous espérons en mettre des centaines en service dans le futur », explique Cris Ross, directeur des systèmes d'information à la Mayo Clinic. Plus de 200 projets autour de l'IA sont en cours. Son usage ne se limite plus à des expérimentations : elle optimise la gestion des flux hospitaliers, automatise les tâches administratives et améliore l'accès aux dossiers médicaux grâce à des outils comme Maya, un assistant conversationnel pour les cliniciens.

Mais... Car il y a un « mais », Cris Ross insiste sur le fait que toutes les solutions ne sont pas adaptées à tous les contextes médicaux. Et que l'intégration de ces outils soulève des défis. « L'IA ne se résume pas à un algorithme performant : elle doit être intégrée aux flux de travail pour être réellement utile. » Formation du personnel, coûts, éthique et régulation sont autant de freins à une adoption généralisée.

Enfin, si l'IA peut révolutionner la médecine, encore faut-il qu'elle soit adaptée aux réalités du terrain. « Il n'existe pas de solution clé en main pour tous les hôpitaux », estime Alexandre Hebert. « Chaque institution doit choisir les outils qui répondent réellement à ses besoins, et non suivre aveuglément une tendance technologique. »

## 2 Peut-on vraiment faire confiance aux algorithmes pour poser un diagnostic ?

L'intelligence artificielle est déjà performante dans certains domaines du diagnostic médical, notamment en radiologie. À la Mayo Clinic, des algorithmes de mammographie détectent des lésions invisibles à l'œil humain. En Belgique aussi, les hôpitaux testent l'IA pour accélérer l'analyse des radios et améliorer l'orientation des patients.

Mais ces avancées ne garantissent pas une fiabilité totale. « L'IA doit rester une aide, pas une décision automatique », rappelle le Dr Hebert. Certains outils, notamment en imagerie médicale, génèrent des erreurs d'interprétation qui peuvent conduire à des examens inutiles. D'autres manquent des diagnostics importants en raison de biais dans les données d'entraînement. L'IA doit être un outil d'aide, pas un substitut au jugement clinique. Cris Ross ne dit pas autre chose : « L'IA ne remplacera pas les médecins. Mais les médecins qui l'utilisent remplaceront ceux qui ne l'utilisent pas. »

La question de la responsabilité médicale est également posée. Qui est responsable en cas d'erreur ? Le médecin, l'hôpital, le producteur de logiciel ? Pour Jérôme Bouvy, philosophe hospitalier au Grand hôpital de Charleroi (GHdC), « l'IA ne peut pas remplacer le raisonnement clinique ». Il met en garde contre une acceptation passive des « recommandations algorithmiques, qui pourrait affaiblir l'esprit critique des soignants ».

La Mayo Clinic est une référence incontournable en IA médicale, notamment en raison de son investissement massif dans les technologies de santé numérique et ses partenariats avec Google et Microsoft.

## 3 L'IA va-t-elle libérer du temps pour les soignants ?

L'intelligence artificielle est parfois présentée comme une solution miracle face aux pénuries de personnel soignant. L'IA permettrait de dégager du temps au chevet des patients, certes, mais est-ce qu'elle permet pour autant de pallier la pénurie ?

En Belgique, les avis sont partagés. « L'IA peut alléger les charges administratives et redonner du temps aux soignants au chevet des patients », confirme le Dr Hebert. Certains hôpitaux expérimentent déjà des outils pour optimiser



flux hospitaliers et réduire la charge administrative.

Toutefois, les réalités du terrain contrastent avec ces ambitions. Dans les maisons de repos, l'IA est davantage perçue comme une aide administrative que comme un véritable soutien aux soins. « On nous demande d'intégrer l'IA, mais nos équipes ne sont pas formées et nos infrastructures ne sont pas prêtes », alerte Catherine Dechèvre, responsable du pôle personnes âgées chez Unessa.

Un autre défi est la surcharge cognitive. « Ces technologies censées nous libérer nous rendent en réalité dépendants et nous dépossèdent de nos compétences professionnelles », explique Jérôme Bouvy, qui met en garde contre une perte de sens du métier. L'IA, cause potentielle du problème, apporte pourtant aussi une partie de la réponse : la transcription automatique des consultations et la gestion des agendas pourraient alléger cette charge cognitive des praticiens.

L'efficacité de l'IA dépendra finalement de son intégration raisonnée et de l'adhésion des soignants. Mal déployée, elle pourrait devenir une contrainte. « On utilise l'IA comme un moyen, mais pas comme une fin. Si elle devient une contrainte ou un poids supplémentaire pour le personnel soignant, alors on aura perdu l'essentiel : le temps de l'humain avec le patient », corrobore Alexandre Hebert.

« L'IA ne remplacera pas les médecins. Mais les médecins qui l'utiliseront remplaceront ceux qui ne l'utilisent pas. »

- Cris Ross, directeur des systèmes d'information à la Mayo Clinic.



#### 4 L'IA dans les maisons de repos : un progrès ou une déshumanisation ?

L'intelligence artificielle s'intègre progressivement dans les maisons de repos, même si cela arrive peut-être moins vite que dans les hôpitaux. Son déploiement suscite autant d'espoirs que de craintes : améliorera-t-elle vraiment le travail du personnel ou éloignera-t-elle le soignant du résident ?

Aujourd'hui, l'IA est surtout utilisée pour réduire la charge administrative. « Dans les maisons de repos, elle permet aux équipes de consacrer plus de temps à l'accompagnement humain », explique Catherine Dechèvre. Certains directeurs d'établissements y voient un levier pour soulager des équipes sous pression face aux exigences réglementaires croissantes.

Mais la question de la déshumanisation inquiète. Un directeur de maison de repos, cité par Catherine Dechèvre, exprime une crainte face à l'IA : « Est-ce qu'on aura encore le droit de réfléchir ? » Cette interrogation traduit une angoisse plus large : l'IA risque-t-elle de réduire les soignants à de simples exécutants d'instructions numériques, au détriment de l'interaction humaine avec les résidents ?

L'autre défi est l'acceptation de l'IA par les résidents eux-mêmes. « On parle beaucoup de son impact sur les soignants, mais a-t-on demandé aux résidents comment ils la perçoivent ? », questionne Francis Cassart, directeur d'une maison de repos et de soins. « Pour certains pensionnaires, cette technologie est abstraite et anxiogène, et aucune for-

mation spécifique n'est prévue pour les y familiariser, ce qui renforce l'exclusion numérique des plus fragiles. »

Si l'IA peut être un outil facilitateur, elle ne remplacera donc jamais l'humain dans l'accompagnement du grand âge. Comme le rappelle Catherine Dechèvre, « l'IA ne doit pas se résumer à une check-list d'actes que l'on applique mécaniquement pour obtenir un bon score lors d'une inspection. L'essence du soin, c'est la relation humaine. »

#### 5 Nos données médicales sont-elles vraiment protégées ?

L'essor de l'intelligence artificielle en santé repose sur l'exploitation massive des données médicales (pour autant qu'elles soient qualitatives et accessibles, mais c'est un autre débat). Ces informations sensibles sont-elles réellement protégées contre les cyberattaques, les abus commerciaux et autres dérives ?

Prenons d'abord le pouls outre-Atlantique. À la Mayo Clinic, la sécurité des données est une priorité. « L'un des défis majeurs est d'assurer un accès aux données en temps réel tout en garantissant leur sécurité », explique Cris Ross. Pour éviter toute fuite, l'institution a mis en place une architecture baptisée « data behind glass », où les chercheurs peuvent analyser les données sans jamais les extraire.

En Belgique, la situation est plus complexe. « Les hôpitaux sont des cibles privilégiées des hackers », rappelle Bertrand Dauriac, conseiller RGD Santhea. « Ces dernières années, plusieurs établissements ont été victimes de cyberattaques majeures, obligeant le personnel à revenir au papier et au crayon pour assurer la continuité des soins. »

Le problème ne se limite pas aux menaces extérieures. « Dès que des données sont partagées avec un acteur externe, on perd une partie du contrôle », avertit François Roucoux. De nombreux hôpitaux belges utilisent par exemple Nuance, une solution de reconnaissance vocale appartenant à Microsoft. Or, avec des lois comme le Cloud Act américain, les autorités des États-Unis pourraient exiger l'accès à ces données. Dans le contexte actuel, qui sait où cela pourrait mener...

Ainsi, puisque l'IA s'impose comme un outil incontournable en santé, la protection des données médicales est un impératif. Protéger les données de santé, c'est protéger la qualité des soins, confirme Alexandre Hebert. « Une cyberattaque ne se limite pas à un problème informatique. Elle met en danger la continuité des soins et peut avoir un impact direct sur la prise en charge des patients. »

#### 6 Peut-on concilier IA et éthique médicale ?

L'intelligence artificielle promet beaucoup en santé : améliorer la prise en charge des patients, optimiser le diagnostic médical, diminuer la charge administrative des soignants... Mais à quel prix ? L'automatisation des décisions médicales, les biais algorithmiques et le manque de transparence posent des questions éthiques majeures.

