



# Le journal du Médecin

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

LA RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET SPÉCIALISTES

44E ANNÉE N° 2796 - MARDI 29 AVRIL 2025 - 3 € - BIMENSUEL - P309580 - MEIBOOLLAAN 3, 8800 ROESELARE, BELGIQUE



## 64.000 médecins domiciliés en Belgique

Plus de 78.000 médecins autorisés à exercer, mais seulement 64.521 domiciliés en Belgique: derrière ce chiffre, une profession en mutation, entre féminisation inégale, vieillissement et dépendance croissante aux diplômés étrangers. Le dernier rapport statistique du SPF Santé publique jette une lumière crue sur les forces et les failles du corps médical belge.

**A**u 31 décembre 2024, la Belgique comptait officiellement 78.196 médecins reconnus, dont 64.521 sont effectivement domiciliés en Belgique. Cette différence importante de 13.675 médecins pourrait s'expliquer par un «exode» partiel vers l'étranger, notamment chez les jeunes diplômés. La Belgique compte par ailleurs 691.284 professionnels de soins (kinés, infirmières, logopèdes, etc.), preuve du poids gigantesque de la santé dans la société belge.

Parmi les médecins, la majorité détient un diplôme belge, mais on constate une proportion croissante de diplômes délivrés à l'étranger – en particulier dans des pays membres de l'Union européenne qui offrent une équivalence.

### Profils et répartition par âge

La profession médicale vieillit. 35,5 % des généralistes et 28,1 % des spécialistes ont plus de 65 ans et près de la moitié ont dépassé la cinquantaine.

Globalement, les femmes représentent aujourd'hui la moitié de l'ensemble des médecins, une proportion qui grimpe à plus de 68 % chez les MG de moins de 35 ans. La féminisation progresse, mais elle reste inégalement répartie: 48 % des médecins généralistes sont des femmes, contre seulement 36 % dans les disciplines chirurgicales (chirurgie générale: 26 %; orthopédie: 14 %; urologie: 20 %).

### Une formation en mutation

Les chiffres indiquent un flux de 2.056 généralistes en formation et 6.147 spécialistes en formation dont, on l'a dit, un nombre croissant issus de facultés à l'étranger (6-7 %). Certains domaines sont en surcharge – comme la médecine générale urbaine – tandis que d'autres souffrent de pénuries: gynécologie, anesthésie, chirurgie orthopédique. Le rapport pointe aussi un déséquilibre linguistique, avec une surreprésentation des médecins francophones dans certaines spécialités, ce qui complique la planification des soins à

l'échelle nationale. Autre différence linguistique: si l'on observe attentivement la pyramide des âges par Région, on peut inférer qu'environ 40 % des médecins généralistes francophones actifs ont plus de 60 ans, contre 29 % côté néerlandophone.

Nicolas de Pape

- 6** Lawrence Cuvelier sur le GBO: « Nous ne sommes pas des gauchistes »
- 14** Découvrez les premiers candidats au Prix Galien
- 16** La Belgique, élève modèle de l'accessibilité hospitalière ?



Laurent Zanella,  
rédacteur en chef

## Statistiques contre stéthoscope

Le salon des mandataires (Municipalia), ce n'est pas que du networking autour d'une bonne bière. C'était aussi, cette année, l'occasion d'un vrai débat santé – merci à l'Aviq d'avoir invité le Dr Dominique Henrion, qui a eu le mérite de rappeler que la pénurie médicale ne se réglera pas à coups de vœux pieux. Dans les allées, un autre sujet revenait en boucle : les accords de Pâques et la fameuse « Politique de retour au travail ». Un nom qui sonne comme une promesse. Et qui cache, comme souvent, une suspicion. Les syndicats de médecins tirent la sonnette d'alarme. L'Absym s'inquiète qu'on en vienne à dissuader certains praticiens de soigner des patients « à *risque statistique* », de peur d'être sanctionnés. Le GBO dénonce une réforme « *fondée sur la suspicion plus que sur la confiance* ». Traduction : on veut faire passer la médecine du côté obscur de l'algorithme. Et pourtant, les chiffres sont là : plus de 500.000 personnes en invalidité selon l'Inami, un coût de 10 milliards d'euros par an selon les Mutualités libres. Alors, bien sûr, côté employeur, il y a ceux qui murmurent dans les couloirs : « *On connaît des médecins qui abusent.* » Étrangement, ce sont toujours « *les autres* ». Face aux solutions apportées par le gouvernement, ces mêmes employeurs oscillent pourtant entre lassitude et scepticisme. Une base de données nationale et des contrôles ciblés ? « *On verra bien...* » Autant dire : circulez, y a rien à croire. Entre le patient qu'on veut remettre au boulot, le médecin qu'on soupçonne de laxisme, et l'employeur qui fait ses comptes, il y aurait sans doute mieux à faire qu'un énième dispositif punitif. Par exemple, écouter ceux qui soignent. Et penser à long terme, plutôt qu'à la prochaine échéance électorale.



## Le revenu universel bon pour la santé

**Un projet pilote mené en Allemagne pendant trois ans (1.200 euros par mois versés à 107 citoyens) livre d'intéressants résultats sur le stress, la dépression et le sommeil. Des bénéfices significatifs et durables.**

**R**evenu de base inconditionnel, revenu universel ou encore allocation d'existence, autant de termes qui reviennent régulièrement dans le débat public sur l'État-providence, et qui désignent le fait de verser de l'argent régulièrement, de façon inconditionnelle, aux citoyens. Le concept n'est pas neuf, mais les preuves empiriques sont rares et souvent peu concluantes. L'Allemagne s'est lancée dans une expérience pilote entre juin 2021 et mai 2024, un essai contrôle randomisé mené par l'ONG *Mein Grundeinkommen*. Les résultats viennent de tomber.

1.687 personnes ont été sélectionnées parmi deux millions de candidats, toutes actives, âgées de 21 à 40 ans, vivant seules et disposant d'un revenu mensuel net de 1.100 à 2.600 euros. Parmi elles, 107 ont reçu un revenu de base inconditionnel (RBI) de 1.200 euros par mois pendant trois ans, les 1.580 autres servant de groupe contrôle. Des enquêtes étaient menées tous les six mois (santé mentale, satisfaction de vie, sommeil et comportements sociaux). Les impacts de cette expérience - la plus grande au monde

d'initiative citoyenne - ont été analysés par plusieurs grandes universités (Berlin, Vienne, Oxford, Cologne et Francfort).

### Santé mentale et sommeil améliorés

Les bénéficiaires du RBI n'ont pas arrêté de travailler, ni même diminué leurs heures. Beaucoup ont continué à se former et se disaient plus satisfaits de leur vie professionnelle. Après avoir réalisé quelques (vieux) rêves, ils ont augmenté leur épargne (+ un tiers/mois), fait plus de dons et aidé des proches (125 euros/mois, le double du groupe contrôle). Le sentiment d'autonomie, de contrôle sur sa vie pour la mener selon ses propres valeurs, était meilleur, et la vie sociale plus épanouie (+ 2h/semaine pour les amis).

L'étude montre une amélioration significative de la santé mentale, un meilleur équilibre émotionnel et psychologique avec une diminution de la dépression (index *WHO-5 Well-being*) et du stress (échelle *Perceived Stress Scale*). Ces effets sont statistiquement significatifs, et 81 % persistent six mois après la fin du programme. Ces résultats

sont jusqu'à dix fois supérieurs à d'autres expériences menées notamment après des gains à la loterie. Les chercheurs ont aussi identifié des effets sur le sommeil, sur sa durée et sa qualité : les bénéficiaires ont dormi en moyenne 2,3 heures en plus par semaine, et mieux (satisfaction du sommeil : +0,290 écart-type).

Pourquoi ces bénéfices ? Différents mécanismes peuvent expliquer ces effets sur la santé : moins de stress (notamment financier), d'isolement social, un meilleur équilibre vie professionnelle et privée, plus de loisirs et d'investissement dans son bien-être personnel grâce à ce revenu garanti et régulier.

Pour les responsables de l'ONG à l'origine du projet (qui remettra le couvert à l'occasion du 1<sup>er</sup> mai, pour la fête du travail), l'épuisement, le stress et les maladies psychiques étant des motifs majeurs d'arrêt maladie, le RBI pourrait « *conduire à des économies massives dans le système de santé et de sécurité sociale* ». À méditer peut-être à l'heure, chez nous, de la remise au travail des malades de longue durée et de la limitation des allocations de chômage dans le temps.

Cécile Vrayenne

L'article complet et l'étude intégrale sur notre site [www.lejournaldumédecin.com](http://www.lejournaldumédecin.com)

# Commission fédérale de la Santé : qui travaille le plus ?

Les comptes-rendus de la commission Santé, bien fournis, affichent souvent les mêmes noms. Dans cette assemblée réduite presque exclusivement féminine, certaines monopolisent le crachoir davantage que d'autres. Serait-ce la droite flamande qui fait avancer la santé au parlement fédéral ?

**F**ace au ministre Frank Vandembroucke, la commission Santé de la Chambre des représentants est composée à 82 % de femmes. La moyenne d'âge est relativement jeune : 48 ans. Et ça charbonne : Frieda Gijbels, Kathleen Depoorter, Katleen Bury, Irina De Knop, Nawal Farih, Dominiek Sneppe... Dans les rapports de la commission, ce sont souvent ces mêmes noms qui ressortent. Elle compte pourtant 17 membres ! Alors, un qui travaille et deux qui regardent ? Ou plutôt un peu d'excès de zèle chez certaines ?

## Un Flamand aussi actif que deux francophones

Pour objectiver ces impressions, *Le journal du Médecin* a recensé l'activité parlementaire des membres de la commission fédérale Santé depuis le début de cette législature, qui arrive doucement au bout de sa première année. Le site internet de la Chambre, malgré un look un peu *old school*, est assez bien fait. Il

recense, pour chaque parlementaire, toutes ses propositions de loi, résolutions, questions écrites et orales, en plénière ou en commission... Chaque intitulé est passé sous notre loupe et, à chaque fois qu'un des actes touchait à la santé, on a compté un point pour le parlementaire qui en était à l'origine.

Le constat est sans appel : en matière de santé et parmi les membres de cette commission, les parlementaires flamands génèrent 78 % de l'activité parlementaire (628 points), les 22 % restants allant aux francophones (182 points). « Oui, mais il y a un peu plus de Flamands que de francophones pour respecter les équilibres... » Même en ramenant ces chiffres par tête, les *kamerslieders* ont placé en moyenne 63 actes chacun, alors que les élus francophones comptent en moyenne 26 actes chacun à leur actif.

## 31 questions en une séance

Fait-on face, à nouveau, à l'éternel cliqué du Flamand bosseur et du Wallon



paresseux ? Quand on creuse, on note que deux élues conservatrices flamandes, Katleen Bury (VB) et Kathleen Depoorter (N-VA) affichent des scores grossis par des séries extrêmement volumineuses de questions écrites et orales posées à Frank Vandembroucke. Le 29 janvier, à elles seules, les deux Kat(h)leen ne lui posent pas moins de 31 questions orales en commission, à tel point

qu'il faut en reporter à la séance suivante ! Une flopée de maladies y passent. Une forme d'obstruction parlementaire ? Le prix à payer pour avoir laissé le portefeuille de la santé aux socialistes ?

Quoi qu'il en soit, on pourra toujours se réjouir de la présence de deux pharmaciennes, une dentiste, deux médecins généralistes, une médecin urgentiste et une gynécologue au sein de cette commission Santé. Tant de profils avec une expertise variée dans la santé qui, sans tomber dans la technocratie, apportent leur valeur ajoutée aux débats d'une commission qui semble fonctionner correctement.

**François Hardy**

**A**ttention, le nombre d'éléments comptabilisés ici ne reflète pas l'activité parlementaire globale des élus, qui siègent dans plusieurs commissions, et dont le travail ne se limite pas à poser des questions ou à formuler des propositions de loi. Les chiffres présentés ci-dessous ont simplement pour but de montrer le travail en matière de santé effectué par certains parlementaires. Par souci de complétude, il faut également mentionner le travail du ministre socialiste flamand et de son cabinet plus difficile à quantifier.

Parti	Prénom	Âge	Formation	Carrière	Score individuel	Total du parti	Moyenne du parti par membre
Les Engagés	Jean-François Gatelier	54	Médecine	Médecine générale, politique	29	51	25,5
	Carmen Ramlot	50	Pharmacie	Pharmacie, politique	22		
MR	Daniel Bacquelaîne	72	Médecine	Médecine générale, politique	18	59	29,5
	Julie Taton	41	Relations publiques	Animation TV	41		
PS	Ludivine Dedonder	48	Ingénieur de gestion	Journalisme, politique	28	64	32
	Caroline Désir	48	Droit	Barreau, politique	36		
PTB	Ayse Yigit	52	Journalisme	Interprétariat, politique	8	52	26
	Natalie Eggermont	36	Médecine	Médecine d'urgence	44		
Ecolo-Groen	Petra De Sutter	61	Médecine	Gynécologie, politique	21	21	21
N-VA	Kathleen Depoorter	53	Pharmacie, économie	Pharmacie, politique	104	206	69
	Frieda Gijbels	50	Dentisterie-parodontie	Parodontie, politique	76		
	Lotte Peeters	31	Langues & littérature	Enseignement, politique	26		
Open Vld	Irina De Knop	46	Sciences politiques	Politique	78	78	78
VB	Katleen Bury	41	Droit	Barreau, politique	111	184	92
	Dominiek Sneppe	51	Sciences religieuses	Enseignement, politique	73		
Vooruit	Jan Bertels	56	Droit	Politique	19	19	19
CD&V	Nawal Farih	36	Commerce international	Consultance, politique	76	76	76

# Covid long pour 4 % des Belges

D'après la première enquête nationale de santé réalisée depuis la pandémie, publiée par l'institut Sciensano, environ 4,1 % des Belges âgés de 15 ans et plus estiment souffrir de covid long. Pour plus d'un tiers d'entre eux (36,6 %), ce diagnostic a été confirmé par un professionnel de santé.