Pour Cris Ross, la nécessité d'un cadre rigoureux est évidente : « L'IA transformera la médecine, mais nous devons nous assurer qu'elle soit utilisée de manière sûre et respon-

sable.» À la Mayo Clinic, des protocoles stricts ont été mis en place pour surveiller la performance des algorithmes et éviter toute dérive. Pourtant, garantir une IA fiable et impartiale reste un défi. Le risque des biais algorithmiques est particulièrement préoccupant : un modèle entraîné sur des données peu diversifiées peut générer des diagnostics faussés ou des décisions inadaptées. « Nous ne pouvons pas nous contenter d'algorithmes entraînés uniquement sur des populations nord-américaines. Il faut intégrer une diversité de patients », insiste-t-il.

En Belgique, la situation est la même, même si cette réflexion sur les protocoles à mettre en place n'est sans doute pas aussi avancée. « L'IA est perçue comme un outil d'aide, mais qui garantit qu'elle ne devienne pas un arbitre des décisions médicales ? », s'interroge Jérôme Bouvy. Au-delà des questions techniques, c'est la place de l'humain dans la médecine qui est en jeu. « Une décision médicale ne peut pas être réduite à une analyse statistique », alerte le philosophe hospitalier, évidemment prolix sur le sujet. « Certains professionnels redoutent une standardisation excessive des soins, où les soignants deviendraient de simples exécutants des recommandations algorithmiques. »

« Ce qu'on oublie souvent dans le débat sur l'IA, c'est qu'en voulant tout optimiser, on risque surtout de tout fragiliser. Une médecine robuste, c'est une médecine qui laisse de la place à l'incertitude et à l'humain », souligne encore Jérôme Bouvy.

## 7 L'IA est-elle un simple outil ou une menace pour notre autonomie ?

Au-delà du support administratif, jusqu'où peut aller l'influence de l'IA sur la prise de décision médicale ?

C'est une question qui se pose déjà chez nous, où l'évolution de la technologie suscite parfois des craintes. « Sommes-nous en train de rendre les soignants dépendants d'outils qu'ils ne contrôlent plus ? », s'interroge Jérôme Bouvy. « L'IA pourrait entraîner une standardisation excessive des soins, où les recommandations algorithmiques deviendraient la norme, réduisant la marge d'appréciation des médecins. »

L'AI Act (règlement européen sur l'IA), voté en juin 2024, prévoit que les systèmes d'IA utilisés en santé soient transparents et compréhensibles par les professionnels. Mais dans un marché dominé par les Gafam, ces principes seront-ils réellement appliqués en Europe ?

Aux États-Unis, et en tout cas à la Mayo Clinic, l'IA est perçue comme un outil d'aide, et non un substitut aux médecins. Les algorithmes sont conçus pour assister les praticiens, mais la décision finale doit rester humaine. « L'IA ne doit pas remplacer les médecins, mais les aider à prendre de meilleures décisions », insiste Cris Ross. Une frontière qui pourrait s'amenuiser avec l'émergence de modèles d'IA toujours plus performants.

On en revient à l'intégration : avec une bonne intégration, l'IA permettra d'aller plus vite certainement dans certaines tâches, peut-être plus loin. Elle permettra de gagner en efficacité, un vœu pieux des autorités de santé. Mais pour cela, la formation des équipes est un élément clé. Et autant qu'elle

soit locale. « L'accompagnement humain est essentiel : un ingénieur de Google aux États-Unis ne sera jamais aussi disponible qu'un technicien sur le terrain pour aider les équipes médicales en cas de problème avec un outil IA. Il faut des solutions adaptées à la réalité des soignants », explique Alexandre Hebert.

L'IA sera ce que nous en ferons, résume bien François Roucoux. « L'IA est un outil neutre, comme un couteau : elle peut servir à des choses utiles ou dangereuses. Mais si nous ne la maîtrisons pas, elle risque de nous enfermer dans des logiques de décision biaisées et incontrôlables. »



« Si l'IA devient une contrainte pour les soignants, alors nous aurons perdu l'essentiel : le temps de l'humain avec le patient. »  
- Dr Alexandre Hebert, directeur général aux affaires médicales de Vivalia.

## 8 L'IA en santé est-elle vraiment durable ?

Last but not least, le développement et l'utilisation de l'IA ne sont pas neutres d'un point de vue environnemental. Ils reposent sur des infrastructures gourmandes en énergie et en ressources naturelles.

L'IA s'appuie notamment sur des centres de données massifs, dont le fonctionnement nécessite d'énormes quantités d'énergie. « On estime que le secteur des technologies de l'information et de la communication représente 4 % de la consommation énergétique mondiale, un chiffre en forte augmentation », relève François Roucoux. Cette dépendance à des infrastructures gourmandes pose la question de la viabilité à long terme de l'IA en santé.

Outre l'énergie, l'IA dépend d'un approvisionnement en métaux rares pour la fabrication des processeurs et serveurs nécessaires à son fonctionnement. « L'extraction de ces matériaux a un impact environnemental majeur et s'accompagne parfois de conditions de travail déplorables dans certains pays producteurs », rappelle François Roucoux. De plus, le renouvellement rapide du matériel informatique entraîne une accumulation de déchets électroniques, dont une faible part est réellement recyclée.

Alexandre Hebert insiste quant à lui sur le fait que les établissements doivent intégrer l'impact écologique dans leur stratégie technologique. Et l'IA peut aider. « Un hôpital produit énormément de déchets, y compris radioactifs. Nous devons être extrêmement attentifs à notre gestion des flux et à l'élimination de ces déchets. La consommation d'énergie est aussi un enjeu majeur, et les nouvelles technologies doivent nous aider à épargner plutôt qu'à surconsommer. »

Face à ces défis, une approche plus mesurée de l'IA pourrait être nécessaire. Plutôt que d'adopter des outils systématiquement, certains plaident pour une utilisation ciblée, là où l'IA apporte une réelle valeur ajoutée sans alourdir inutilement l'empreinte environnementale du secteur médical. « L'IA ne doit pas être une fuite en avant technologique. Elle doit être pensée pour être utile, éthique et soutenable », conclut François Roucoux. ■



## 9 Quels systèmes d'IA sont interdits en hôpital ?

Applicable depuis le 2 février 2025, la première nouveauté apportée par le règlement veut que toute entreprise doit s'assurer que son personnel, ainsi que toute personne exploitant ou utilisant des systèmes d'IA en son nom, possède une maîtrise suffisante de l'IA. « Cet instrument juridique vise à garantir la sécurité des travailleurs et des employeurs, mais également le respect des droits fondamentaux », explique **Laura Couchard**, experte juridique chez Acerta. « Ce que le règlement invite implicitement à faire, c'est de cartographier les besoins en matière d'intelligence artificielle et les formations ou l'accompagnement nécessaires en fonction de ceux-ci. L'attention de l'UE sur le respect des droits fondamentaux transparaît également dans la catégorisation que le règlement opère en termes de risques posés par l'IA. »

### Les risques inacceptables interdits

Ces catégories de risques, c'est ce qui permet de classer un système d'IA en fonction de sa dangerosité au regard des normes et valeurs européennes fondamentales. On distingue les « risques inacceptables » et les « hauts risques ». Les applications d'IA faisant courir des risques inacceptables aux citoyens européens sont purement et simplement interdits. On cite par exemple les systèmes d'IA qui évaluent les personnes sur base de leur comportement social ou de leurs caractéristiques personnelles (procédé qualifié de « scoring social »).

Si ces applications peuvent sembler relever d'une série dystopique, on peut pourtant imaginer des cas très concrets dans le monde du travail. « Le screening de CV est déjà facilité par l'IA », relève Laura Couchard. « On pourrait imaginer qu'un employeur utilise l'IA pour systématiser une recherche à propos des candidats sur le web et sur leurs réseaux sociaux dans le but de déduire ses comportements et de lui attribuer un score social. Ce serait tomber dans la portée de ces systèmes d'IA interdits. »

### Le tri par IA aux urgences, très balisé

Concernant les systèmes d'IA à haut risque, l'Union se veut également vigilante. Dans les considérants de son

règlement, elle reconnaît un domaine dans lequel l'utilisation de l'IA mérite une attention particulière : les services de soins de santé. Les personnes physiques qui demandent à bénéficier de ces services en sont généralement tributaires et se trouvent dans une situation vulnérable par rapport aux autorités compétentes. « Lorsqu'ils sont utilisés pour déterminer si ces prestations et services devraient être accordés, refusés, réduits, révoqués ou récupérés par les autorités, y compris pour déterminer si les bénéficiaires y ont légitimement droit, les systèmes d'IA peuvent avoir une grande incidence sur les moyens de subsistance des personnes », précise le règlement.



- **Laura Couchard:** Compte tenu de la situation vulnérable des patients qui contactent les urgences, l'usage d'un système de tri par IA est fortement encadré. '

Chose rare, le texte mentionne un exemple concret qui intéressera directement les hôpitaux : les « systèmes d'IA destinés à évaluer et hiérarchiser les appels d'urgence émanant de personnes physiques ou à être utilisés pour envoyer ou établir des priorités dans l'envoi des services d'intervention d'urgence, y compris par la police, les pompiers et l'assistance médicale, ainsi que pour les systèmes de tri des patients admis dans les services de santé d'urgence » figurent en bonne position dans la liste des systèmes automatiquement considérés à haut risque par l'UE (point 5, d, de l'Annexe III au règlement IA).

Une mention sur la liste de cette « Annexe III » ne vaut pas interdiction d'office. Mais, compte tenu de ses enjeux sur le droit fondamental à la santé et la situation vulnérable des patients qui contactent les urgences, l'usage d'un tel système d'IA est fortement encadré (entendez presque « dissuadé », vu le nombre d'obligations liées). Ce système de tri des urgences par IA sera ainsi soumis au respect d'obligations variées, y compris, mais pas uniquement : l'établissement d'un système de gestion des risques, la qualité des jeux de données d'entraînement, l'enregistrement des événements pendant toute la durée de vie du système d'IA, la possibilité d'un contrôle humain effectif pendant son utilisation... Une bonne équipe juridique est donc recommandée si le déploiement d'un tel système est envisagé! ■

François Hardy

# L'ambitieuse feuille de route pour décarboner le système de santé

Le plan national « Nehap 3 » a publié une toute première feuille de route qui balise trois voies à suivre pour décarboner le secteur de la santé. Des mesures qui auraient un impact fort vers la neutralité carbone du pays, puisque le secteur est responsable de 5 % de ses émissions de gaz à effet de serre.

François Hardy



Responsable de 5 % des émissions nationales basées sur la consommation, le secteur de la santé en Belgique pourrait voir son empreinte carbone augmenter de 62 % d'ici 2050 si aucune action décisive n'est prise. Le troisième plan national d'action environnement-santé (baptisé « Nehap 3 » et déployé sur la période 2023-2029) a produit une feuille de route pour décarboner, via trois voies, le système de soins en Belgique. « Alors que l'Union européenne et les gouvernements belges adoptent des politiques de décarbonation de plus en plus ambitieuses, le secteur de la santé devra jouer son rôle dans la transition vers une économie bas-carbone », souligne le rapport.

Cet instrument a d'original qu'il dresse, pour la première fois en Belgique, un plan détaillé de décarbonation du secteur. Il identifie des interventions à fort impact pour transformer les soins de santé, tout en garantissant leur qualité. Via une hiérarchisation des actions prioritaires, il traduit celles-ci en programmes concrets, applicables au niveau local, hospitalier et régional. « La mise en œuvre réussie de cette transition dépendra d'un suivi constant et d'un ajustement des approches », précise le document, qui insiste sur l'importance d'accompagner les acteurs du secteur à chaque étape du changement.

## Rénover les infrastructures et électrifier les véhicules

Le premier levier d'action concerne les infrastructures et les moyens de transport du secteur. « Ces émissions, qui relèvent directement du contrôle du secteur, peuvent être efficacement réduites par l'optimisation, l'électrification et la rénovation des installations », affirme la feuille de route. Les coûts de cette transition peuvent sembler élevés, c'est pourquoi les experts recommandent un déploiement progressif, aligné sur les calendriers de rénovation et de mise à niveau des bâtiments. Aussi, une planification des renouvellements de véhicules en fonction des cycles d'amortissement pourrait faciliter la transition vers une flotte complètement électrique. L'ensemble des mesures de ce « pathway 1 » pourrait ainsi permettre de réduire de 99 % les émissions liées aux infrastructures et aux opérations du secteur de la santé d'ici 2050, par rapport à un scénario de 'business as usual'.

Le « pathway 2 » examine la chaîne d'approvisionnement, d'où provient la majorité des émissions de gaz à effet de serre du secteur, notamment via les produits pharmaceutiques et les équipements médicaux. L'analyse du cycle de vie des produits et la publication de déclarations environnementales devraient permettre aux hôpitaux et établissements de soins de choisir des alternatives moins polluantes. « Pour que cela fonctionne, des normes claires et des lignes directrices devront être mises en place à destination des équipes d'achats », précise le document. Réduire le gaspillage, notamment alimentaire et pharmaceutique, représente également une opportunité majeure de réduction des émissions.

‘ La transition vers un système de santé décarboné est non seulement possible, mais nécessaire ’

## Un enjeu global, une responsabilité collective

Puisque l'empreinte carbone des soins de santé dépend largement d'industries externes (énergie, matériaux de construction, transport, production pharmaceutique, etc.), le « pathway 3 » repose sur l'adoption et la promotion de normes environnementales strictes dans toute la chaîne d'approvisionnement globale (et non uniquement sanitaire). Le rapport insiste sur la nécessité d'une décarbonation systémique de l'économie mondiale: « L'atteinte des objectifs de neutralité carbone par les organisations, notamment via l'initiative Science-Based Targets, jouera un rôle clé ». La Belgique pourrait se positionner en leader de cette transition en instaurant des normes d'achats ambitieuses et en s'alignant avec d'autres systèmes de santé européens et internationaux.

« La transition vers un système de santé décarboné est non seulement possible, mais nécessaire », conclut la feuille de route. « Cela implique de s'aligner avec les politiques publiques de décarbonation, de mettre en place des outils de suivi et de collecte de données sur la performance environnementale du secteur, et de prioriser les interventions à fort impact. » La balle est désormais dans le camp du politique et des acteurs de la santé pour transformer ces recommandations en actions concrètes. ■

# Repérer la dysfonction rétrograde cricopharyngienne

Un patient vous a-t-il déjà parlé de son incapacité à roter? Cette situation, qui peut paraître peu inconfortable au premier abord, risque pourtant de lui mener la vie dure. La probabilité est haute qu'il souffre d'une dysfonction rétrograde du cricopharynx (R-CPD). Le Pr Jérôme Lechien, ORL à Epicura et professeur à l'Université de Mons, appelle au dépistage pour limiter l'errance médicale.

**L**e journal du Médecin : Comment un médecin pourrait-il expliquer la R-CPD à un patient qui n'en a jamais entendu parler ?

Pr Jérôme Lechien : Dans le bolus alimentaire, on fait rentrer de l'air dans notre estomac. Il faut pouvoir l'expulser pour ne garder que les nutriments, qu'on va digérer. Roter est donc tout à fait normal et sain, c'est un processus qui permet une meilleure digestion et moins de douleurs. On apprend en cours qu'un patient sain rote environ vingt fois par jour, la plupart du temps inconsciemment.

Une fois les aliments dans l'estomac, les sphincters supérieurs et inférieurs de l'œsophage se referment pour éviter les reflux gastriques. Mais ils peuvent se rouvrir pour laisser passer cet air qui doit sortir. Chez les patients qui souffrent de dysfonction rétrograde du cricopharynx, le sphincter œsophagien inférieur s'ouvre correctement, mais ce n'est pas le cas du sphincter œsophagien supérieur, qui reste fermé et emprisonne donc les gaz. Les bulles de gaz s'accumulent alors dans l'œsophage, ce qui provoque des douleurs thoraciques importantes et des bruits

typiques, semblables à des coassements de crapauds.

**Comment un gastro-entérologue ou un ORL posent-ils le diagnostic de R-CPD ?**

De façon très curieuse, il y a des gens qui ne rotent pas et qui n'ont pas de douleur. Mais ces patients ne représentent qu'une minorité. La plupart ressentent ces douleurs thoraciques, génèrent ces bruits de coassements, et tout se gaz, qui ne peut pas s'échapper par le haut, est éliminé vers le bas. Ils ont des gonflements dans l'abdomen, parce que le gaz traverse tout le tube digestif, et ça provoque alors des douleurs abdominales et des flatulences. Ces patients ont des flatulences toute la journée, ce qui altère fortement leur qualité de vie. Ils n'osent plus sortir au restaurant, ils n'osent plus aller en visite chez les proches, ... J'ai des patients suivis à la clinique de la douleur qui sont sous morphine pour ces douleurs, c'est quelque chose qu'il ne faut vraiment pas sous-estimer.

En fait, le diagnostic est très simple. Si le patient est incapable de roter, n'a jamais roté, ou plus depuis un moment, le diagnostic est posé. Maintenant, il

existe un examen pour le confirmer, qui est la manométrie œsophagienne. Cela mesure la contraction du sphincter au repos et quand on avale. On remarque que ces patients ont une contraction un peu plus importante au repos. Mais souvent, le diagnostic est clinique. On ne connaît pas la prévalence du problème, mais je pense que c'est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense. Dès que le sujet revient dans l'actualité, on voit des vagues de patients arriver. Ils ont tous le même profil, ce sont des patients jeunes. Aucun d'eux n'a plus de 35 ans.