**P**ar «covid long», on entend la persistance de symptômes liés à l'infection au coronavirus plus de trois mois après la contamination, sans autre cause médicale identifiable. Ce phénomène touche davantage les femmes (5 %) que les hommes (3,5 %), et s'observe surtout chez les 45-54 ans (7 %), contre seulement 2,2 % chez les 15-24 ans et 2,3 % chez les plus de 75 ans. En revanche, les différences entre régions sont négligeables.

Près d'un quart (24,1 %) des personnes concernées disent que la maladie a un impact important sur leurs activités quotidiennes, tandis que 39,7 % ressentent un impact modéré et 36,2 % aucun impact significatif.

Fait notable, la pandémie n'a pas significativement modifié la perception que les Belges ont de leur propre santé. En 2023-2024, 22 % d'entre eux se déclaraient en mauvaise santé, un taux stable depuis vingt ans et inférieur à la moyenne européenne (30 %). Cette septième enquête de santé a été menée auprès de 7.001 personnes représentatives de la population belge.

F.R.

## Flexagile®

### RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT.

**DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT:** Flexagile crème.

### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :

Flexagile crème contient 35,0 g d'extrait éthanolique liquide purifié à 60 % (v/v) de consoude (*Symphytum officinale* 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 soulagement symptomatique de la douleur locale légère à modérée causée par des lésions musculaires et ligamentaires, 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 cutanée 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, appliquer 2 à 6 cm de crème, deux à trois fois par jour. Appliquer Flexagile crème sur la zone à traiter et masser soigneusement 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 utiliser 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 prescription, 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 substance active ou à l'un des excipients.

**EFFETS INDÉSIRABLES :** Les données issues d'études cliniques, 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 réactions d'hypersensibilité. Ces réactions d'hypersensibilité peuvent consister en réactions cutanées au site d'administration. Dans de rares cas, des réactions d'hypersensibilité 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. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** : Dermate de contact, douleur, eczéma, prurit, éruption cutanée, sensation 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 professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, [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 MARCHÉ:** P&G Health Belgium BV/SRL, Temselaan 100, 1853 Strombeek-Bever.

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

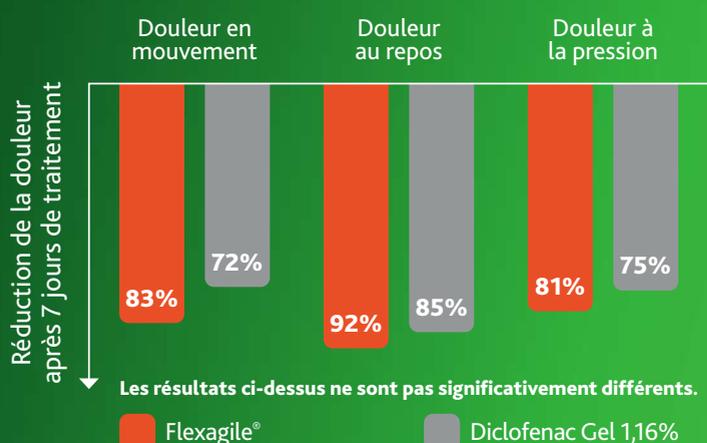
**Il a été cliniquement prouvé qu'il est aussi efficace pour soulager la douleur que le diclofénac diéthylamine<sup>4</sup>**

**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. Ghlichloo 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-KB 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).

## Pas de report d'index

Selon Frank Vandebroucke (Vooruit), il ne peut être question que les salariés du secteur privé, y compris du secteur des soins, subissent un retard dans l'indexation de leurs salaires. « Ce serait totalement inacceptable », a-t-il souligné sur Radio 1.

Le ministre réagissait aux craintes du syndicat chrétien ACV Puls, selon lequel les soignants des hôpitaux, des maisons de repos et des garderies pourraient bientôt attendre deux mois de plus pour l'indexation de leur salaire.

« Plus de 600.000 travailleurs seront concernés », a affirmé le syndicaliste Olivier Remy au journal *De Standaard*. Le syndicat a calculé qu'en raison du retard d'indexation, une infirmière débutante pourrait perdre 109 euros bruts pour chaque dépassement de l'indice pivot. Pour les infirmières ayant 25 ans d'ancienneté, ce montant atteindrait même 175 euros. Il oscillerait entre 130 et 140 euros pour les aides-soignants, et entre 70 et 85 euros pour les éducateurs et accompagnateurs d'enfants.

Mais selon le ministre Vandebroucke, il n'en est pas question. « Non seulement ce n'est pas l'intention, mais cela n'a pas été convenu au sein du gouvernement, et ce serait totalement inacceptable », a-t-il insisté. Au contraire, il est explicitement prévu que l'indexation dans le secteur privé et le secteur des soins soit maintenue telle qu'aujourd'hui.

Toutefois, il est possible qu'il existe des accords sociaux dans le secteur des soins qui suivent le mécanisme d'indexation des fonctionnaires. Il faudrait alors les adapter, a déclaré Frank Vandebroucke. Dans ce cas, la chose la plus simple à faire est que les partenaires sociaux adaptent les conventions collectives, faute de quoi le gouvernement interviendra légalement, a ajouté le ministre.

F.R. (avec Belga)

# « La pénurie attire la pénurie : on n'a pas été écoutés »

Médecin généraliste et président du GBO, Lawrence Cuvelier dénonce l'aveuglement des autorités face à la crise de la première ligne. Il défend la téléconsultation, le New Deal, une concertation renforcée avec les mutuelles... mais refuse que la médecine générale serve de variable d'ajustement.

**L**e journal du Médecin : Comment se passe votre nouvelle présidence ? Vous avez succédé à une personnalité très forte en la personne de Paul De Munck...

**Dr Lawrence Cuvelier :** Ça se passe bien. La présidence de ce type d'organisme est évidemment toujours un défi. Ça demande énormément de compétences, notamment de gestion de groupe. Je ne peux pas prétendre toutes les avoir, mais je suis entouré d'une excellente équipe.

**Quel est le nouveau message principal que vous voulez faire passer ?**

Le GBO s'attelle à défendre tous les types de pratiques en médecine générale, ce qui nous permet de répondre à la diversité des besoins de la population. Pourtant, le GBO souffre d'un déficit d'image. On nous assimile à un syndicat de « pensée unilatérale » ne supportant pas la diversité alors que nous sommes très diversifiés et représentatifs dans nos approches. Nous ne sommes pas attachés à une idéologie mais c'est une façon de nous stigmatiser. Parfois, on nous coupe la parole en disant que nous sommes gauchistes... On nous assimile également aux maisons médicales alors que ce n'est certainement pas notre axe prioritaire.

## VDB, un homme compétent

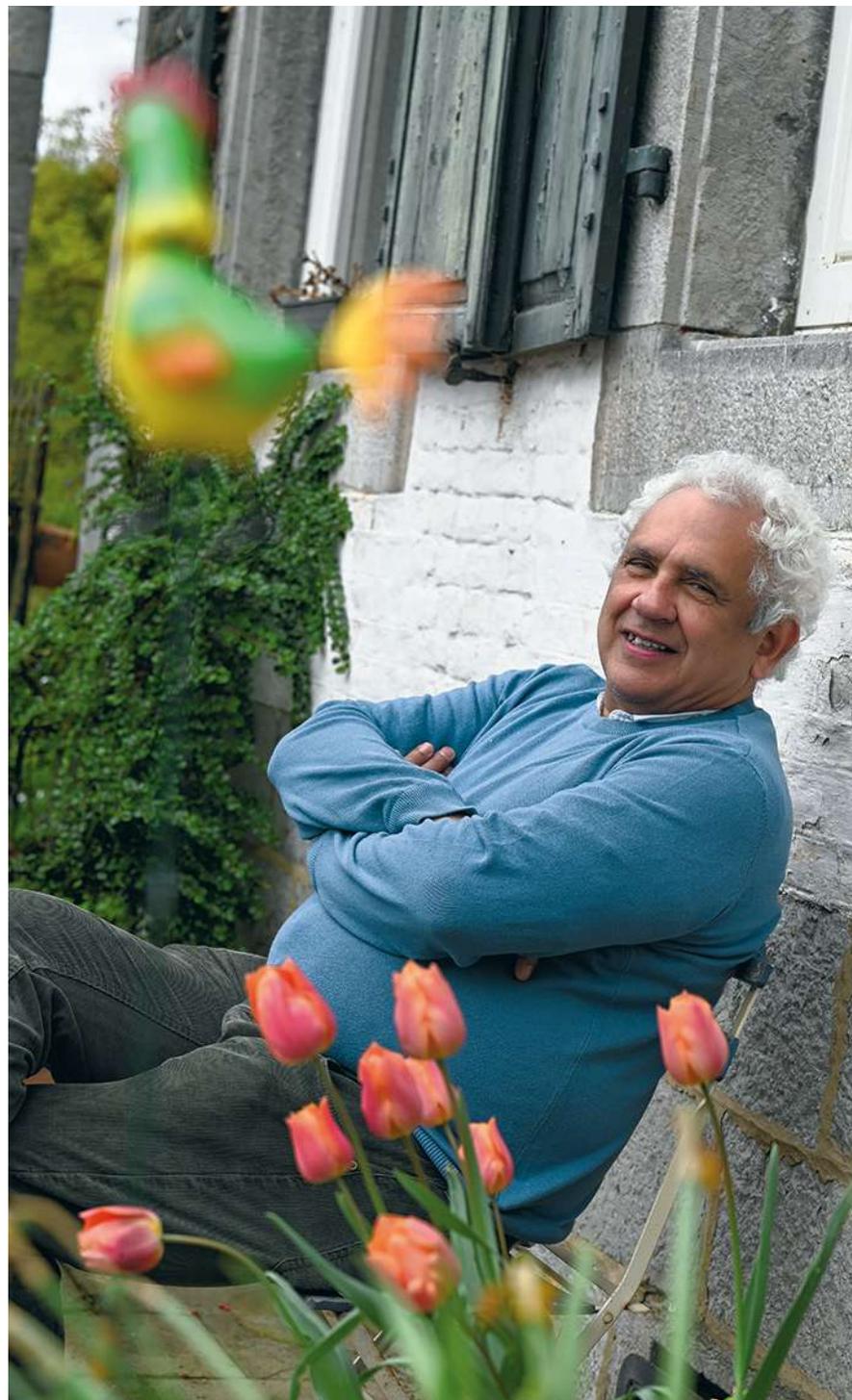
Comment voyez-vous le retour de Frank Vandembroucke aux affaires, qui était assez prévisible à partir du moment où Vooruit « montait » dans l'Arizona... Un sondage auprès de nos lecteurs a montré qu'ils rejettent massivement son retour...

Écoutez, c'est un homme brillant,

incontestablement. Il défend l'intérêt public. Le reproche qu'on peut lui faire est qu'il n'entend souvent qu'une seule voix. Mais il peut se montrer à l'écoute dans certains dossiers, comme celui du numerus clausus, où il s'est montré ouvert aux revendications du sud du pays, portées par le GBO, d'ouvrir les vannes. Malheureusement trop tardivement car la pénurie s'est installée durablement. Il faudrait néanmoins qu'il tienne compte plus systématiquement des différences entre Régions. Nous avons un problème au niveau de la garde en médecine générale. Il est primordial de considérer que tout le monde doit pouvoir faire des gardes dans des conditions correctes. Quand la densité de population est faible, il y a inévitablement moins de travail – et donc moins de revenus – pour le médecin de garde, pourtant contraint de rester malgré tout disponible pour assurer ce service public. Nous estimons que l'État doit leur garantir un honoraire suffisant pour assurer ce service à la population, tout comme la garde doit rester liée à un tri efficace sous la responsabilité de l'État, afin de limiter le recours inapproprié aux urgences.

**Ce ministre est quand même à l'écoute de la partie francophone du pays. Ce n'est pas un « hémiplégique » comme pouvait l'être Marcel Colla, très branché sur la Flandre...**

Oui, c'est quelqu'un qui est capable d'écouter... Par ailleurs, lorsqu'on entend qu'il faut faire 800 millions d'économies, il sera primordial qu'il accepte de réfléchir avec la profession, toute la profession, pour voir où faire des économies qui ne handicapent pas la qualité des soins et où il faut investir pour la favoriser. Comment rendre le



Lawrence Cuvelier photographié dans le jardin de sa maison de campagne.

système juste et efficace, sans le sacrifier à des intérêts locaux ou d'hôpitaux, où la médecine générale préserve sa place centrale.

## « On se bat pour la téléconsultation »

Récemment, le GBO/Cartel a refusé tout un train d'économies...

On se bat actuellement pour la téléconsultation. Avant même le 1<sup>er</sup> janvier, on avait proposé un saut d'index qui n'aurait pas été très lourd pour les médecins mais aurait permis de sauver la téléconsultation. Après le 1<sup>er</sup> janvier, c'était évidemment impossible... Nous étions d'accord avec l'Absym d'augmenter le ticket modérateur mais,

contrairement à eux qui voulaient le doubler pour tous les patients, nous proposons une augmentation d'un seul euro pour les patients non BIM, et cela parmi d'autres mesures. Le ticket modérateur n'a plus été indexé depuis 20 ans, nous pensions réellement que cette augmentation minime permettrait de dégager un budget pour contribuer au maintien de la phono-consultation, elle aussi essentielle à l'accessibilité aux soins. En médecine générale, la moyenne des contacts est de cinq par an, ce qui équivaut à une augmentation annuelle de cinq euros, pas de quoi menacer l'accessibilité... Par contre, le prix du médicament, le prix d'une consultation d'un spécialiste, c'est là que peut résider un problème d'accessibilité.

## « Le New Deal est la formule idéale »

**Le GBO a été le premier à parler d'abus en matière de téléconsultations... Est-ce cela qui a braqué le ministre Vandenbroucke ?**

Le GBO a reçu comme tout le monde les résultats du SECM (Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Inami, *Ndlr*), où nous avons en effet été interpellés par les abus de certains médecins. Abus qu'il faut bien entendu sanctionner pour ne pas pénaliser l'ensemble de la profession comme c'est le cas aujourd'hui. En outre, je tiens à rappeler qu'il n'y avait pas de budget prévu pour ces phono-consultations. Donc on a dépassé un budget qui n'existait pas. C'est particulier. Il était prévu dans l'esprit de certains que les phono-consultations allaient remplacer une partie des consultations et visites. Or, elles ont surtout permis d'honorer ce que les médecins faisaient à titre gracieux jusque-là, de rencontrer l'augmentation de la demande en soins et aussi de diminuer les déplacements inutiles, ce qui est favorable à l'écologie. N'oublions pas la part des spécialistes qui font également des phono-consultations, même s'ils en facturent moins.

**Vous avez travaillé au forfait, dites-vous. Vandenbroucke a lancé le New Deal, qui n'a pas eu, pour le moment, le succès escompté. Que pensez-vous de ce système à trois branches : «forfait, actes, primes» ? Est-ce simplement trop tôt pour tirer un bilan ?**

Oui, il est bien trop tôt pour tirer un bilan, mais le New Deal est une formule idéale, selon moi. Dans la maison médicale où je travaille, cette formule pourrait être utilisée car c'est un système équilibré, qui laisse en outre une certaine mobilité aux patients pour pouvoir aller consulter si nécessaire dans une pratique à l'acte, ce qui n'est pas possible avec le système forfaitaire, ce que nous déplorons. Nous insistons pour instaurer une solidarité entre tous les généralistes et cette souplesse entre les trois types de pratique permettait cette solidarité.

## Les risques de pénurie étaient connus

**Vous parliez de consultations «bourrées»... L'élargissement du numerus clausus va-t-il y remédier ? Dans quel état sont les MG à la fin de la journée ?**

Le GBO a depuis 20 ans alerté sur les risques de pénurie. Cela n'a pas été entendu. Maintenant, pour réparer les dégâts... Les jeunes médecins veulent maintenir un équilibre entre vie privée et professionnelle, c'est connu. Il faut deux jeunes médecins environ pour remplacer un «vieux» médecin partant à la retraite. Vient s'ajouter à cela le fait qu'environ 20 % des médecins abandonnent en milieu de carrière voire au début. C'est un signe qu'il faut veiller à maintenir l'attractivité de la profession, car la pénurie attire la pénurie... Quand le désert médical est total, pour le médecin qui arrive dans cet endroit, c'est presque impossible à gérer. Il est vrai que dans le temps, on disait à l'assistant : tu es prié de ne pas t'installer à proximité de mon cabinet. Aujourd'hui, c'est le contraire : «Merci de vous installer rapidement près de chez moi !» (*rires*). On est passé d'une logique de pléthore à une logique de pénurie. Les maisons médicales se voyaient reprocher de faire de la concurrence déloyale. Maintenant, on leur reproche de ne pas en faire assez.

**Vos relations avec les spécialistes sont-elles au beau fixe avec le Modes (Monde des Spécialistes) au sein du Cartel ? Par rapport à la fin du 20<sup>e</sup> siècle, on ressent une sorte d'apaisement dans les relations entre MG et spécialistes...**

Le problème principal se pose vis-à-vis des institutions. Si vous parlez à des urgentistes, ils vous disent qu'ils sont confrontés à des problèmes de médecine

générale «simple». Ils sont au bord de l'épuisement. Les gestionnaires d'hôpitaux, en revanche, vous diront que les urgences sont la vache à lait des hôpitaux. Ils ont donc un intérêt financier à recevoir ces cas de MG, ce qui est probablement une raison du refus persistant de mettre en place l'échelonnement des soins, qui soulagerait pourtant bien les urgentistes. Notez cependant que certains présidents de syndicats médicaux sont également directeurs ou gestionnaires d'hôpitaux... Comment voulez-vous, dans ces conditions, pouvoir entamer le difficile débat sur «les meilleurs soins, au meilleur endroit et au prix le plus juste» ? Si notre ministre veut faire des économies, c'est là qu'il doit les faire s'il veut être crédible (...)

Le GBO a toujours été pour un échelonnement «doux» où MG et spécialistes travaillent en harmonie. Avec le Modes, il n'y a pas de conflit. Ils veulent la meilleure santé pour tous.

**Avec les mutuelles, on constate aussi une forme d'apaisement. Comment voyez-vous vos relations avec elles ?**

Personnellement, je n'ai jamais été opposé aux mutuelles car on poursuit le même but de qualité et d'accessibilité aux soins. Ce sont des organes intermédiaires utiles pour la concertation. Chacun défend son objet social. Les mutuelles défendent les patients, les syndicats défendent les médecins. Et, en première ligne, une médecine forte est à l'avantage des patients et du système de soins. La disparition des mutuelles avec reprise de leurs prérogatives par l'Inami risque de provoquer plus rapidement une médecine d'État, ce que nous ne voulons pas, n'est-ce pas ? D'autant plus avec les dernières velléités de l'Arizona de contrôle de nos prescriptions et certificats médicaux. L'indépendance des médecins est une garantie de démocratie !

La Belgique a quand même un avantage important : la concertation. Certains reprochent aux mutuelles d'être juges et parties dans certains cas. Nous avons parlé juste avant d'autres partenaires qui sont juges et parties : certains syndicalistes gestionnaires d'hôpitaux !

## Système de concertation : plus de bien que de mal

**Donc, le système de concertation présente plus d'avantages que d'inconvénients ?**

Oui. Mais le problème principal, c'est

le manque de moyen des syndicats de médecins. Les mutuelles disposent de centres d'études alors que nous devons travailler avec trois bouts de sparadrap, faute de moyens. La relation est très inégale. C'est anormal ! Les subsides de l'Inami sont totalement insuffisants pour assurer une véritable défense professionnelle, rendant les cotisations de nos membres indispensables ! Appel est fait aux généralistes !

## « Avec les mutuelles, on poursuit le même but »

**L'incapacité de travail, il faut y revenir. On parle de fléau. Entre 500 et 550.000 «invalides» dont 200.000 le resteront jusqu'à leur retraite. La médecine générale se sent-elle un peu coupable ? D'avoir la main lourde ? Les autorités tentent de vous intégrer dans le processus...**

On ne peut pas mener une politique de santé sur base d'exceptions, à savoir des médecins qui exagèrent. Cela n'a pas d'intérêt. La remise au travail telle qu'elle est imaginée actuellement, c'est compliqué. Tout le monde va se rejeter la balle. L'incapacité de travail est multifactorielle. Lorsque, dans un secteur particulier, il y a beaucoup plus d'incapacité, il faut se poser des questions sur la qualité de l'environnement et des conditions de travail. La possibilité pour un patron de PME de reprendre un employé dans des conditions adaptées, ce n'est pas si évident. Pour les patients, il vaut mieux pouvoir reprendre une petite activité que rien, mais je suis assez sceptique quant aux moyens très lourds et peu réalistes mis en œuvre pour forcer le retour au travail. Un tiers des incapacités sont dues à des maux de dos, un autre tiers sont des problèmes psychologiques. On ne peut pas dire simplement : «On va vous forcer à reprendre le travail». J'attends de voir ce que cela donne. La médecine générale doit prendre ses responsabilités par le biais de la formation initiale et continue concernant les incapacités de travail et la communication non violente permettant de gérer le refus d'une ITT, première cause des violences envers les soignants. Mais la médecine générale ne peut être rendue coupable des mécanismes sociaux accablant le monde du travail !

**Un entretien de Nicolas de Pape**

## Polymédication : « Un médicament n'est pas un bonbon »

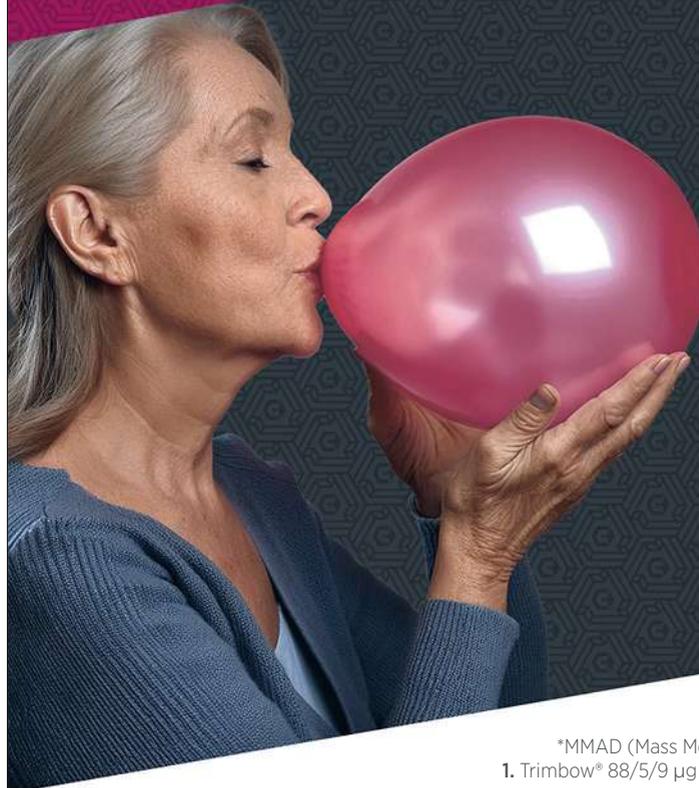
Le Parlement wallon a consacré une partie de sa dernière Commission santé à la problématique de la surmédication des personnes âgées, en particulier en maison de repos.



Les députées Sabine Roberty (PS) et Rachida Aït Alouha (PTB) ont interpellé le ministre Yves Coppieters, par voie de questions orales, sur la multiplication des traitements médicamenteux chez les aînés, les responsabilités des professionnels de santé et les garanties apportées par les pouvoirs publics.

« Dispose-t-on d'une évaluation du rôle des médecins coordinateurs dans la rationalisation des prescriptions ? », a demandé Sabine Roberty. « Sont-ils suffisamment nombreux, formés et outillés ? » Yves Coppieters a reconnu un angle mort : « Je ne dispose pas d'évaluation de la mission des médecins coordinateurs concernant la rationalisation des prescriptions médicamenteuses. » Il a toutefois détaillé l'action menée depuis 2019 via les inspections de l'Aviq. Un pharmacien inspecteur « audite les maisons de repos wallonnes avec comme objectifs d'améliorer la qualité et la sécurité du circuit du médicament, de veiller à l'application de la règle des 5B (bon médicament, bonne dose, bonne voie, bon moment, bon patient), de promouvoir l'usage d'outils cliniques validés comme les critères STOPP/START - qui aident à identifier les prescriptions inappropriées chez les personnes âgées - ou le score GheOPS, utilisé pour évaluer la qualité globale d'un traitement médicamenteux ; et enfin, de s'assurer qu'une révision structurée de la médication ait lieu au moins une fois par an pour chaque résident ». Ces audits s'inspirent des recommandations de l'étude belge COME-ON (KUL/UCL), sans valeur normative mais jugée « crédible et inspirante ».

 Chiesi



# INHALE. EXHALE. NEXTHALE.

Trimbow® NE\*Thaler®, la seule triple thérapie fixe en formulation extrafine\* pour vos patients atteints de BPCO<sup>1</sup>

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

#### DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT:

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

#### COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

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

#### FORME PHARMACEUTIQUE:

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

#### INDICATIONS THERAPEUTIQUES:

Traitement continu de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta-2agoniste de longue durée d'action ou par l'association d'un bêta2agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action (voir rubrique 5.1 du RCP pour les résultats obtenus sur les symptômes de BPCO et la prévention des exacerbations).

#### POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:

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

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

#### CONTRE-INDICATIONS:

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

#### EFFETS INDÉSIRABLES:

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

**Tableau des effets indésirables:** Les effets indésirables de l'association dipropionate de béclométasone/formotérol/glycopyrronium survenus au cours des études cliniques et depuis la commercialisation ainsi que les effets indésirables observés avec chacun des composants commercialisés sont indiqués ci-dessous, par classes de systèmes d'organes et par fréquence. Les fréquences sont définies comme suit: très fréquent (≥ 1/10); fréquent (≥ 1/100, < 1/10); peu fréquent (≥ 1/1 000, < 1/100); rare (≥ 1/10 000, < 1/1 000); très rare (< 1/10 000) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Infections et infestations:** Fréquent: Pneumonie (chez les patients présentant une BPCO), pharyngite, candidose orale<sup>1</sup>, infection des voies urinaires<sup>1</sup>, rhinopharyngite<sup>1</sup>. Peu fréquent: Grippe<sup>1</sup>, mycose buccale, candidose oropharyngée, candidose œsophagienne, (oro) pharyngite fongique, sinusite<sup>1</sup>, rhinite<sup>1</sup>, gastroentérite<sup>1</sup>, candidose vulvovaginale<sup>1</sup>. Rare: Mycoses des voies respiratoires basses. **Affections hématologiques et du système lymphatique:** Peu fréquent: Granulopénie<sup>1</sup>. Très rare: Thrombopénie<sup>1</sup>. **Affections du système immunitaire:** Peu fréquent: Dermatite allergique<sup>1</sup>. Rare:


**Trimbow® 88/5/9 µg poudre pour inhalation**

CONDITIONNEMENT	PRIX PUBLIC	PATIENT ACTIF	PATIENT VIPO
Single pack (120 doses)	€ 63,99	€ 12,50	€ 8,30
Tripack (3 x 120 doses)	€ 165,44	€ 12,50	€ 8,30



# Trimbow®

## NE\*Thaler®

Avec **Trimbow® NE\*Thaler®** vos patients entendent, goûtent et voient chaque dose complète administrée.<sup>1,2</sup> Jour après jour.