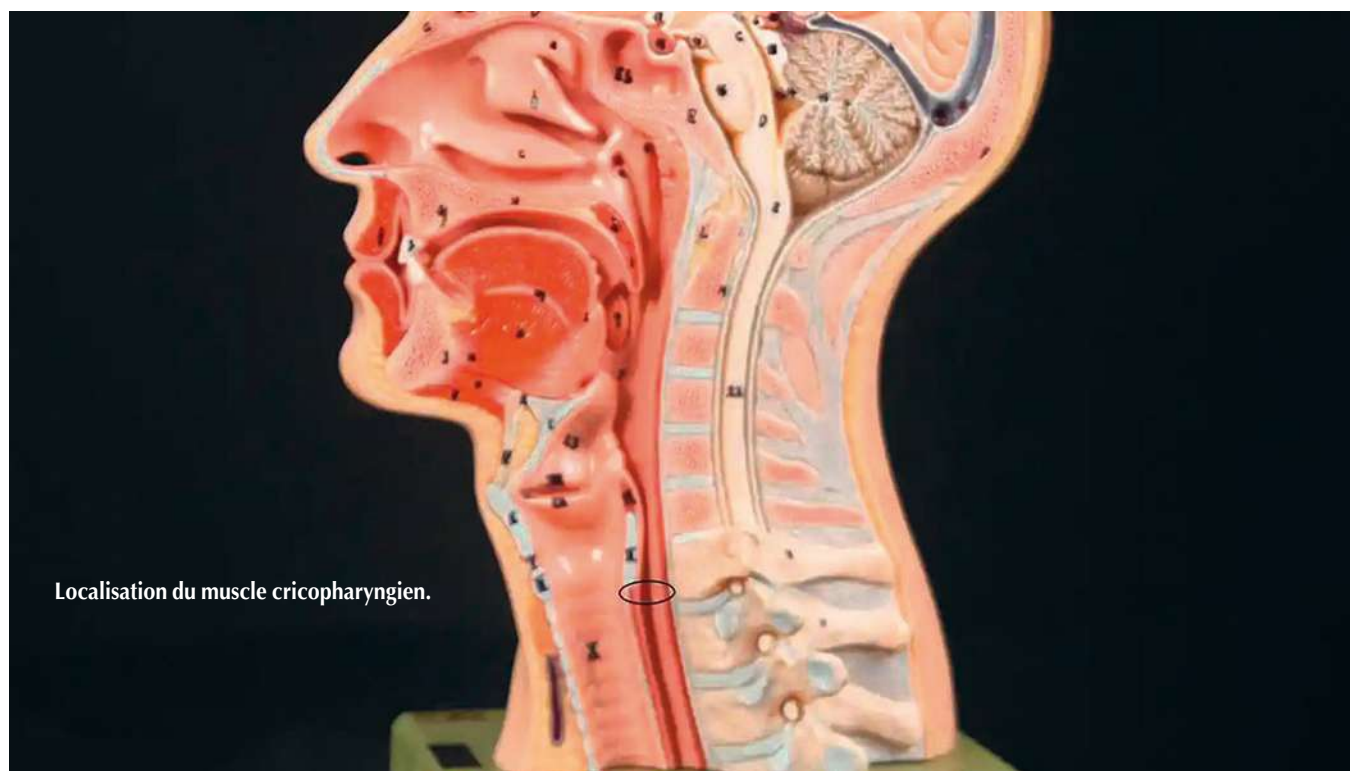
**Comment ce problème est-il actuellement pris en charge ?**

C'est le Dr Bastian, ORL américain, qui a publié la première étude sur le sujet. Il a traité des milliers de R-CPD via des injections de toxine botulique dans le sphincter œsophagien, pour le paralyser en position ouverte. Son traitement se fait en bloc opératoire et nécessite d'endormir et intuber le patient. Avec un œsophagoscope, on visualise la bouche de l'œsophage et on pique avec une très longue aiguille pour injecter le botox. Il fonctionne dans 95 % des cas.

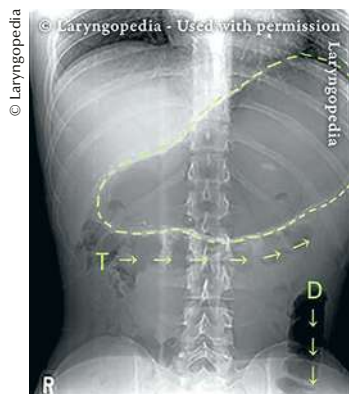
Un autre traitement a été développé et se fait sous électromyographie. Le patient est assis, éveillé, et on pique à travers son cou avec une aiguille de cinq cm pour essayer d'arriver dans la bouche de l'œsophage. L'aiguille est reliée à une machine qui nous envoie un signal de contraction musculaire. On demande donc au patient de faire

**Ces patients n'osent plus sortir en société. Certains sont suivis à la clinique de la douleur et sont sous morphine pour ces douleurs. C'est quelque chose qu'il ne faut vraiment pas sous-estimer !**

un « euh ». Si la machine indique que ça se contracte fort à cet instant, ça veut dire qu'on est dans le larynx et non dans l'œsophage, donc il ne faut surtout pas injecter. À l'inverse, si on demande au patient d'avaler plusieurs fois et qu'on voit que ça se contracte d'une façon rythmée sur la machine, c'est qu'on est au bon endroit et qu'on



© Laryngopedia



Cette radiographie abdominale d'un individu atteint de R-CPD montre une bulle d'air gastrique remarquablement volumineuse (ligne en pointillés), ainsi qu'un excès d'air dans le colon transverse (T) et descendant (D). Tout cet air en excès peut entraîner une distension abdominale qui s'aggrave au fil de la journée. (c) Laryngopedia



Vue en gros plan du muscle cricopharyngien. Lorsqu'il est contracté comme ici, il ferme hermétiquement l'entrée de l'œsophage. Lorsqu'une personne avale, le muscle se relâche et l'entrée de l'œsophage s'ouvre largement pour laisser passer les aliments ou les liquides.

peut injecter. Cette technique présente 81 % d'efficacité, mais elle est très compliquée, demande du temps et une solide formation pour l'utilisation de la machine. Ça peut être dangereux, parce que, si on bouge un petit peu quand on injecte le botox, on risque de le faire dans le larynx et d'aboutir à une paralysie des cordes vocales. Il y a d'ailleurs des cas qui ont été recensés, notamment à New-York.

**Toujours avec du botox, vous proposez toutefois une nouvelle approche...**

Oui, la technique qu'on a développée à Epicura, elle est assez simple et beaucoup moins à risque. Je passe avec une très longue et très fine caméra dans le nez du patient. Le long de cette caméra, j'ai un canal opérateur. Il faut endormir la gorge avec de la xylocaïne. Une fois que c'est endormi, je glisse une très longue aiguille souple dans ce canal. Je demande aux patients de gonfler les joues très fort tout en fermant la bouche pour faire apparaître les tissus du larynx et de l'œsophage. Dès que je vois le sphincter œsophagien, je pique dedans pour injecter la toxine botulique. La manœuvre prend trois minutes, elle permet d'éviter la salle d'op', d'éviter d'intuber le patient, d'éviter les gros endoscopes des gastroentérologues.

Nous n'avons pas encore de statistiques précises quant à l'efficacité, mais beaucoup de patients sont très contents. Curieusement, alors que le

botox ne dure d'habitude que six mois, la plupart des patients R-CPD restent guéris sur le long terme et ne doivent pas refaire d'injections. On ne sait pas bien pourquoi...

**Curieusement, alors que le botox ne dure d'habitude que six mois, la plupart des patients R-CPD restent guéris sur le long terme et ne doivent pas refaire d'injections.**

**Quel message souhaiteriez-vous faire passer au corps médical ?**

Le message à faire passer est qu'on peut soigner ces patients qui ont des ballonnements très importants, voire des douleurs au ventre et aux thorax, et qui n'ont jamais roté. Le traitement est très simple, pourtant l'errance médicale est importante. On ne sait pas bien ce qui pourrait être la cause du R-CPD, mais on pense que ce sont des bébés qui, dès la naissance, ont beaucoup de reflux gastrique. On pense que le reflux infantile chez les bébés est probablement ce qui crée le RCPD. Il faut donc toujours vérifier, pendant l'enfance, si son enfant est capable ou non de roter. S'il ne sait pas roter et qu'il développe, entre l'âge de quatre à sept ans, des douleurs importantes, des ballonnements, des bruits de coassements, on peut le soigner tôt et on peut éviter d'endurer une errance médicale de dix ou 20 ans avant d'avoir le bon diagnostic. Il faut absolument dépister.

**Un entretien de François Hardy**

**TRAVEL & ACADEMY**

## L'Or du Douro

**DU 12 AU 19 OCTOBRE 2025**

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

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

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

## Programme scientifique 2025 :

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

**Une demande d'accréditation sera demandée**

**Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.**

## Pour réservation et informations

veuillez contacter Riviages du Monde via [info@rivagesdumonde.be](mailto:info@rivagesdumonde.be) ou par tél. 02 899 75 46 ou surfez sur [www.jmacademytravel.be](http://www.jmacademytravel.be) pour demander votre brochure gratuite





Tesla a montré l'exemple en déployant son propre réseau de bornes de recharge rapide.

# L'ascension et la chute de Tesla

**Elon Musk, patron de Tesla, a rendu la voiture électrique séduisante et populaire. Mais depuis qu'il bouleverse brutalement la société américaine en tant que conseiller du président Trump, de nombreux adeptes de la première heure se détournent désormais de Tesla.**

L'histoire de la vie d'Elon Musk, ingénieur et homme d'affaires né en Afrique du Sud, est une succession de hauts et de bas. Devenu l'homme le plus riche du monde (rien que son portefeuille d'actions Tesla vaut 150 milliards de dollars), il ambitionne désormais de devenir aussi le plus puissant.

La valorisation boursière de Tesla oscille autour de 700 milliards de dollars, ce qui en fait une entreprise plus cotée en bourse que ses 17 plus grands concurrents réunis. Son ratio cours/bénéfice s'élève à 135,49, contre 6,19 pour Mercedes et 5,96 pour BMW. Ce coefficient exceptionnellement élevé repose sur la conviction des investisseurs que Tesla sera la première marque à rendre la conduite autonome possible, une promesse faite en 2015 par Musk, mais toujours non tenue.