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

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

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

**Déclaration des effets indésirables suspectés**: La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, Avenue Galilée 5/03, 1210 BRUXELLES

**Site internet**: [www.notifieruneffetindesirable.be](http://www.notifieruneffetindesirable.be)  
**e-mail**: [adr@afmps.be](mailto:adr@afmps.be)

Luxembourg: Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé,

**Site internet**: [www.guichet.lu/pharmacovigilance](http://www.guichet.lu/pharmacovigilance).

**TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:**

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

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

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

**STATUT LÉGAL DE DÉLIVRANCE:**

Médicament soumis à prescription médicale.

**DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE:**

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

[www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu).

La députée **Rachida Aït Alouha** a insisté sur le rôle central des infirmiers. « *Ce sont eux qui sont au chevet des patients, qui peuvent évaluer si un traitement est toujours pertinent* ». Elle dénonce des dérives structurelles dans certaines maisons de repos, où la distribution des médicaments est confiée à des soignants non qualifiés, voire imposée par la direction. Le ministre a répondu que la distribution « *doit être garantie par une procédure rédigée en concertation avec le médecin* », précisant que « *l'aide-soignant ne peut accomplir ces activités que dans la mesure où un infirmier les lui a déléguées* ». Et d'ajouter : « *L'infirmier peut, à tout moment, mettre fin à cette délégation.* »

### PMI et automédication

Autre élément abordé : la généralisation des « préparations médicamenteuses individualisées » (PMI), confiées aux pharmaciens. « *Cette automatisation permet, selon les études, de diminuer le risque d'erreurs* », a précisé Yves Coppieters. Mais pour la députée PTB, cette automatisation ne doit pas occulter le besoin d'évaluation en amont : « *Avant de donner un médicament, on doit évaluer* », a-t-elle martelé. Elle a relaté le témoignage inquiétant d'un cadre du secteur ayant déclaré à ses équipes : « *Donner un médicament, même quelqu'un qui a fait des études primaires peut le faire. Il suffit de compter : un, deux, trois.* » Une vision dangereuse pour elle, qui appelle à replacer l'expertise infirmière au cœur du circuit.

Interpellé aussi sur l'automédication, le ministre a renvoyé au niveau fédéral. Il a cité la campagne de l'Agence fédérale des médicaments : « *Un médicament n'est pas un bonbon* », qui « *reprend 12 thèmes clés, en ce compris les somnifères, les antibiotiques, les antidouleurs et le rôle de conseil des médecins et pharmaciens.* » Il a également évoqué la possibilité d'ajouter un sixième B à la 'règle des 5B' : celui du « bon personnel de santé » pour rappeler l'importance de l'identification des responsabilités dans le circuit du médicament.

« *Un jour, on arrivera peut-être à moins prendre de médicaments* », a conclu Sabine Roberty. « *Mais je fais confiance aux prescripteurs, et je suis satisfaite que la chaîne de distribution soit de plus en plus encadrée.* » Rachida Aït Alouha a, quant à elle, appelé à aller plus loin : « *Oui, il faut faire confiance à la prescription, mais c'est l'infirmière qui doit évaluer si le médicament a toujours des effets ou s'il y a des interactions.* »

L.Z.

# « L'IA doit outiller le médecin, par le remplacer »



Lors des Assises de l'e-santé à Bastogne, le Pr Benoît Macq (UCLouvain) a proposé une intervention lucide sur la médecine de demain. Le spécialiste en intelligence artificielle (IA) modère toutefois le spectre du « grand remplacement » par l'IA. Car on entre dans une médecine guidée par les données, certes animée par l'intelligence artificielle, mais où le discernement humain restera essentiel.

**I**ngénieur civil et docteur en sciences appliquées, Benoît Macq (à droite sur la photo) est professeur à l'École polytechnique de Louvain (UCLouvain), où il enseigne notamment l'intelligence artificielle appliquée à la santé. Il était un des experts invités par les Assises de e-santé

Selon le Pr Macq, la médecine du 21<sup>e</sup> siècle nous permettra non seulement de vivre plus vieux mais de vivre mieux. Elle reposera sur quatre piliers. Elle sera prédictive, en identifiant les maladies comme Alzheimer avant même les premiers symptômes. Elle sera personnalisée, en adaptant les traitements au profil génétique et biologique du patient. Elle sera participative, en impliquant les patients dans les décisions. Et enfin, elle sera préventive, en agissant avant que les pathologies ne deviennent invalidantes. Le rêve de cette médecine globale est à nos portes grâce à l'abondance de données médicales (13 millions de mammographies par an au plan mondial), la baisse du coût du séquençage génomique et les capacités d'apprentissage des algorithmes de l'IA qui font le tri dans les données.

## Apprentissage de l'IA? Comme un enfant

Benoît Macq distingue deux méthodes principales d'apprentissage automatique de l'IA. L'apprentissage supervisé, où l'IA apprend à partir d'exemples, comme des mammographies annotées. Et l'apprentissage non supervisé par renforcement, où l'IA apprend par essais et erreurs, à la manière d'un enfant qui apprend à marcher. Des essais ont montré que l'IA dépasse désormais les radiologues pour détecter certaines anomalies invisibles à l'œil humain. « Grâce à des "jumeaux numériques", on peut simuler des traitements sans risquer la vie du patient. En radiothérapie, des protocoles optimisés grâce à l'IA permettent de mieux cibler les tumeurs tout en épargnant les organes sains. » Benoît Macq évoque à titre d'exemple un cas de tumeur de la gorge, où l'IA aide à choisir entre qualité de vie et risque de récidive.

Selon le Pr Macq, l'IA générative va bousculer le quotidien des praticiens. Des systèmes de type RAG (Retrieval-Augmented Generation), alimentés par les publications et données cliniques du médecin lui-même, permettent déjà

d'obtenir des réponses contextualisées avec des références scientifiques. Il cite le cas d'un neurochirurgien de l'ULB qui utilise déjà un tel système pour travailler sur l'épilepsie réfractaire. « L'objectif est d'éviter le "bruit généraliste" de l'IA et de préserver la pertinence clinique. »

## Dépistage personnalisé

La baisse du prix du séquençage permet d'envisager un dépistage génétique massif. Le programme MyPebs.eu, cité par le Pr Macq, permet à des femmes d'envoyer un échantillon de salive pour connaître leur risque de cancer du sein, et d'ajuster ainsi la fréquence des mammographies. Mais l'impact psychologique peut être terrible. Benoît Macq rapporte le témoignage d'une collègue effondrée après avoir appris qu'elle était à haut risque. « D'autres dérives guettent : que faire si un employeur ou un assureur s'empare de cette donnée génétique ? Il existe même des prédispositions génétiques à des troubles mentaux ou à l'alcoolisme. » D'où la nécessité d'une régulation stricte, d'outils cryptés et de garde-fous éthiques, insiste le professeur de l'UCLouvain.

Il plaide pour des modèles d'IA interactifs et transparents. « L'objectif n'est pas de remplacer le médecin, mais de l'outiller. L'IA doit solliciter l'avis humain sur les cas complexes. Elle doit aussi nourrir la formation médicale continue. » « Nourrir l'IA avec des cas médicaux, cela devrait valoir des points d'accréditation. » Aux États-Unis, l'IA a réduit la mortalité dans les hôpitaux universitaires mais l'a augmentée dans les hôpi-

taux généraux de province, mal formés à son usage. D'où l'urgence de créer des « coalitions apprenantes » entre institutions hospitalières.

## Attention au déterminisme biologique

Benoît Macq entrevoit différents risques. Le premier est le déterminisme biologique : jusqu'à quel point le patient souhaite-t-il vraiment connaître ses risques ? Le deuxième est le coût : la personnalisation pousse les prix des traitements à la hausse. En outre, choisir entre espérance de vie et qualité de vie n'est pas simple pour un patient. Tout le monde veut de l'espérance de vie en bonne santé. Or rappelons que celle-ci n'est que de 63,7 années en Belgique. C'est pourquoi le Pr Macq salue les réflexions en cours avec l'Université de Namur sur l'éthique appliquée aux données brutes, citant notamment le projet « MedResyst », un réseau wallon mêlant médecins, ingénieurs et juristes.

Pour le Pr Macq, la médecine fondée sur les données est la seule capable de sauver un système de soins à bout de souffle. Cette médecine contient la promesse d'une baisse des coûts de 30 % pour les maladies complexes. Et elle permettra aux petits hôpitaux de bénéficier de l'expérience des grands centres. « Mais l'humain reste indispensable. Soigner, ce n'est pas seulement prescrire. C'est rassurer, écouter, comprendre. Et cela, aucune IA ne le fera jamais », conclut, optimiste, l'universitaire.

Nicolas de Pape

# 81 jours d'attente

Testachats a tenté d'objectiver le temps d'attente réel des patients pour obtenir un rendez-vous chez une série de spécialistes ou pour passer une IRM, biopsie, échographie, etc. L'enquête porte sur 1.100 Belges.

En moyenne, les participants à l'enquête de Testachats devaient attendre 46 jours pour obtenir un examen. Si seuls 20 jours séparent la demande de rendez-vous du patient du grand jour, enfin arrivé, pour une radio, il doit pointer 76 jours pour une mammographie. « Les temps d'attente sont également particulièrement longs pour réaliser un électrocardiogramme (58 jours) ou une IRM (49 jours). »

Cela dépend bien sûr des Régions : « Si le temps d'attente est quasiment identique à Bruxelles (37 jours) et en Flandre (38 jours), il est bien au-dessus de la moyenne nationale en Wallonie (63 jours). »

Testachats demande qu'un temps d'attente maximum soit fixé par le gouvernement. L'organisation estime qu'un rendez-vous non urgent ne doit pas être un prétexte pour faire attendre les patients pendant des semaines ou des mois.

## Dépenses nettes

Le panel a également été interrogé sur ses dépenses « poche ». En moyenne, les patients déclarent avoir déboursé 39 euros de leur poche lors d'une consultation chez un spécialiste. « 45 % ont payé les tarifs conventionnés, 29 % ont payé plus que les tarifs conventionnés, avec un montant moyen de 56 euros, 25 % ignorent s'ils avaient bénéficié des tarifs conventionnés ou non et seul 1 % des participants ne savaient pas... ce qu'étaient les tarifs conventionnés. »

Dans 47 % des cas, les patients découvrent s'ils ont ou non payé les tarifs conventionnés lorsqu'ils reçoivent le remboursement sur leur compte.

N.d.P.

**DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT.** Zoely 2,5 mg/1,5 mg comprimés pelliculés. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE.** Chaque comprimé actif blanc contient 2,5 mg de nomégestrol acétate et 1,5 mg d'estradiol (sous forme d'hémihydrate). Aucun comprimé placebo jaune ne contient de substance active. **Excipients à effet notoire:** Chaque comprimé actif blanc contient 57,7 mg de lactose monohydraté. Chaque comprimé placebo jaune contient 61,8 mg de lactose monohydraté. **FORME PHARMACÉUTIQUE.** Comprimé pelliculé (comprimé). Le comprimé actif est blanc, rond et porte l'inscription « n » sur les deux faces. Le comprimé placebo est jaune, rond et porte l'inscription « p » sur les deux faces. **DONNÉES CLINIQUES, Indications thérapeutiques.** Contraception orale. La décision de prescrire Zoely doit être prise en tenant compte des facteurs de risque de la patiente, notamment ses facteurs de risque de thrombo-embolie veineuse (TEV), ainsi que du risque de TEV associé à Zoely en comparaison des autres contraceptifs hormonaux combinés (CHC) (voir rubrique Contre-Indications). **Posologie et mode d'administration.** Posologie. Les comprimés doivent être pris à hauteur de 1 comprimé par jour pendant 28 jours consécutifs. Chaque boîte comprend d'abord 24 comprimés actifs blancs, suivis de 4 comprimés placebo jaunes. Une nouvelle boîte doit être entamée immédiatement après que la boîte précédente a été terminée, sans faire de pause et qu'une hémorragie de privation soit présente ou pas. L'hémorragie de privation commence habituellement 2-3 jours après la prise du dernier comprimé blanc et peut ne pas être terminée avant que la boîte suivante soit entamée. **Populations particulières. Insuffisance rénale.** Bien qu'aucune donnée concernant les patientes en insuffisance rénale ne soit disponible, il est peu probable que cette affection ait une incidence sur l'élimination du nomégestrol acétate et de l'estradiol. **Insuffisance hépatique.** Aucune étude clinique n'a été réalisée chez les patientes présentant une insuffisance hépatique. Le métabolisme des hormones stéroïdiennes pouvant être altéré chez les patientes atteintes d'une maladie grave du foie, l'utilisation de Zoely n'est pas indiquée chez ces femmes tant que les valeurs des paramètres de la fonction hépatique ne sont pas revenues à la normale (voir rubrique Contre-indications). **Population pédiatrique.** La sécurité et l'efficacité n'ont pas été établies chez les adolescentes de moins de 18 ans. Il n'y a pas d'utilisation pertinente de Zoely chez les enfants et les adolescentes avant l'apparition des premières règles. **Mode d'administration.** Voie orale. **Comment prendre Zoely.** Les comprimés doivent être pris chaque jour au même moment de la journée, indifféremment au cours ou en dehors des repas. Les comprimés doivent être avalés avec une boisson si nécessaire, dans l'ordre indiqué sur la plaquette. Des autocollants indiquant les 7 jours de la semaine sont fournis. La femme doit sélectionner l'autocollant commençant par le jour où elle débute la prise des comprimés et le coller sur la plaquette. **Comment commencer Zoely.** Si aucun contraceptif hormonal n'était utilisé précédemment (au cours du dernier mois). La plaquette doit être entamée le 1<sup>er</sup> jour du cycle menstruel (c.-à-d. le premier jour de ses règles). Dans ce cas, aucune mesure contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. **Si un CHC (contraceptif oral combiné [COC], anneau vaginal ou dispositif transdermique contraceptif) était utilisé précédemment.** La femme doit commencer à prendre Zoely de préférence le lendemain de la prise du dernier comprimé actif (dernier comprimé contenant les substances actives) du COC utilisé précédemment, et au plus tard le jour suivant la période normale sans comprimé ou avec comprimés placebo de son COC précédent. Si un anneau vaginal ou un dispositif transdermique contraceptif était utilisé, la femme doit commencer à prendre Zoely de préférence le jour du retrait, et au plus tard le jour où un nouveau dispositif aurait dû être mis en place. **Si une méthode uniquement progestative (microcapsule, implant, injection) ou un dispositif intra-utérin (DIU) à libération hormonale était utilisé précédemment.** La femme peut arrêter la microcapsule le jour de son choix et doit commencer à prendre Zoely le lendemain. L'implant ou le DIU peut être retiré n'importe quel jour et Zoely doit être commencé le jour du retrait. Si un contraceptif injectable était utilisé, Zoely doit être commencé le jour où l'injection suivante aurait dû être effectuée. Dans tous ces cas, il doit être conseillé à la femme d'utiliser en complément une méthode contraceptive mécanique jusqu'à ce qu'elle ait pris les comprimés actifs blancs pendant 7 jours sans interruption. **Suite à une interruption de grossesse au cours du premier trimestre.** La femme peut commencer à prendre le traitement immédiatement. Dans ce cas, aucune mesure contraceptive supplémentaire n'est nécessaire. **Suite à un accouchement ou à une interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre.** Il doit être conseillé à la femme de commencer le traitement 21 à 28 jours après l'accouchement ou l'interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre. Si le traitement est