## Conquérant du monde

Au début de sa carrière, Musk se présente comme un philanthrope soucieux de l'environnement. Mais l'an dernier, sa trajectoire a pris un tournant radical. Avec un don de 250 millions de dollars, il a largement contribué à la réélection de Donald Trump. Un geste qui n'est pas resté sans retour : le nouveau président lui a confié la mission d'organiser plus efficacement les services publics américains.

Musk s'y est attelé avec une telle brutalité que les services publics aux États-Unis ont été rapidement déstabilisés. Celui qui se proclamait bienfaiteur du monde s'est transformé en conquérant, n'hésitant pas à faire publiquement un salut hitlérien.

## Honte

Après le départ de plusieurs hauts dirigeants, de nombreux propriétaires de Tesla tournent également le dos à leur ancienne marque favorite. L'adoration cède la place à une « honte de posséder une Tesla », entraînant une chute des ventes : -63 % en France, -60 % en Allemagne, -44 % en Suède et -38 % en Norvège.

Elon Musk s'attire aussi la colère des sociétés de location de voitures. Dans une tentative d'enrayer la chute des ventes, il a tellement réduit le prix net de certains modèles qu'ils sont désormais moins chers que des véhicules d'occasion, entraînant une forte dépréciation de leur valeur résiduelle.

**Il est peu probable que Musk laisse son entreprise chérie se détériorer sans réagir.**

Résultat : le modèle économique des entreprises de leasing ne tient plus la route.

Dans le même temps, l'avance technologique de Tesla s'amenuise. En matière de logiciels et d'efficacité, certaines marques chinoises font désormais mieux. Quant à la fiabilité, à la qualité des matériaux et aux finitions, Tesla ne peut rivaliser avec les constructeurs allemands haut de gamme. Le *TÜV Report 2025* en apporte la preuve : la Model 3 de Tesla y est classée comme la pire élève, derrière tous les modèles de toutes les marques.

Tesla est également réputée pour son manque de considération envers ses clients. L'entreprise se montre inflexible avec ceux qui subissent des préjudices, met des années à commercialiser de nouveaux modèles et nourrit des attentes qui ne sont jamais satisfaites, comme avec le Model 2. Certains affirment que cette citadine abordable est tout simplement abandonnée, jugée insuffisamment rentable par Musk.

Enfin, Tesla ne parvient toujours pas à tenir ses promesses sur la conduite autonome. Selon les experts, l'"autopilot" repose sur des technologies bon marché qui ne garantissent pas une sécurité totale sur la route. Un récent

rapport d'expertise, commandé par le tribunal de Traunstein, qualifie même le fonctionnement de l'"autopilot" d'une Model 3 de 2022 d'"insuffisant".

## Fin de l'histoire ?

Sommes-nous en train d'assister au début de la fin pour Tesla ? Il est peu probable que Musk laisse son entreprise chérie dépérir sans réagir. Vu ses parts dans la société, sa fortune personnelle est en jeu.

Dos au mur, Musk est capable de tout. Il pourrait très bien supprimer l'organisme de régulation chargé de vérifier le bon fonctionnement des systèmes d'aide à la conduite censés permettre la conduite autonome. Ou encore, il pourrait conclure des accords bilatéraux avec des constructeurs automobiles européens proches de lui, afin de contourner la Commission européenne. On sait que BMW et Mercedes entretiennent des relations avec les nouveaux maîtres de la Maison-Blanche.

Rappelons-le : pour Musk, la fin justifie les moyens. Il n'a pas été élu et n'a donc de comptes à rendre ni aux électeurs ni au Congrès. Son seul objectif est de devenir encore plus riche et plus puissant. Dans cette perspective, on comprend mieux pourquoi de nombreux conducteurs de Tesla tournent le dos à la marque. Une opportunité pour Polestar et d'autres concurrents de sortir de l'ombre.

**Urbain Vandormael**



Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.



# Les villages inuits du Groenland

DU 18 AU 30 AOÛT 2025

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

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

## Programme scientifique 2025 :

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

*Une demande d'accréditation sera demandée*

Les différents thèmes abordés seront :

**Diabète de type 1** (partie 1) • **Diabète de type 1** (partie 2) • **Sommeil** • **Mode de vie** • **Lésions focales hépatiques** • **Lésions focales du rein** • **Ablation par radiofréquence**

## Pour réservation et informations

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

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



# Où trouver un rendement décent pour son épargne ?

« C'est la deuxième baisse de taux depuis le début de l'année ! », titrait un journal télévisé à propos de l'abaissement à partir du 1<sup>er</sup> mars, par plusieurs grandes banques, du rendement affiché par leur compte d'épargne. La deuxième en à peine deux mois ! Ce n'est en réalité pas étonnant... et peut-être pas fini.

C'est peu dire que l'épargne connaît des jours sombres, avec des rendements qui s'effilochent régulièrement. C'est, soit dit en passant, ce que certains médias appellent erronément le « taux d'épargne ». Dans la littérature économique, cette expression désigne en effet la proportion de leur revenu que les ménages épargnent et pas du tout le rendement offert sur cette épargne. Quoi qu'il en soit, les (petites) baisses se succèdent, ce qui leur confère peut-être, dans l'esprit du public, une ampleur supérieure à la réalité. Là où l'épargnant ne se trompe assurément pas, en

revanche, c'est quand il trouve le petit monde des comptes d'épargne, aussi appelés carnets de dépôt, un brin compliqué. Non seulement il n'est pas simple, mais il est même rempli de pièges si on n'examine pas tous les détails de l'offre bancaire !

## Dans le sillage de la BCE

L'activité de base d'une banque consiste à récolter de l'argent, surtout à court terme et en particulier via les comptes d'épargne, et à le prêter à long terme, sous forme de crédits aux entreprises ou de prêts hypothécaires. Mais que se passe-t-il quand cette banque dispose de dépôts supérieurs

aux emplois possibles ? Elle peut aller déposer cet argent excédentaire à la Banque centrale européenne, où il sera rémunéré au taux dit « de facilité de dépôt ». C'est ce taux que la BCE a une nouvelle fois abaissé de 0,25 % le 6 mars dernier, le ramenant à 2,5 %. Il était encore de 3,5 % en septembre 2024 et se situait à un sommet de 4,5 % en juin de l'an dernier. C'est dire qu'il est en chute libre, parallèlement au repli de l'inflation. C'est dire aussi que le rendement du compte d'épargne, qui en dépend étroitement, ne pouvait que flancher lui aussi...

C'est ce qui s'est encore passé en date du 1<sup>er</sup> mars dernier, deux mois seulement

après le rabotage du 1<sup>er</sup> janvier. ING a alors abaissé de 1,75 à 1,50 % le taux global de son compte d'épargne classique, ce qui comprend un symbolique 0,10 % de taux de base et 1,40 % de prime de fidélité. La banque néerlandaise propose beaucoup mieux sur le compte Tempo, à savoir 2,50 % (contre 2,75 % précédemment), dont 1 % de taux de base, mais on ne peut y verser plus de 500 euros par mois. C'est ce qu'on appelle un compte B. Suffisant pour de nombreux ménages il est vrai.

## Jusqu'à un peu plus de 3 %

C'est une première évolution marquante de ces dernières années, adoptée

par de nombreuses institutions : un rendement plus élevé... pour des sommes moins élevées. C'est également le cas chez KBC/CBC, où le carnet de dépôt classique ne rapporte que 0,80 %, un rendement partagé pour moitiés entre le taux de base et la prime de fidélité. Également limité à 500 euros par mois, le compte Start2Save offre de son côté 0,75 % de taux de base et 1,50 % de prime de fidélité, soit un total de 2,25 %, un peu inférieur au précédent.

Plusieurs institutions de moindre envergure vont plus loin dans le rendement des comptes B. Le carnet de dépôt Plus de CPH affiche ainsi 2,60 % et le compte d'accroissement d'Argenta 2,75 %. Le compte d'épargne Rythme de la petite banque vdk franchit même la barre des 3 %, à 3,05 % précisément. Tous trois limitent le versement mensuel à 500 euros.

**Le rendement du compte d'épargne, qui dépend étroitement du taux de facilité de dépôt de la BCE, ne pouvait que flancher lui aussi.**

## Le taux de base peut varier d'un jour à l'autre

Une autre évolution, fort récente, est l'émergence de comptes spéciaux (mais pas limités), laissant au compte de base une rémunération particulièrement modeste. C'est le cas chez Fortis, où le compte d'épargne classique ne rapporte que 0,60 %, tandis que le compte Plus va jusqu'à 1,25 % (dont 1 % de prime de fidélité), mais venant de 1,50 % jusqu'en février. A noter que le compte classique ajoute 0,20 % de prime de fidélité à un taux de base de 0,40 %. Quoique très faible dans l'absolu, ce dernier est supérieur à celui de plusieurs comptes plus généreux globalement, via la prime de fidélité. À ne jamais oublier si l'on place une somme importante en attente pour probablement moins d'un an ! A contrario, on ne saurait oublier non plus que ce taux de base peut varier d'un jour à l'autre, tandis que la prime de fidélité conserve son rendement initial jusqu'à l'échéance des 12 mois.

N'ayant jusqu'ici pas suivi ses trois grands concurrents dans le deuxième abaissement de taux de l'année, Belfius se distingue par des taux avantageux. C'est déjà vrai pour le compte de base, qui offre 0,90 % (dont 0,50 % de taux de

base, supérieur à ceux de CBC et Fortis) et ce l'est également pour le Belfius Fidelity, qui arrive à un rendement tout rond de 2 %, dont 1,70 % de prime de fidélité.