vérés (par exemple : de vomissements ou de diarrhée), l'absorption des substances actives peut être incomplète et des mesures contraceptives complémentaires sont nécessaires. Si les vomissements surviennent dans les 3-4 heures après la prise d'un comprimé blanc, c'est comme si le comprimé avait été oublié et un autre comprimé doit être pris dès que possible. Ce comprimé doit être pris si possible dans les 24 heures qui suivent l'heure habituelle de prise du comprimé. Le comprimé suivant sera alors pris au moment habituel. Si ce délai de 24 heures depuis la dernière prise de comprimé est atteint ou dépassé, les conseils concernant l'oubli de comprimés, tels que fournis dans la rubrique Posologie et mode d'administration « Conduite à tenir en cas d'oubli de comprimés », doivent être suivis. Si la femme ne souhaite pas modifier son calendrier habituel de prise des comprimés, elle devra prendre le(s) comprimé(s) blanc(s) supplémentaires dans une autre boîte. **Comment décaler ou retarder les règles.** Pour retarder ses règles, la femme doit commencer une nouvelle plaquette de Zoely sans prendre les comprimés placebo jaunes de la plaquette en cours. Le prolongement peut être poursuivi aussi longtemps que souhaité jusqu'à la fin des comprimés actifs blancs de la nouvelle plaquette. La prise normale de Zoely est ensuite recommencée une fois que les comprimés placebo jaunes de la deuxième plaquette ont été pris. Pendant cette phase de prolongation, la femme peut connaître des métrorragies ou des « spotting ». Pour décaler l'arrivée de ses règles à un autre jour de la semaine, la femme peut écourter la phase de prise des comprimés placebo jaunes, jusqu'à un maximum de 4 jours. Plus l'intervalle est court, plus le risque de ne pas avoir d'hémorragie de privation et de connaître des métrorragies et des « spotting » pendant la plaquette suivante est élevé (exactement comme lorsque les règles sont retardées). **Contre-indications.** Les CHC ne doivent pas être utilisés dans les situations suivantes. Si l'une de ces affections apparaît pour la première fois au cours du traitement par Zoely, la prise du médicament doit être interrompue immédiatement : - Présence ou risque de thrombo-embolie veineuse (TEV). - Thrombo-embolie veineuse - présence de TEV (patiente traitée par des anticoagulants) ou antécédents de TEV (p. ex., thrombose veineuse profonde [TVP] ou embolie pulmonaire [EP]). - Prédisposition connue, héréditaire ou acquise, à la thrombo-embolie veineuse, telle qu'une résistance à la protéine C activée (PcA) (y compris mutation Leiden du facteur V), un déficit en antithrombine III, un déficit en protéine C, un déficit en protéine S. - Intervention chirurgicale majeure avec immobilisation prolongée. - Risque élevé de thrombo-embolie veineuse dû à la présence de multiples facteurs de risque. - Présence ou risque de thrombo-embolie artérielle (TEA). - Thrombo-embolie artérielle - présence ou antécédents de TEA (p. ex., infarctus du myocarde) ou de prodromes (p. ex., angine de poitrine). - Affection cérébrovasculaire - présence ou antécédents d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou de prodromes (p. ex., accident ischémique transitoire [AIT]). - Prédisposition connue, héréditaire ou acquise, à la thrombo-embolie artérielle, telle qu'une hyperhomocystémiémie ou la présence d'anticorps anti-phospholipides (anticorps anti-cardiolipine, anti-coagulant lupique). - Antécédents migratoires avec symptômes neurologiques focaux. - Risque élevé de thrombo-embolie artérielle dû à la présence de multiples facteurs de risque ou d'un facteur de risque grave tel que : diabète avec symptômes vasculaires ; hypertension artérielle sévère ; dyslipoprotémiémie sévère. - Présence ou antécédents de pancréatite associée à une hypertriglycéridémie sévère. - Présence ou antécédents d'affection hépatique sévère, si le bilan hépatique n'est pas revenu à la normale. - Présence ou antécédents de tumeurs hépatiques (bénignes ou malignes). - Tumeurs malignes hormono-dépendantes (par exemple : des organes génitaux ou des seins) connues ou suspectées. - Existence ou antécédents de méningiomes. - Saignements vaginaux d'étiologie inconnue. - Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients. **Effets indésirables. Résumé du profil de sécurité.** Six essais cliniques multicentriques d'une durée allant jusqu'à un an ont été utilisés pour évaluer la sécurité d'emploi de Zoely. Au total, 3 434 femmes, âgées de 18 à 50 ans, ont été recrutées et traitées sur un total de 33 828 cycles. Les effets indésirables les plus fréquemment signalés dans ces essais cliniques ont été les suivants : acné (15,4 %) et hémorragies de privation irrégulières (9,8 %). Un risque accru de thrombo-embolie veineuse et artérielle, à l'origine d'effets indésirables graves, a été observé avec l'utilisation des CHC. **Liste des effets indésirables.** Les effets indésirables possiblement liés à Zoely qui ont été signalés dans les essais cliniques ou dans le cadre de la pharmacovigilance sont énumérés dans le tableau ci-dessous. Les effets indésirables sont répertoriés selon la base de données MedDRA des classes de systèmes d'organes et classés par fréquence selon la convention suivante : très fréquent (≥ 1/10), fréquent



## NATURALLY MATCHED WITH HER

	PP	>25 ans <sup>1</sup>	<25 ans <sup>2</sup>
ZOELY - 3 x 28 (24+4)	€ 34,05	€ 34,05	€ 25,05
ZOELY - 6 x 28 (24+4)	€ 57,90	€ 57,90	€ 39,90
ZOELY - 13 x 28 (24+4)	€ 113,55	€ 113,55	€ 74,55



Une protection de 24 heures en cas d'oubli d'une pilule<sup>1</sup>



Bon contrôle du cycle<sup>2</sup>



Risque de TEV et TEA comparable à COC-LNG<sup>1,4</sup>



Risque de grossesse non désirée significativement plus faible<sup>1,5</sup>

Recommandé par RIZIV INAMI comme COC en période de périménopause<sup>3</sup>

zoely®

commencé plus tardivement, elles devront recourir en complément à une méthode contraceptive mécanique jusqu'à la fin des 7 premiers jours de prise ininterrompue des comprimés actifs blancs. Cependant, si la patiente a déjà eu des rapports sexuels, l'éventualité d'une grossesse doit être exclue avant d'entamer le traitement par COC ou la femme doit attendre le retour de ses règles. **Conduite à tenir en cas d'oubli de comprimés.** Les recommandations suivantes s'appliquent uniquement aux oublis de comprimés actifs blancs : S'il s'est écoulé moins de 24 heures depuis l'oubli d'un comprimé actif, la protection contraceptive n'est pas altérée. La femme doit alors prendre le comprimé dès qu'elle s'en aperçoit et continuer le traitement à l'heure habituelle. S'il s'est écoulé 24 heures ou plus depuis l'oubli du comprimé actif, la protection contraceptive peut être altérée. La conduite à tenir en cas d'oubli peut être définie d'après les deux règles de base suivantes : 7 jours de prise ininterrompue des comprimés actifs blancs sont nécessaires pour obtenir une inhibition adéquate de l'axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien. 4 Plus le nombre de comprimés actifs blancs oubliés est élevé et plus les comprimés oubliés sont proches des 4 comprimés placebo jaunes, plus le risque de grossesse est important. **Jour 1-7.** La femme doit prendre le dernier comprimé blanc oublié dès qu'elle s'en aperçoit, même si cela implique de prendre deux comprimés simultanément. Elle poursuivra ensuite le traitement à l'heure habituelle. En outre, une méthode contraceptive mécanique telle que le préservatif doit être utilisée jusqu'à ce qu'elle ait terminé 7 jours de prise ininterrompue des comprimés blancs. Si la femme a eu des rapports sexuels au cours des 7 jours précédents, la possibilité d'une grossesse doit être envisagée. **Jour 8-17.** La femme doit prendre le dernier comprimé blanc oublié dès qu'elle s'en aperçoit, même si cela implique de prendre deux comprimés simultanément. Elle poursuivra ensuite le traitement à l'heure habituelle. Si la femme a correctement pris ses comprimés pendant les 7 jours précédant le comprimé oublié, il n'est pas nécessaire d'utiliser une méthode contraceptive supplémentaire. Si toutefois elle a oublié plus d'1 comprimé, il faut lui conseiller d'utiliser une méthode contraceptive supplémentaire jusqu'à ce qu'elle ait terminé 7 jours de prise ininterrompue des comprimés blancs. **Jour 18-24.** Le risque de réduction de la fiabilité est plus élevé en raison de l'imminence de la phase des comprimés placebo jaunes. Cependant, il est encore possible d'éviter la réduction de la protection contraceptive en ajustant le calendrier de prise des comprimés. En suivant l'une des deux options suivantes, il n'est pas nécessaire d'utiliser une méthode contraceptive supplémentaire dès lors que la femme a correctement pris ses comprimés pendant les 7 jours précédant le comprimé oublié. Si ce n'est pas le cas, elle doit respecter la première de ces deux options et utiliser en plus une méthode contraceptive supplémentaire pendant les 7 jours suivants. 1. La femme doit prendre le dernier comprimé oublié dès qu'elle s'en aperçoit, même si cela implique de prendre deux comprimés simultanément. Elle poursuivra ensuite le traitement à l'heure habituelle jusqu'à épuisement des comprimés actifs. Les 4 comprimés placebo de la dernière rangée doivent être jetés. La plaquette suivante doit être entamée immédiatement. Il est peu probable que l'hémorragie de privation survienne avant la fin de la phase des comprimés actifs de la deuxième boîte mais des métrorragies ou « spotting » sont possibles pendant la prise des comprimés. 2. Il peut également être conseillé à la femme d'interrompre la prise des comprimés actifs de la plaquette en cours. Elle peut alors prendre directement les comprimés placebo de la dernière rangée pendant un maximum de 3 jours, de façon à ce que le nombre total de comprimés placebo pris et de comprimés actifs blancs oubliés ne dépasse pas 4, puis continuer avec la plaquette suivante. Si la femme a oublié plusieurs comprimés et ne présente pas ensuite d'hémorragie de privation lors de la prise des comprimés placebo, la possibilité d'une grossesse doit être envisagée. Remarque : si la femme n'est pas certaine du nombre de comprimés oubliés ou de leur couleur et de la recommandation à suivre, elle doit utiliser une méthode contraceptive mécanique jusqu'à ce qu'elle ait terminé 7 jours de prise ininterrompue des comprimés actifs blancs. **Les recommandations suivantes s'appliquent uniquement aux oublis de comprimés placebo jaunes :** La protection contraceptive n'est pas altérée. Les comprimés jaunes situés dans la dernière (4<sup>ème</sup>) rangée de la plaquette peuvent être ignorés. Cependant, il est recommandé de jeter les comprimés blancs oubliés afin d'éviter que la période sous placebo ne soit accidentellement prolongée. **Conseils en cas de troubles gastro-intestinaux.** En cas de troubles gastro-intestinaux sé-

(≥ 1/100, < 1/10), peu fréquent (≥ 1/1 000, < 1/100) et rare (≥ 1/10 000, < 1/1 000). Tableau : liste des effets indésirables. Troubles du métabolisme et de la nutrition : Peu fréquent : augmentation de l'appétit, rétention hydrique ; Rare : réduction de l'appétit. Affections psychiatriques : Fréquent : baisse de la libido, dépression/humeur dépressive, troubles de l'humeur ; Rare : augmentation de la libido. Affections du système nerveux : Fréquent : céphalées, migraine ; Rare : accident cérébrovasculaire, accident ischémique transitoire, troubles de l'attention. Affections oculaires : Rare : intolérance aux lentilles de contact/sécheresse oculaire. Affections vasculaires : Peu fréquent : bouffées de chaleur ; Rare : thrombo-embolie veineuse. Affections gastro-intestinales : Fréquent : nausées ; Peu fréquent : distension abdominale ; Rare : sécheresse buccale. Affection hépatobiliaire : Rare : cholestérolémie, cholestyrolémie. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Très fréquent : acné ; Peu fréquent : hyperhidrose, alopecie, prurit, sécheresse cutanée, séborrhée ; Rare : chloasma, hypertrichose. Affections musculo-squelettiques et systémiques : Peu fréquent : sensation de lourdeur. Affections des organes de reproduction et du sein : Très fréquent : hémorragies de privation anormales ; Fréquent : métrorragie, ménorragie, douleur mammaire, douleur pelvienne ; Peu fréquent : hypoménorrhée, gonflement des seins, galactorrhée, spasmes utérins, syndrome prémenstruel, tuméfaction mammaire, dyspareunie, sécheresse vulvo-vaginale ; Rare : odeur vaginale, infection urologique. Troubles généraux et anomalies au site d'administration : Peu fréquent : irritabilité, œdème ; Rare : faim. Investigations : Fréquent : prise de poids ; Peu fréquent : élévation des enzymes hépatiques. Le terme MedDRA le plus approprié pour décrire chaque réaction indésirable est utilisé. Les troubles synonymiques ou affections liées ne sont pas répertoriés mais doivent être également pris en compte. En plus des réactions indésirables mentionnées ci-dessus, des réactions d'hypersensibilité ont été signalées chez les utilisatrices de Zoely (fréquence indéterminée). Description de certains effets indésirables particuliers. Une augmentation du risque d'événement thrombotique et thrombo-embolie artériel et veineux, incluant l'infarctus du myocarde, l'AVC, les accidents ischémiques transitoires, la thrombose veineuse et l'embolie pulmonaire, a été observée chez les femmes utilisant des CHC ; Déclaration des effets indésirables suspects. La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, Avenue Gallié 5/03, 1210 BRUXELLES. Site internet : [www.notifieruneffetindesirable.be](http://www.notifieruneffetindesirable.be), e-mail : [adr@afmps.be](mailto:adr@afmps.be). Des informations sur les rubriques Mises en garde spéciales et précautions d'emploi, Interactions, Fécondité, grossesse et allaitement, Effets sur l'aptitude à conduire des véhicules et à utiliser des machines. Propriétés pharmacologiques et Données pharmaceutiques se trouvent dans le Résumé des Caractéristiques du Produit complet. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.** Theramex Ireland Limited, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, D01 Y664, Irlande. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.** EU/11/11/690/001, EU/11/11/690/002, EU/11/11/690/003, EU/11/11/690/004. **Mode de délivrance.** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE.** 10/2022. Des informations détaillées sur le médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu>.

TEA = thromboembolie artérielle; TEV = thrombose veineuse profonde; COC = contraceptifs oraux combinés; LNG = lévonorgestrel

**Références :** 1. Zoely. Summary of product characteristics. 2. Mansour D et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2011; 16: 430-43. 3. Aank van menopauze. Consensusvergadering 30 mei 2024. Thivaz, A. S. Reed et al. The European journal of contraception & reproductive healthcare 2021, VOL. 26, NO. 6, 439-446. 5. S. REED et al. The European journal of Contraception & Reproductive Health Care, 2021, vol. 26, no. 6, 439-446.

ZOELY\_BE\_FR\_21803\_Mars2025

Theramex  
For Women. For Health



# Le virus de l'antivaccination

Le président français en visite chez Didier Raoult, à l'IHu de Marseille, le 9 avril 2020.

Auteur de l'ouvrage « Pasteur et les antivax », le Pr Jean-Luc Chappey, historien, explique comment l'opposition aux vaccins à la fin du 19<sup>e</sup> siècle résonne avec la résistance, tout particulièrement en France, observée il y a cinq ans, face aux vaccins prônés contre le covid.

**L**e livre revient sur la victoire de la médecine pasteurienne pour analyser les rapports entre la République et la science, et met à jour les enjeux politiques et sociaux de la vaccination. Plus d'un siècle plus tard, rumeurs et fausses informations sont venues, durant le covid, secouer une société française dont les dirigeants ont parfois agi dans l'urgence, voire la précipitation, le manque de nuance, en utilisant par moment une méthode martiale... Sur base de ses recherches historiques, Jean-Luc Chappey s'essaie à un parallèle.

**Le journal du Médecin : L'OMS a évoqué le terme « d'infodémie » pour désigner l'épidémie d'informations fausses durant la crise du covid...**

**Pr Jean-Luc Chappey :** C'est le jeu de mots facile que les membres de l'OMS avaient trouvé pour désigner l'avalanche d'informations venues de toutes parts, et très hétérogènes, qui ont inondé les réseaux sociaux et que, malheureusement, parfois par manque de formation face à des données de plus en plus complexes d'ailleurs, les médias traditionnels et dominants ont pu reprendre. Je pense en particulier à certaines informations sur le masque.

**Le fait que, par exemple, le président Emmanuel Macron rende visite au Pr Raoult à Marseille au**

**début de la pandémie n'était pas non plus un bon signal...**

En écrivant ce livre, cet épisode m'a d'autant plus choqué que l'on sait ce qu'il est advenu par la suite. On se dit que le Président de la République aurait dû faire montre de plus de prudence. Il y a chez Macron une sorte de côté bravache. Plus ennuyeux, il y a également ce moment où, face à une crise comme celle-là, on se tourne vers un peu n'importe qui : Raoult a pu, à un moment donné, apparaître comme un recours. Macron ne s'est pas rendu compte de l'effet qu'il a pu produire sur le monde médical : il a contribué au brouillage entre ce qu'on appelait au 19<sup>e</sup> siècle les charlatans, et les médecins.

## Fossé social

**La crise du covid révèle, en France, le fossé social et régional...**

Un des objectifs de ce livre est de rappeler que cette question médicale relève autant du politique que du scientifique : il vaut toujours mieux mettre en place une pédagogie du vaccin avant que l'épidémie ne se produise. Ce fut tout aussi évident au moment de la peste de Marseille en 1720 que durant le covid en 2020.

**La communication, la pédagogie, la vulgarisation ont fait défaut...**

Exactement. Pendant une crise, il est toujours difficile de faire de la pédagogie. La crise ne fait que radicaliser fina-

lement un certain nombre, non pas d'oppositions, mais de mises à distance entre le monde des savants, qui eux considèrent qu'ils n'ont pas le temps forcément de faire la vulgarisation, et le grand public. En France, le gouvernement a créé un ensemble de comités qui, parfois, ne parvenaient plus à faire ce travail de vulgarisation vers le public. Mais plus encore, ces comités ne se parlaient même plus entre eux. Il y a eu, au final, un renfermement des informations, et donc de la difficulté à faire de la politique dans ce moment de crise.

réagi de manière très ferme avec des attestations, des limitations de déplacement à un kilomètre autour de chez soi... Le dossier autour de la vaccination est un dossier politique.

**Déclarer également que le pays est en guerre, c'est postuler qu'il n'y a pas de contestation, pas d'alternative possible. Une posture qui s'est accompagnée d'une infantilisation, comme si l'État faisait face à des adolescents rebelles, en quelque sorte ?**

Exactement. Dans le livre, je fais la distinction entre les élites civilisatrices



**« Ce n'est pas durant une crise que vous allez convaincre les sceptiques. »**

– Pr Jean-Luc Chappey

## Jacquerie vaccinale

**Face aux mesures très strictes imposées en France, et de façon verticale, peut-on parler de jacquerie vaccinale ?**

Le covid advient un an après les gilets jaunes : difficile, dès lors, de ne pas faire le lien. Grâce à des travaux de sociologues, on s'est aperçu qu'il existait un lien étroit, motivé par des raisons politiques : 'Je ne me vaccine pas, parce que je suis opposé à Macron, opposé à l'État'. Et il est vrai que les autorités ont

et le peuple enfant : l'idée a déjà prévalu au moment de la Révolution française qu'il y a des élites formées, qui savent, et puis le peuple à civiliser, à éduquer... et désormais à vacciner. De nombreux historiens des sciences mettent en garde contre cet écart qui ne fait que se creuser, et où l'on postule que désormais, les sciences sont tellement complexes que finalement elles ne peuvent plus être vulgarisées face à une population qui, au bout du compte, ne comprendrait rien.

L'épisode ancien du sang contaminé, un des épisodes les plus dramatiques en santé en France, a-t-il eu un impact sur l'attitude du public ?

Bien entendu. Et du fait des scandales médicaux à répétition, la pédagogie est d'autant plus importante, avec la politique vaccinale, qu'un vaccin ne va pas de soi : cela ne l'était pas du temps de Pasteur, et ça l'est encore moins aujourd'hui. Qui produit les vaccins ? Dans quel but ? Ces questions peuvent être légitimes à poser : l'État, justement, et les partis politiques doivent se saisir de cette question et ne pas attendre qu'il y ait une crise pour initier ce débat. Comme je le montre dans l'ouvrage, du temps de Pasteur, on voit bien qu'entre le moment où vous êtes vacciné et celui où vous guérissez, il y a un laps de temps qui se produit ; des accidents peuvent parfois, bien que très rarement, survenir : tout cela, il faut l'expliquer, or très souvent, on omet cet aspect. On en arrive, dans le cas d'Emmanuel Macron, à faire cette distinction entre ce qu'il appelait 'les Amish', ceux qui étaient contre le progrès, et les autres.

## Solidarité vaccinale

La devise de la République devient : 'liberté, égalité, fraternité, vacciné' ?

Exactement. L'expression d'une solidarité vaccinale.

**Le fait de se vacciner, c'est donc affirmer son appartenance à la République ?**

Exactement, et c'est la grande victoire de Pasteur dans ce moment politique des années 1885-1900, où l'on sait que la République française est confrontée à des défis importants, le boulangisme, les crises économiques et financières. Et si Pasteur devient un grand homme, c'est aussi parce qu'il permet de recréer une Nation en écartant les extrêmes : on va mettre de côté un ensemble d'opposants, justement en valorisant ce qu'on appelait à l'époque la solidarité, c'est-à-dire l'idée que pour être un bon citoyen, il va falloir être un citoyen vacciné. La République repose désormais sur cette nouvelle solidarité vaccinale.

**Vous évoquez la chercheuse Jolanta Skomska-Godefroy, qui écrit que**

c'est durant les crises épidémiques que le vaccin est le plus contesté...

Attendre la crise pour expliquer n'est jamais une bonne tactique. Au plus fort de la crise coïncide le moment où les personnes les plus fragiles sont le plus victimes de cet ensemble de désinformations, de fantasmes. Ce n'est pas à ce moment-là qu'il faut vendre le vaccin. Ceux qui se vaccinent, ce sont ceux qui sont convaincus d'avance. Et malheureusement, ils sont de moins en moins nombreux. Ce n'est pas durant une crise que vous allez convaincre les sceptiques.

**Beaucoup plus qu'en Belgique, en France, il y a eu à la fois la peur du virus... et du gendarme !**

Tout à fait. C'est la peur sur laquelle l'État a joué avec cette obligation d'attestation, notamment. Le confinement a servi d'expérience de gestion des populations de manière coercitive, on le sait, des enquêtes ont été réalisées à ce propos, mais avec des consignes complètement aberrantes, par exemple interdire aux gens de sortir lorsqu'ils habitaient face à une plage, des surveillances

effectuées par drones. Ce qui est intéressant, c'est que tout cela s'accompagnait d'une sorte de résilience totale de population. Avec le recul, l'expérience paraît instructive, qui montre qu'un pays comme la France peut très vite s'ouvrir à des modes de gestion que l'on peut qualifier sinon de policière, en tout cas d'autoritaire.

**Un entretien de Bernard Roisin**



Jean-Luc Chappey.  
*Pasteur et les antivax*. Agone.

# Souplesse articulaire<sup>1</sup> & tendons

AMÉLIORATION PROUVÉE  
DE LA MOBILITÉ ARTICULAIRE<sup>2</sup>

98% Mobilité améliorée<sup>2</sup>

Origine naturelle

Max Hautement dosé

1 comprimé par jour



Disponible en duopack

**Mobilityl Max** est un complément alimentaire à base de curcuma qui allie l'efficacité du *Curcuma longa* à celle de 3 autres extraits de plantes (*Boswellia serrata*, *Kaempferia galanga* et *Piper nigrum*).

### Le résultat ?

Une **composition complète** offrant des **résultats** encore **plus rapides** pour les articulations sensibles<sup>1</sup>.

Piperine free



En pharmacie

<sup>1</sup> L'extrait de curcuma contribue au maintien de la flexibilité articulaire.  
<sup>2</sup> Amalraj A. et al., 2019. Evaluation basée sur une diminution des CRP.

Made in Belgium



www.mobilitylmax.com

Passion for family health

Trenker  
by Erudite.Health

# Prix Galien Médicament : les candidats



Le journal du Médecin/*Artsenkrant* organise, depuis 43 ans, le prestigieux Prix Galien, qui promeut l'innovation dans le domaine des soins de santé. Dix candidats sont en lice, cette année, pour le Prix du Médicament. Nous vous en présentons six dans cette édition. La cérémonie de remise des prix se déroulera le mercredi 21 mai 2025.

## Elahere®



**abbvie**

Le mirvétuximab soravtansine (MIRV) est un anticorps conjugué (ADC) innovant pour le traitement du cancer de l'ovaire. Premier ADC ciblant le récepteur alpha du folate (FR $\alpha$ ), il est constitué d'un anticorps monoclonal IgG1 lié à l'agent cytotoxique DM4, via un linker clivable. Ce mécanisme cible la libération du DM4 dans les cellules tumorales, provoquant leur apoptose.