**Les offres, surtout les plus alléchantes, exigent une lecture attentive de leurs caractéristiques et conditions de la part de l'épargnant !**

## Un compte A ou un compte B ?

Rappelons si besoin en était qu'un compte d'épargne est gratuit et que les intérêts sont exonérés du précompte mobilier à hauteur de 1.050 euros par personne. Pour un couple dans lequel chacun est co-titulaire, ce montant passe donc à 2.100 euros. Avec un rendement de 1,50 %, l'exonération de 1.050 euros correspond à un capital de 70.000 euros. Avec un rendement de 0,60 % seulement, on monte à 175.000 euros, tandis qu'avec 2,5 %, on revient à 42.000 euros.

Les comptes d'épargne classiques, qui ne sont pas soumis à des limitations, sont qualifiés A. Evoqués plus haut, ceux qui le sont ressortissent à la catégorie B. Il ne s'agit toutefois pas toujours d'une limitation des dépôts à 500 euros par mois. Le compte Essential Epargne de la banque en ligne medirect impose ainsi un plafond d'un autre ordre : le montant déposé ne peut dépasser 25.000 euros. Fort curieusement, les comptes d'épargne de Fortis sont tous deux de catégorie B, car limités dans leur solde : 250.000 euros pour le compte de base et 100.000 pour le compte Plus.

L'imagination des banquiers est féconde, car il existe de nombreuses variantes. Le rendement de 2,40 % proposé par le Vision Max de la banque Santander s'entend ainsi pour une somme comprise entre 125.000 et

**Parmi les taux de base les plus élevés : (pour les comptes A, sans aucune limite)**

Santader Bank Vision	1,60 %
NIBC compte d'épargne	1,30 %
Medirect Epargne Dynamic	1,20 %

**Parmi les primes de fidélité les plus élevées :**

Belfius Fidelity	1,70 %
Medirect Fidelity	1,60 %
Argenta, compte fidélité	1,50 %
NIBC, compte fidélité	1,50 %
Santader, Vision Plus	1,50 %
ING, compte d'épargne	1,40 %

## Berlin met le paquet !

L'Allemagne est-elle en route vers une troisième année de récession ? Beaucoup se posaient la question, mais sans doute une brise d'optimisme va-t-elle souffler après les très spectaculaires mesures annoncées par la coalition ayant pris les rênes en mains au lendemain des élections du 23 février, sous la direction du futur chancelier Friedrich Merz. En réponse à la menace russe et au désengagement américain, Berlin va mettre le paquet en matière de réarmement : on évoque 100 milliards par an ! Et ceci tout en créant un fonds de 500 milliards qui serait plutôt destiné à moderniser les infrastructures du pays, parfois en mauvais état. La limitation constitutionnelle au déficit budgétaire serait levée. Ce véritable plan de relance, dont le pays a bien besoin, n'est pas resté sans effet en bourse, d'autant qu'il suit de peu le plan de 800 milliards Rarm

Europe décidé par l'Union européenne. L'action du constructeur de matériel militaire Rheinmetall a ainsi gagné 15 % supplémentaires en deux jours, au point que l'action a doublé depuis le début de l'année. Depuis la veille de l'invasion de l'Ukraine, le cours a même été multiplié par 14 ! Nombre de valeurs industrielles européennes ont également bondi, y compris en bourse de Bruxelles, avec Bekaert, Syensqo ou encore Umicore.

On ne peut toutefois parler d'euphorie globale. Les indices ont d'autant moins flambé que plusieurs actions ont souffert de la forte hausse des taux d'intérêt à long terme entraînée par l'annonce de ces investissements colossaux. Le rendement de l'obligation à dix ans de l'État belge est, en chiffres ronds, passé de 3 à 3,35 % en deux jours. Ce n'est pas une hausse, c'est une explosion !

G.L.

300.000 euros, avec 0,90 % de taux de base et 1,50 % de prime d'accroissement. Cette dernière subsiste si le montant tombe en-dessous de 125.000 ou dépasse 300.000, mais le taux de base chute alors à 0,05 % ! Attention : non sur ce qui dépasserait 300.000 euros, mais

sur la totalité du montant. Les offres, surtout les plus alléchantes, exigent donc une lecture attentive de leurs caractéristiques et conditions de la part de l'épargnant !

Guy Legrand

# Flexofytol®

FÊTE SES 15 ANS

Articulations, muscles & tendons<sup>1</sup> : **EXIGEZ LE MEILLEUR !**

La seule formulation étudiée scientifiquement en double aveugle contre placebo<sup>2</sup>

**Flexofytol® FORTE**  
1 à 2 / / jour  
ARTICULATIONS, MUSCLES & TENDONS  
Formulation EXCLUSIVE : Curcumine, Boswellia serrata, Vitamine D  
Tilman

Disponible en 28 comprimés et 84 comprimés

[www.flexofytol.be](http://www.flexofytol.be)

<sup>1</sup> 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. <sup>2</sup> Parmi les produits à base de curcuma et boswellia commercialisés en Belgique. Étude en cours de publication.



Dre Anne Gillet,  
vice-présidente  
du GBO/Cartel

# Sous le sceau de la collaboration entre hommes et femmes

Une opinion du GBO à l'occasion de la Journée de la femme du 8 mars.

La vulnérabilité dans nos consultations, seulement une question de genre ? Nous sommes inquiets pour nos patients et nos patientes les plus vulnérables. Nous savons que le genre peut être un facteur de vulnérabilité. (...) Le genre subit l'influence des mutations sociales, parfois défini en fonction de l'âge, du niveau d'instruction, de l'origine sociale, de la religion. Aujourd'hui encore, les femmes paient un lourd tribut à la « ségrégation » qui les touche. Une femme ayant des douleurs thoraciques a plus de risque de recevoir un anxiolytique qu'un homme dans les mêmes circonstances qui sera plus rapidement envoyé chez un cardiologue. (...)

● **La place des femmes à l'université**  
Quand on parle de la place des femmes et des hommes à l'université, on évoque en général la proportion d'étudiants/étudiantes et de professeurs/professeuses dans les filières scientifiques... Mais on oublie trop souvent de s'interroger sur le contenu même de l'enseignement. Quand on pose la question de l'excellence à l'université, pose-t-on la question de l'excellence à quoi ? Le but n'est pas seulement d'intégrer les femmes et les minorités dans le cursus, mais aussi d'apprendre à voir avec des yeux nouveaux, de questionner la notion même de normes... Il est question surtout de tenir compte de toutes les formes d'intelligence : rationnelle, émotive, intrapersonnelle, interpersonnelle, existentielle... Si en Belgique la réussite des femmes à l'université est supérieure à celle des hommes depuis l'introduction de la mixité dans le secondaire, les femmes continuent à avoir un salaire moindre et une retraite inférieure du fait des maternités et d'un parcours professionnel plus incomplet.

● **La place des femmes dans la pratique médicale**  
Assurer l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, n'est-ce qu'une revendication typiquement féminine ou, plus largement, cette revendication



est-elle portée par tous les médecins, hommes et femmes, jeunes et vieux ? Cet équilibre est une nécessité 'de santé publique' comme gage de qualité des soins, et pour promouvoir avec crédibilité l'équilibre des patients et de la société. (...) Nous savons aussi que l'équilibre individuel des médecins est en forte interaction avec d'autres équilibres plus collectifs dans l'organisation du système des soins de santé, dans les modes de financements des prestataires, dans l'organisation des pratiques.

● **Entre interaction participative et fermeté directive**  
Certaines études relèvent que les femmes se focalisent plus que leurs confrères masculins sur la prévention, l'information et l'éducation à la santé... Mais l'université a trop peu développé la formation à ces trois pôles. Ces mêmes études révèlent que le mode de relation patient/soignant développant « l'interaction participative » est plus typiquement féminin. Or, ouvrir la porte à la participation demande une maîtrise plus approfondie de la relation : les études universitaires ont là aussi trop peu développé l'apprentissage à cette relation. Et sans formation suffisante, ce mode de relation est plus difficile à assumer, et la

souffrance du soignant menace plus volontiers. Est-ce une des raisons des départs prématurés de la profession chez les femmes ? Trouver un équilibre entre féminité et masculinité dans nos attitudes thérapeutiques a toute sa pertinence, entre interaction participative et fermeté directive, entre souci de l'individu et souci du collectif.

● **Former des médecins « universels », mission de l'université**  
Les médecins doivent être formés à accueillir tous les patients et patientes, et leur garantir une approche compétente scientifiquement, subtile, respectueuse, compréhensive, tolérante, juste. Pour éviter que ne s'installent des lieux où l'homme consulte le praticien homme, la femme la femme, le LGBTQIA+ le LGBTQIA+, le musulman le musulman, ce qui risque d'appauvrir le nécessaire questionnement social et sociétal dans nos contacts thérapeutiques. S'ouvrir aux particularités de chacun sans l'enfermer dans sa culture, son genre, son sexe, sa religion lui permet de créer des passerelles entre les différents aspects de sa personnalité, de concilier les différents pôles de son histoire tissée de mélanges et de contradictions.