Destiné aux patientes atteintes d'un cancer ovarien résistant au platine (PROC) exprimant le FR $\alpha$ , MIRV a démontré lors de l'étude pivot MIRASOL une supériorité en survie sans progression et survie globale par rapport aux thérapies actuelles, adressant un besoin médical non satisfait. Un test par immunohistochimie du FR $\alpha$  identifie les patientes susceptibles d'en bénéficier, garantissant une approche ciblée. Pour la première fois en 30 ans, MIRV marque une avancée thérapeutique majeure pour le cancer de l'ovaire résistant au platine, en offrant de meilleures chances de survie.

Références : SmPC Elahere ; Moore et al. Mirvetuximab Soravtansine in FR $\alpha$ -Positive, Platinum-Resistant Ovarian Cancer. *N Engl J Med.* 2023; 389 (23) : 2162-2174.

## Truqap®



**AstraZeneca**

Truqap® (capivasertib) est un médicament innovant pour le traitement du cancer du sein avancé ou métastatique, positif aux récepteurs hormonaux (RH+) et négatif

au récepteur 2 du facteur de croissance épidermique humain (HER2-). Premier inhibiteur sélectif d'AKT approuvé dans cette indication, il représente un progrès significatif dans la thérapie ciblée. Utilisé en association avec le fulvestrant, Truqap® est spécifiquement conçu pour les patientes présentant une ou plusieurs altérations des gènes PIK3CA/AKT1/PTEN.

Cette approche personnalisée est une avancée importante dans la médecine de précision. Truqap® agit en bloquant l'activité des protéines kinases AKT, cruciales dans la voie de signalisation PI3K/AKT/mTOR, souvent suractivée dans les cancers du sein. Cette inhibition ciblée permet de freiner la croissance et la prolifération des cellules cancéreuses, offrant une nouvelle option thérapeutique pour les patientes dont le cancer a progressé malgré les traitements hormonaux antérieurs.

## Rybrevant®



**Johnson & Johnson**

Rybrevant® (amivantamab), un anticorps bispécifique du récepteur du facteur de croissance épidermique - transition épithélio-mésenchymateuse (EGFR-MET), a un méca-

nisme d'action unique, par le blockage des ligands, la dégradation des récepteurs et l'activité des cellules immunitaires.<sup>[1]</sup> Ce traitement ciblé a été approuvé en Europe pour quatre indications, dont trois en 2024 pour le cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) avancé avec des mutations EGFR.<sup>[2]</sup> Trois essais cliniques randomisés de phase 3 ont montré une efficacité supérieure, tout en garantissant un profil de sécurité gérable des combinaisons d'amivantamab par rapport au traitement standard.<sup>[1,3,4]</sup>

C'est le premier traitement ciblé approuvé en première ligne et après échec d'un traitement à base de sels de platine pour les patients présentant des mutations activatrices EGFR insertion exon 20, une population difficile à traiter avec un besoin médical élevé non satisfait. C'est également une nouvelle option thérapeutique pour les patients atteints de CBNPC avancé avec des mutations EGFR communes en première ligne et après échec d'une thérapie antérieure, y compris un inhibiteur de la tyrosine kinase de l'EGFR (TKI).<sup>[2]</sup>

1. Cho B C et al. *New England Journal of Medicine* 2024; 391: 1486-1498
2. Rybrevant Summary of Product Characteristics
3. Passaro A. et al. *Annals of Oncology* 2024; 35 (1): 77-90
4. Zhou C. et al. *New England Journal of Medicine* 2023; 389: 2039-2051

## Piasky®



**Roche**

Piasky® est un C5-inhibiteur de nouvelle génération et le seul traitement sous-cutané toutes les quatre semaines pour le traitement de HPN. L'hémoglobinurie paroxysmique nocturne (HPN) est une maladie du sang rare, chronique, débilitante et potentiellement mortelle qui se caractérise par la destruction des globules rouges, entraînant une anémie sévère, des caillots sanguins et une altération de la fonction de la moelle osseuse. Malgré l'amélioration clinique apportée par les inhibiteurs C5, ces thérapies intraveineuses restent lourdes, avec des perfusions à vie qui ont un impact significatif sur la qualité de vie.

Piasky® (crovalimab), un C5-inhibiteur de nouvelle génération, fait progresser les thérapies existantes grâce à sa technologie de recyclage des anticorps. Piasky® permet non seulement de contrôler la maladie de manière aussi efficace et durable, mais surtout offre une administration sous-cutanée plus pratique, qui peut avoir lieu soit à l'hôpital soit à domicile et cela seulement une fois toutes les quatre semaines. Piasky® peut donner aux patients la liberté de se réapproprier leur vie en évitant une administration fastidieuse.

Summary of Product Characteristics PiaSky (crovalimab); last update 17.12.2024  
Kaiser K, et al. *Patient Prefer Adherence* 2020; 14: 705-15;  
Bordonaro S, et al. *Patient Prefer Adherence* 2014; 8: 917-23  
Peffault de Latour R, et al. *Semin Hematol* 2022b; 59: 38-46;  
Röth A, et al. *Blood* 2020; 135: 912-20  
Röth A, et al. EHA 2023; oral presentation (abstract S181)

## Leqembi®



La maladie d'Alzheimer (AD) est une maladie neurodégénérative progressive et la forme la plus courante de démence. La maladie provoque des troubles cognitifs, notamment des pertes de mémoire, de la confusion et des changements de personnalité. Au fur et à mesure que la maladie progresse, les patients perdent leur capacité à vivre de manière autonome et deviennent complètement dépendants des autres pour les soins. La maladie se caractérise par l'accumulation de protéines bêta-amyloïdes (Aβ) dans le cerveau, qui s'accumulent en plaques amyloïdes.

Leqembi® est un anticorps monoclonal humanisé qui se lie aux peptides Aβ agrégés et les marque pour qu'ils soient éliminés par le système immunitaire. Alors que les thérapies actuelles se limitent à un soulagement symptomatique des troubles cognitifs, Leqembi® est le premier traitement approuvé qui ralentit la progression de la maladie en s'attaquant à la cause sous-jacente de AD et qui répond à un besoin médical non satisfait dans ce domaine thérapeutique.

## Winrevair®



Winrevair® (sotatercept) représente une avancée majeure dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), en ciblant la cause sous-jacente de la maladie plutôt qu'en se limitant à la gestion symptomatique. Dans l'HTAP, le remodelage vasculaire induit une augmentation de la pression artérielle pulmonaire, pouvant entraîner une insuffisance cardiaque droite.

Winrevair®, le premier inhibiteur de la signalisation de l'activine, rééquilibre la signalisation pro- et antiproliférative au niveau des cellules endothéliales et musculaires lisses de la paroi vasculaire. Associé à un traitement vasodilatateur standard, il améliore significativement la capacité fonctionnelle, les paramètres hémodynamiques, la qualité de vie, et réduit le risque de détérioration clinique ou de décès de 82 %, avec un profil de sécurité gérable. Avec ses résultats cliniques robustes, Winrevair® offre ainsi une nouvelle perspective aux patients atteints de cette maladie rare potentiellement fatale.

# Prix Galien Pharmacologie : les candidats



De talentueux chercheurs sont également récompensés, depuis des années, à l'occasion de la remise du Prix Galien. Quatre candidats sont en lice pour le Prix de Pharmacologie, cette année. Nous vous en présentons deux dans cette édition, rendez-vous dans le prochain numéro du journal du Médecin pour découvrir les deux autres chercheurs.

## Laure Bindels (UCLouvain)



Le tacrolimus, médicament essentiel pour éviter le rejet d'organes après une greffe, est souvent mal dosé, entraînant des risques d'échec thérapeutique ou d'effets secondaires. En Belgique, près de 40 % des personnes en attente de greffe ne trouvent pas d'organe, soulignant l'urgence de garantir le succès des greffes.

**Cette recherche, menée avec la Pre Laure Elens et la Dre Alexandra Degraeve, dévoile l'impact du microbiote intestinal sur l'absorption du tacrolimus, apporte un éclairage sur les mécanismes sous-jacents et suggère que le microbiote contribue à la variabilité du dosage nécessaire à atteindre les niveaux cibles du médicament.**

**En comprenant comment le microbiote influence ce dosage, nous pourrions ajuster celui-ci de manière plus précise, améliorant ainsi l'efficacité du traitement et réduisant les risques d'échec de la greffe. Ces avancées offrent également la possibilité d'atténuer les effets secondaires liés à ces médicaments, ouvrant de nouvelles perspectives, plus personnalisées, aux patients transplantés.**

## Hendrik Vercammen



SIGHT001-18 de Sightera Biosciences BV, spin-off de l'UA/UZA, est une petite molécule innovante, dotée d'un mécanisme d'action immuno-oncologique unique, conçue grâce à une approche IA avancée. Spécifiquement développée pour traiter des cancers agressifs et difficiles à soigner, comme le cancer du pancréas, elle repose sur des modèles centrés sur le patient, notamment les organoïdes et les systèmes

*patient-in-a-plate.*

Grâce à une validation préclinique robuste et des résultats in vivo très prometteurs, SIGHT001-18 a démontré son efficacité, et est désormais brevetée. Elle est prête pour une avancée vers des études cliniques, en partenariat avec l'industrie pharmaceutique. Ce composé innovant représente une percée majeure en oncologie et offre un nouvel espoir aux patients souffrant de cancers résistants aux traitements. Il illustre le potentiel de l'IA lorsqu'elle est intégrée de manière stratégique dans la découverte de nouvelles thérapies.

# La Belgique, élève modèle de l'accessibilité hospitalière ?

La dernière analyse géographique d'Eurostat, publiée à l'occasion de la Journée mondiale de la santé, dresse un tableau contrasté de l'accessibilité hospitalière en Europe. En moyenne, 83 % des citoyens de l'Union résident à moins de 15 minutes de route d'un hôpital. La carte flatte en partie la Belgique : plusieurs grandes villes sont bien couvertes, certains arrondissements atteignent les 100 %. Mais que vaut cette performance quand des zones rurales échappent à cette proximité, que certains services se concentrent, que les généralistes manquent dans certaines régions, et que les inégalités sociales persistent ?

**L**a cartographie d'Eurostat donne à voir une Europe dans laquelle plus de huit personnes sur dix vivent à moins de 15 minutes en voiture d'un hôpital. À première vue, l'image est celle d'un continent bien irrigué par ses infrastructures de soins, où les distances critiques semblent maîtrisées. C'est d'ailleurs ce que laisse entendre la présentation officielle, qui souligne une progression constante depuis 20 ans dans la plupart des États membres.

Pendant, dans plusieurs régions d'Europe centrale ou méridionale, la promesse des 15 minutes reste hors d'atteinte. C'est le cas dans des zones rurales de Roumanie, de Bulgarie, ou dans les archipels grecs, mais aussi dans certaines provinces montagneuses du sud de l'Espagne ou du nord de l'Italie. Moins de la moitié des habitants y ont accès à un hôpital dans ce laps de temps. Eurostat le formule sans détour : « *les conditions géographiques et la faible densité de population rendent difficile une couverture équitable, ce qui peut affecter directement la rapidité de prise en charge* ». Le constat est clair : derrière la moyenne européenne, un accès aux soins à plusieurs vitesses.

## Des écarts plus marqués qu'on ne le croit

À l'échelle européenne, la Belgique se situe dans le peloton de tête. Son maillage hospitalier dense, combiné à une urbanisation concentrée et à un réseau routier performant (quoi que l'on pense de l'état des routes), lui assure des taux d'accessibilité parmi les plus élevés de

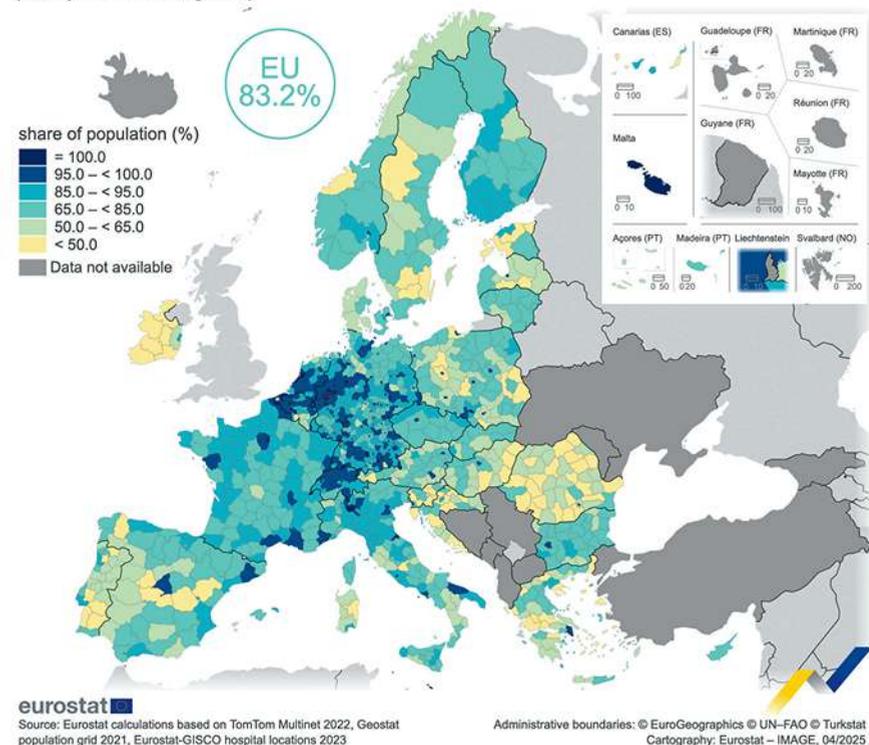
l'Union. C'est particulièrement visible dans certaines agglomérations : à Charleroi, Bruges ou encore Ypres, l'ensemble de la population vit à moins de 15 minutes d'un hôpital. Liège, Mons et Bruxelles affichent également des scores proches de la perfection, dépassant les 98 %.