## ● « Le féminisme au masculin »

L'évolution des rapports entre médecins et patients/patientes s'est effectuée par leur mise en question philosophique, politique, sociale et éthique. Les médecins tentent aujourd'hui de se positionner plus volontiers en tant que partenaires (...). Ce changement d'attitude n'est pas un apanage féminin. Les hommes ont contribué à cette évolution. Je pense que les mises en question du rapport dominant de la médecine ne doivent pas se faire dans une logique de genre. Et les femmes auraient tort de se priver des apports masculins comme les hommes ont pu le faire pendant des siècles avec les femmes.

Dans son livre sur « Le féminisme au masculin », Benoîte Groult rend hommage aux hommes qui comme Nicolas de Condorcet, Stuart Mill ou Fourier, ont eu la liberté de pensée et la force de dénoncer la prétendue infériorité de la femme comme le résultat d'un abus de pouvoir. (...)

## ● L'installation progressive des femmes médecins dans un système pénurie de soins

Nous héritons d'un système de soins de santé ayant valorisé la technologie au détriment de la réflexion intellectuelle et de la relation, l'hôpital comme lieu privilégié des soins au détriment de la pratique généraliste, la spécialisation des praticiens au détriment des visions globales spécifiques aux soins primaires, l'acte curatif au détriment de l'acte préventif, où a été trop peu organisée la collaboration entre prestataires des différentes lignes de soins. C'est dans ce contexte qu'apparaissent certaines pénuries, préjudiciables à la qualité des soins et préjudiciables aux femmes sur qui le métier va reposer principalement, vu leur nombre croissant dans l'exercice de la médecine générale.

>>> Retrouvez cette opinion dans son intégralité, ainsi que celle d'autres collaborateurs du GBO, sur notre site, sur [www.lejournaldumecin.com](http://www.lejournaldumecin.com)



**Dr Alexandre Hebert,**  
directeur général aux affaires  
médicales de Vivalia

# IA: une intégration harmonieuse est la clé

L'intelligence artificielle, tout comme les nouvelles technologies, fait de plus en plus partie du quotidien de la population. Le domaine de la santé n'échappe bien évidemment pas à la règle, et vouloir y échapper relèverait du non-sens.

Cependant, comme toute innovation, il me semble utile de l'aborder avec un regard à 360 degrés et un optimisme réfléchi. Pour une efficacité optimale, il conviendrait de l'intégrer de manière raisonnable et surtout raisonnée, en parfaite adéquation avec les besoins des équipes hospitalières et en concertation étroite avec elles.

## Un plan stratégique

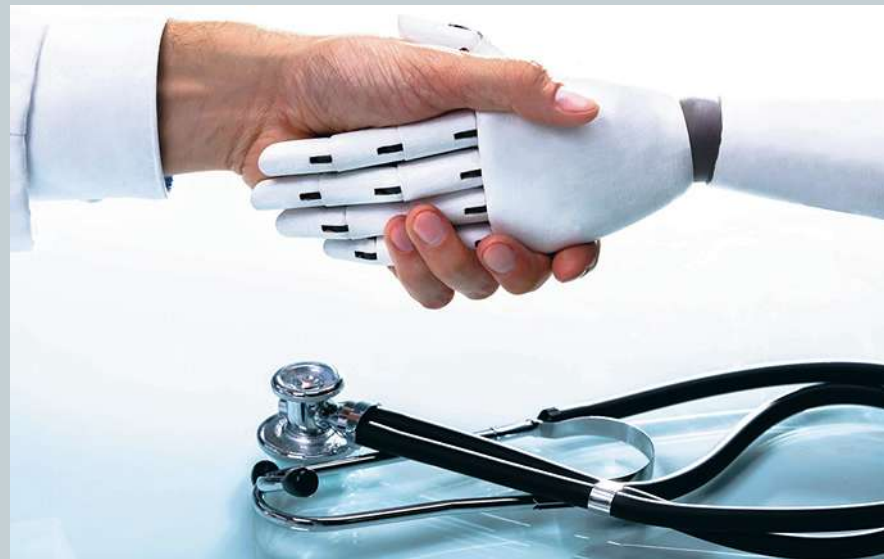
Au sein du groupe hospitalier Vivalia où j'exerce les fonctions de directeur général aux affaires médicales, nous avons développé un plan stratégique (PILOTE), où l'innovation constitue un des six axes principaux pour la vision de demain. Dans ce domaine, le leitmotiv défendu est de «redonner du temps aux soignants au chevet de leurs patients». Nous souhaitons adopter une attitude volontariste et anticipative, centrée sur les potentiels facilitateurs de l'IA. Le sujet suscite, bien évidemment, un intérêt grandissant, et les dernières enquêtes mettent en évidence une adoption progressive de l'IA par les médecins et les gestionnaires hospitaliers, avec des attentes variées selon les régions du pays.

Des initiatives et des appels à projet innovants voient le jour et nous tentons d'y répondre au mieux. Nous proposons des candidatures les plus complètes possibles afin de bénéficier de soutiens dans ce domaine où le financement dédié reste insuffisant. Développer, créer, faciliter le quotidien des soignants devra être au cœur des préoccupations dans notre secteur où la charge de travail est sans cesse croissante par équivalent-soignant.

## Axes de réflexion

Deux éléments me semblent intéressants à soumettre à la réflexion.

Premièrement, face à la multitude des solutions IA proposées sur le marché, il importe d'aborder ces propositions selon une démarche structurée et assistée par de l'expertise. Nous avons voulu construire, accompagné par un expert



«Accompagner ces innovations de la manière la plus efficace et adaptée possible, tout en tenant compte des enjeux éthiques.»

médecin spécialiste de l'IA, le plan stratégique du département médical en matière de nouvelles technologies et également souscrire à un marché en vue d'une collaboration avec un intégrateur de solutions IA. Cet intégrateur sera l'interface, le catalogue nous permettant de choisir les solutions les plus adaptées aux besoins de nos équipes et aussi d'accompagner au mieux l'intégration de ces solutions dans la pratique par nos soignants (notamment, sur le versant formatif).

Deuxièmement, je distingue trois axes d'utilisation qui me semblent particulièrement pertinents pour notre domaine :

- Une aide plus rapide et avec une certaine fiabilité aux diagnostics (notamment pour des détections précoces de maladies). Le versant préventif et d'anticipation est évident pour soigner encore mieux au cours des prochaines années.
- Une fluidité optimisée en termes de gestion des flux patients (des solutions existent pour des trajets patients ordonnés et bien documentés) et d'implication des patients dans leurs propres soins

(empowerment du patient, notamment en termes de transmission d'informations médico-soignantes pertinentes pour les urgences)

· Une structuration améliorée des données avec une accessibilité plus aisée à celles-ci pour les utilisateurs est importante. Nous avons d'ailleurs participé l'année dernière à un hackathon avec des spécialistes nationaux et internationaux pour produire un algorithme qui sera utile au sein de notre DPI. Dans ce cas, l'objectif est clairement de réduire la charge administrative et les contraintes logistiques qui pèsent sur nos équipes. L'IA va incontestablement continuer à se développer au sein de nos hôpitaux. En tant que gestionnaires hospitaliers, il nous appartient d'accompagner ces innovations de la manière la plus efficace et adaptée possible, tout en tenant compte des enjeux éthiques qu'elles soulèvent. Les besoins des équipes doivent rester notre priorité absolue, et une intégration harmonieuse avec les solutions actuelles sera la clé du succès de cette transition.



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 Scheyving

#### Operations Manager

Virginie Meysmans

virginie.meymans@roularta.be

#### Directeur des éditions

Luk Wynants

#### Editeur responsable

Sophie Van Iseghem

#### Digital manager

Jorgen Vanderdood

jorgen.vanderdood@roularta.be





**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**

## 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

### Le jeune et dynamique Centre Médical des Lacs situé à Silenrieux (Cerfontaine) recherche des Médecins Spécialistes pour compléter son équipe, Neurologue, Chirurgien Plasticien, Pédiatre (très grosse demande), Stomatologue, Généraliste... et des Paramédicaux (Psychologue, Kiné, Acupuncteur, Logopèdes, Ostéopathe, Hypnothérapeute...

Le centre est en milieu semi rural et bénéficie  
d'un recrutement très important (10.000  
consultations/an). Contact: 071/40.40.04 -  
0475/48.49.40 - polethierry@hotmail.com.

FD1680

Retrouvez les petites annonces sur le net  
[www.lejournaldumedecin.com](http://www.lejournaldumedecin.com)

## 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

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, suite cessation activités,  
coagulateur Birtcher, instruments pte  
chirurgie dermatologique, Dermoject,  
lunettes loupe, DermLite DL4, dermatoscope.  
Heine Delta 10, meuble haut Bobby 5 tiroirs,  
Laser Deka Synchro FT, tabouret Lemi blanc  
avec dossier. Tél 0475/54.05.72.

FM3760



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

FM3759

## DIVERS

**Intéressé(e) 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.

FV3790

## VOTRE ANNONCE ICI Intéressé ?

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

## Vous cherchez du personnel ?



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



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**

### Séjours & Santé



## Spa Nivezé

**Centre de convalescence à Spa-Nivezé recrute**

### un médecin généraliste

Nous recherchons un médecin généraliste pour rejoindre notre équipe, avec une disponibilité de 2 à 3 demi-journées par semaine.

Le poste implique des soins en gériatrie, médecine interne, orthopédie et rééducation générale.

Nous le proposons également en complément de mission pour des médecins conseils, experts médicaux (en travail, assurances, etc.), ou jeunes pensionnés souhaitant partager leur expertise.

Si vous êtes intéressé(e), contactez-nous pour plus d'informations.

**Contact : Alain Langer, directeur - direction@niveze.be**

**Contact : Dr Pirotte 0495/22 65 05 - bernadette.pirotte@skynet.be**

moi, quand on me parle d'un nouvel hôpital ultramoderne, je réponds présent !

Le Grand Hôpital de Charleroi recherche un-e

## CHIRURGIEN-NE THORACIQUE ET VASCULAIRE (H/F/X)

Le service de chirurgie cardiovasculaire et thoracique du Grand Hôpital de Charleroi est un centre de référence reconnu pour l'innovation et la prise en charge des pathologies cardiaques, vasculaires et thoraciques.

### UNE ÉQUIPE EXPERTE ET UN CADRE DE TRAVAIL DE POINTE :

- 5 chirurgiens vasculaires, 2 chirurgiens cardiaques
- Collaboration étroite avec plusieurs spécialités médicales
- 2 salles hybrides & robot Da Vinci pour des interventions de haute précision
- Un nouvel hôpital moderne de **1000 lits**, ouvert fin 2024

VOUS CHERCHEZ UN ENVIRONNEMENT DYNAMIQUE ET INNOVANT ?

**REJOIGNEZ-NOUS !**

**Rendez-vous sur [ghdc.be/jobs](https://ghdc.be/jobs)**



## MÉDECINS GÉNÉRALISTES



La petite ville dynamique de Dieulefit en Provence vous accueille



1

### Avantages installation

8 ans d'exonération fiscale + primes 60K€

2

### Projet de santé

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

3

### Cadre de vie privilégié

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

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

**CONTACTEZ LE MAIRE**  
06 85 70 14 84

**PROJET DE SANTÉ**  
[www.dieulefit.fr](http://www.dieulefit.fr)



# L'Histoire sous hypnose

Retraçant l'histoire de la thérapie hypnotique dans un petit ouvrage, Anita Violon bat en brèche le soupçon, la crainte ou le rejet que cette thérapeutique peut encore engendrer.

**D**octeure en psychologie, psychothérapeute, hypnothérapeute et spécialiste de la douleur, Anita Violon a longtemps pratiqué dans des services universitaires de neurochirurgie et de neurologie. Auteure de nombreuses publications, elle signe, avec « La thérapie hypnotique au fil des siècles », un ouvrage qui décrit l'hypnose sous toutes ses formes et son histoire séculaire, en symbiose avec celle de l'humanité.

**Le journal du Médecin : Franz-Anton Mesmer, l'inventeur de l'hypnose, a-t-il été mal jugé à l'époque des lumières ?**

**Anita Violon :** Mesmer était en avance sur son temps et portait ombrage à beaucoup de personnes. Le mouvement scientifique n'appréciait pas beaucoup ses mises en scène : Mesmer se baladait en longue robe, il touchait les patients avec un bâton qu'il avait soi-disant magnétisé, évoluant dans un environnement qui pouvait paraître trop magique. Benjamin Franklin faisait partie de ce groupe de scientifiques qui a directement critiqué Mesmer et sa méthode, la traitant de charlatanisme.

**Vous parlez de mise en scène, mais on observe la même tendance chez Charcot ?**

Charcot était un personnage intéressant, mais qui ne détestait pas se faire de la publicité et qui photographiait à leur insu les femmes qu'ils traitaient à la Salpêtrière dans des poses extravagantes qu'il leur avait suggérées. Ses séances étaient un vrai spectacle public, mais je ne suis pas sûre que Charcot pratiquait l'hypnose thérapeutique.

**Jean-Paul Kauffmann, qui fut otage au Liban, parvient à s'évader mentalement de sa condition de prisonnier grâce à un roman de John Le Carré qu'il lit et relit...**

Exactement. Autre très bel exemple, celui de Miléna qui était l'amie intime de Kafka, issue d'une famille de résistants. Elle avait été emprisonnée et parvenait à s'extraire mentalement de sa



prison nazie. Il s'agit d'une faculté d'évasion mentale que nous partageons tous, à des degrés divers.

**Le bouddhisme, dans sa pratique de la pleine conscience notamment, a-t-il un lien avec l'hypnose ?**

Matthieu Ricard, à la fois scientifique occidental et maître bouddhiste, explique comment le disciple peut avoir accès à un autre état, par exemple en cas de douleur, par la transformation et par l'autosuggestion. Il s'agit d'états de méditation, dans lesquels on fait abstraction du monde extérieur en se concentrant et en acceptant sans interprétation ce qui est. Le neurologue Steven Laureys, spécialiste du coma, s'intéresse lui-même à la méditation.

## 2500 ans

**Vous écrivez que le Dr Erickson fait de l'hypnose conversationnelle 2500 ans après Antiphon dans la Grèce antique...**

L'être humain est identique, quelle que soit la période... Erickson avait remarqué que quand un enfant tombait et hurlait, s'il commençait à faire comme s'il dessinait un cercle autour de lui, il était tellement fasciné qu'il en oubliait de pleurer. Parfois, le fait d'abandonner la compréhension et de se laisser subjugué, pour le meilleur ou pour le pire, plonge l'individu dans un autre état où la douleur, la souffrance

deviennent périphériques par la manipulation de l'attention, volontaire, involontaire ou spontanée. Erickson saupoudrait ses interventions, qui étaient réfléchies et pas spontanées, de suggestions qui faisaient leur effet parce que les patients n'avaient pas le temps de réagir intérieurement. Les Grecs anciens n'avaient certes pas notre évolution technique et scientifique mais, par leurs capacités, parvenaient cependant à des résultats spectaculaires.

**Peut-on comparer l'autosuggestion à l'effet placebo ?**

L'effet placebo s'amplifie et son effet est d'autant plus efficace lorsque la personne a par exemple suivi un traitement, un traitement médicamenteux pour une maladie et pas seulement un traitement de la douleur ou de la souffrance. Il laisse une trace dans la mémoire, et si l'on parvient à recréer les situations qui inconsciemment réinvoquent chez la personne le bien que lui a fait le traitement qu'elle a suivi et si celui-ci a eu lieu plusieurs fois, on peut réinvoquer sans le dire l'effet, et le placebo fonctionnera d'autant mieux.

L'effet placebo, c'est aussi le fait d'avoir en face de soi un médecin en qui on a confiance, parce que l'on sait qu'il vous a écouté, compris et aidé. Et si de plus ce médecin est rassurant, a une voix agréable et un discours apaisant, l'effet placebo est d'autant plus important. Le placebo, c'est parfois le médecin et le médicament qui lui est associé.

## Coué et Himmler

**La méthode Coué a-t-elle un rapport avec l'hypnose ou l'autosuggestion ?**

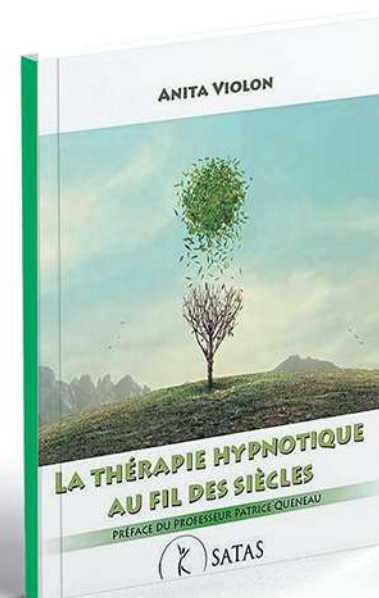
Oui. On s'est beaucoup gaussé de ce pharmacien français. Coué a découvert la puissance du langage intérieur. Nous avons tous un langage intérieur qui peut d'ailleurs être assez toxique quand c'est une rumination. Coué avait découvert le pouvoir du langage intérieur et était persuadé, à juste titre, qu'il permet de se raisonner, se calmer, se créer une réalité qu'on aura créée à l'intérieur de soi et qui favorise un certain optimisme ou une certaine joie de vivre. Celui qui

se dit « ça ira bien » façonne aussi sa réalité, celle de l'autosuggestion. Et ça peut être plus large et nuancé que ce que disait Coué.

**Vous évoquez cette incroyable relation médecin-malade entre le Dr Felix Kersten et le chef des SS Heinrich Himmler...**

Kersten était déjà en soi un personnage extraordinaire, qui avait été l'élève d'un praticien asiatique et donc était aguerri à la médecine orientale, qui, par un processus hypnotique, sortait en quelque sorte de son propre corps et pénétrait dans celui du malade. Kersten est amené à soigner ce sinistre patient qui souffrait de douleurs intenses de la sphère digestive. Malgré son opposition au nazisme, Kersten accepta de le soigner. Son traitement par les massages fut si efficace, qu'il fut appelé de nombreuses fois pour pratiquer et en profita pour suggérer délicatement et avec persévérance la libération de nombreux Juifs, et le renoncement à la déportation de milliers de Hollandais, qu'il obtint en persuadant le nazi que cette démarche lui ferait du bien et lui éviterait une aggravation de son état.

**Un entretien de Bernard Roisin**



>> Anita Violon. *La thérapie hypnotique au fil des siècles*. Satas