Mais dès que l'on zoome au niveau des arrondissements, le vernis s'écaille. Sur les 43 entités belges recensées dans les statistiques d'Eurostat, dix présentent une accessibilité inférieure à 90 %, et certaines dégringolent bien en dessous. C'est le cas notable de Philippeville (28,8 %) et Dixmude (48,7 %), les deux seuls arrondissements sous les 50 %. Ces écarts ne sont pas anecdotiques. Ils révèlent des fragilités durables dans le paysage des soins. Contrairement à ce que laisse entendre la moyenne nationale, la couverture géographique reste inégale. La proximité n'est pas uniforme, et l'équité dans l'accès aux soins reste une promesse plus qu'une réalité.

## Une illusion d'équité ?

Outre la densité hospitalière, le dessous des cartes d'Eurostat cache une série de biais. L'accessibilité mesurée est exclusivement géographique : il s'agit du temps estimé pour rejoindre un hôpital en voiture, dans des conditions normales de circulation. Ce critère ne tient ni compte de l'heure de la journée, ni de l'existence d'un réseau de transports publics adapté, ni des capacités réelles de prise en charge une fois le seuil de l'hôpital franchi.

Population living within 15 minutes driving time of a hospital, 2023 (% by NUTS 3 regions)



« *L'indicateur ne mesure ni la qualité ni la disponibilité effective des services. Il ne tient pas compte de l'accès pour les personnes non motorisées* », confesse Eurostat. Autrement dit, on peut vivre à dix minutes d'un hôpital, sans pouvoir y accéder facilement, et sans y trouver les soins recherchés. La proximité n'est pas une garantie de qualité ni de prise en charge immédiate. Une maternité peut avoir été fermée, un service de soins intensifs déplacé, un service d'urgence peut être saturé.

En Belgique, cette dissociation entre distance et accès réel se manifeste notamment dans les structures satellites des réseaux hospitaliers. Certaines structures assurent encore une présence physique mais ont vu leurs plateaux techniques, voire leurs services d'hospitalisation, être transférés ailleurs dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier et des réseaux, aujourd'hui encore au point mort. Les patients, eux, voient parfois l'hôpital rester en façade, mais la capacité réelle s'éroder peu à peu. Le seuil reste proche, mais la réponse s'éloigne.

## La Belgique n'est pas épargnée

« *Même dans les pays aux taux d'accessibilité les plus élevés, certaines régions périphériques ou montagneuses affichent des valeurs nettement inférieures* », remarque Eurostat. Ce constat s'incarne aussi dans certaines zones belges. Virton (52,7 %), Philippeville (28,8 %), Marche-en-Famenne (56,5 %) ou encore Neufchâteau (62,5 %) affichent des taux d'accessibilité à moins de 15 minutes qui les placent très en deçà non seulement de la moyenne nationale, mais aussi de la moyenne européenne. On reste ici dans des territoires belges où la distance à l'hôpital devient, objectivement, un facteur de risque. « *Ces disparités territoriales peuvent induire une perte de chance pour les patients dans les cas de soins urgents ou spécialisés* », souligne Eurostat.

Ces chiffres ne sont pas le fruit du hasard : ils concernent essentiellement le sud de la province de Namur et la majorité de la province de Luxembourg. Relief plus accidenté, habitat dispersé, axes routiers plus rares ou sinueux : le

maillage y est plus difficile à maintenir, et les temps de trajet s'allongent malgré la présence d'infrastructures hospitalières dans les villes principales. L'accessibilité n'est plus alors une simple question de kilomètres, mais de configuration du territoire.

### Une première ligne absente

L'un des angles morts des rapports d'Eurostat est sans doute le plus structurant : aucun indicateur ne mesure l'accès aux soins de première ligne. L'infrastructure hospitalière est visible, cartographiable, quantifiable. Ce n'est pas le cas du maillage ambulatoire, pourtant essentiel dans le fonctionnement des systèmes de santé européens. Or c'est bien là, dans la relation avec un généraliste, une maison médicale ou un centre de santé mentale, que se joue souvent l'accès réel aux soins.

En Belgique, cette dimension est centrale. Le généraliste est le pivot du système. Mais dans plusieurs zones rurales wallonnes, ce maillage est en tension. Le KCE, la Fédération des maisons médicales, les syndicats médicaux ou encore

## La menace silencieuse des réorganisations hospitalières

Depuis une dizaine d'années, plusieurs pays de l'Union ont engagé des processus de rationalisation de leur offre hospitalière, invoquant la qualité des soins, la maîtrise budgétaire et l'efficacité des équipements. En France, des dizaines de services d'urgences ont été convertis, recentrés ou tout simplement fermés. En Allemagne, des établissements de petite taille ont fusionné ou disparu, laissant certaines zones rurales sans point d'ancrage hospitalier. La Belgique a choisi une voie plus graduelle. La création des réseaux hospitaliers locorégionaux a permis

d'organiser la répartition des missions entre institutions, d'éviter les redondances, de mutualiser certaines fonctions. Mais ce mouvement a aussi conduit, dans les faits, à une centralisation de certains services - urgences spécialisées, pédiatrie, soins intensifs - dans un nombre plus restreint de sites. Dans plusieurs provinces, des patients doivent désormais parcourir davantage de kilomètres pour accéder à un plateau technique complet, même si le bâtiment « hôpital » est toujours là. « La centralisation peut améliorer la qualité clinique, mais si elle n'est pas

accompagnée d'alternatives concrètes de transport ou de première ligne, elle aggrave les inégalités territoriales », en garde Eurostat, sans citer de pays en particulier. L'alerte est claire : l'accessibilité ne se mesure pas seulement à la présence d'un hôpital, mais à la capacité effective d'y obtenir les soins nécessaires. Un service qui ferme, ce n'est pas toujours un hôpital qui disparaît. Mais c'est parfois un trajet plus long pour un accouchement, une prise en charge différée pour un AVC, ou une minute de trop face à un infarctus. Et cela, les cartes d'Eurostat ne le mesurent pas encore.

Sciensano alertent régulièrement sur les pénuries croissantes de généralistes, notamment dans les zones à faible densité ou à population vieillissante. Certains patients se retrouvent sans médecin traitant, ou contraints d'attendre plusieurs semaines pour un rendez-vous de base. Dans ces conditions,

même la proximité d'un hôpital ne garantit rien. Elle peut au contraire traduire un contournement : quand la première ligne est absente, les urgences deviennent la porte d'entrée par défaut.

Eurostat n'ignore pas cet enjeu. Dans ses conclusions, l'institut rappelle que « l'accessibilité géographique est une

condition nécessaire, mais non suffisante pour garantir un accès effectif aux soins ». Il invite à regarder au-delà des cartes, à considérer la complexité des parcours de soins. Et à ne pas confondre proximité et accessibilité.

Laurent Zanella

# Imutis Des solutions pour toute la famille



- 9 Milliards de bactéries
- + 6 Milliards de levures
- + Extrait de myrtille
- + Sporogènes
- + FOS
- + Vitamine D



Utilisation : 1 à 2 par jour.  
Existe en 15, 30 et 60.



\* L'extrait de myrtille contribue à normaliser le transit intestinal. • Compléments alimentaires : Imutis Max NUT/PL/AS 21/74 - Imutis Digest PL/AS 21/88 - Imutis Detox PL/AS 21/83 - Imutis Baby NUT/AS 21/43 - Imutis Cerevisia AS 21/91 • Dispositifs médicaux : Imutis colic CE0426 - Imutis IBS CE0477 ©Trenker - 2024-10

Made in Belgium



www.trenker.be  
www.imutis.be

Passion for family health

Trenker  
by Erudite.Health

# Le réseau de médecins vigies de Sciensano a besoin de vous

**ÉPIDÉMIOLOGIE** En Belgique, une centaine de cabinets de médecins généralistes participe à la surveillance épidémiologique de plusieurs problèmes de santé, infectieux ou non, en transmettant des données qui aident les responsables politiques à définir les priorités et à évaluer la politique de santé.

**L**e journal du Médecin : En 1979, pourquoi a-t-on décidé de créer un 'réseau de médecins généralistes vigies' ?

Sherihane Bensemmane, coordinatrice du réseau : À l'époque, il n'y avait pas de collecte de données via les médecins généralistes, mais il y avait une demande pour disposer d'un système de surveillance en première ligne, qui permette de détecter plus précocement les problèmes. Ce réseau sentinelle permet donc de collecter des données de santé au niveau de la première ligne de soins via les médecins généralistes et de rendre visible ce qui se passe dans la population générale sur le plan de la santé [1]. L'objectif étant d'aider les responsables politiques à définir les priorités et à évaluer la politique de santé. Par ailleurs, ce réseau répond aussi à des demandes officielles : par exemple, le reporting des syndromes grippaux/IRA est une obligation, la Belgique doit collecter ces données pour des instances nationales et internationales (comme l'ECDC, par exemple).

**Comment fonctionne le réseau ?**

Il y a deux parties : la surveillance virologique et l'enregistrement de thématiques infectieuses et non infectieuses. Pour la surveillance virologique, les médecins prélèvent des échantillons nasaux sur leurs patients symptomatiques et les envoient au laboratoire de Sciensano. Pendant l'hiver, on fait un séquençage de 16 virus différents et pendant la période estivale, de deux : le VRS et le covid-19.

Pour l'autre partie, les médecins vigies enregistrent directement via une plateforme en ligne des données sur diverses thématiques. Certaines, comme les infections respiratoires aiguës (IRA) et les syndromes grippaux, sont suivies de manière continue, d'autres sont étudiées à intervalles réguliers. Pour la surveillance hebdomadaire des syndromes



grippaux/IRA et gastro-entérites, les médecins remplissent un formulaire qui reprend le nombre de cas par semaine et tranches d'âge.

Ensuite, il y a des thématiques annuelles choisies par le comité d'accompagnement composé par les Régions, des représentants de MG (Domus Medica, SSMG) et des départe-

65 ans, la collecte des données a eu lieu entre 2019 et 2021 et le rapport, intitulé « Épidémiologie, facteurs de risque et prévention des chutes chez les personnes âgées en soins primaires », est sorti l'année passée [2]. Pour les psychotropes, la collecte des données s'est arrêtée en mars 2024, je suis en train de les analyser.



**« Ces dernières années, on a multiplié les initiatives pour recruter des médecins afin de rajeunir le réseau et l'agrandir. »**

– Sherihane Bensemmane, coordinatrice du réseau des médecins vigies de Sciensano

ments universitaires de MG et quelques MG du réseau. Cette année, il s'agit des infections sexuellement transmissibles, de la varicelle/zona ou névralgie post-zostérienne, des morsures de tiques et/ou suspicion de la maladie de Lyme et de la planification anticipée des soins. Ici, le médecin remplit un questionnaire chaque fois qu'il rencontre un nouveau cas en consultation.

**Par exemple, les chutes chez les personnes âgées ou les psychotropes...**

Oui, pour les chutes chez les plus de

cins vigies sont incluses dans des rapports annuels qui reprennent celles des laboratoires sentinelles et d'autres sources. Nos données sont ainsi complémentaires à d'autres. Notre réseau est par exemple le seul qui permette d'avoir des informations sur l'érythème migrant.

Nous présentons également nos résultats lors de conférences nationales ou internationales (Wonca, *European Public Health Conference...*), lors de Glems ou via d'autres canaux (par exemple, pour les psychotropes, le projet Belpep). On collabore avec les universités dans le but d'améliorer les prises en charge ou les connaissances sur ce qui se passe en première ligne de soins. Enfin, on publie dans des revues scientifiques nationales ou internationales.

**Combien y a-t-il de médecins vigies ?**

Actuellement, 70 cabinets participent régulièrement au réseau. Le but du réseau est de couvrir à peu près 1 % de la population générale au niveau national, régional, provincial et si possible des arrondissements. On aimerait recruter plus de généralistes pour atteindre ce minimum de 1 %, voire plus, et améliorer la représentativité du réseau qui varie selon les régions. L'ouest de la Flandre et le sud de la Wallonie sont déficitaires en médecins vigies, ce qui correspond aux zones où il y a le moins de MG en Belgique.

**Quel est l'âge moyen des médecins vigies ?**

Il est plutôt élevé parce qu'il suit la tendance de la population de MG. Mais on a de plus en plus de jeunes qui rejoignent le réseau, à l'exemple du Dr Benjamin Michel (*à lire dans notre prochaine édition*). En 2023, parmi les médecins réguliers, l'âge médian était de 62 ans, avec un intervalle de 45 à 68 ans. Lors de la création du réseau, les participants étaient plutôt jeunes, ils commençaient leur pratique. Ces dernières années, on a multiplié les initiatives

pour recruter des médecins afin de rajeunir le réseau et l'agrandir.

De façon générale en Belgique et en particulier en soins primaires, il n'y a pas assez de professionnels de santé. Cette situation s'observe forcément dans le réseau, d'une part parce que les médecins sont surchargés de travail et d'autre part, parce que le réseau est méconnu. Quand on ne sait pas à quoi ça ressemble, on imagine toujours que c'est beaucoup plus compliqué qu'en réalité. Que diriez-vous pour convaincre des généralistes de s'engager dans cette surveillance?

Je leur dirais qu'il ne faut pas avoir peur du réseau. Ceux qui s'intéressent à la santé publique seront attirés par un projet comme celui des médecins vigies. Mais on peut aussi leur dire que les rapports annuels individuels envoyés aux participants leur permettent d'avoir d'autres informations complémentaires sur leur pratique et de la comparer au reste du réseau. S'ils le désirent, ils peuvent participer au comité d'accompagnement pour choisir les thématiques à surveiller, ou faire partie du groupe d'auteurs collaboratifs selon les publications. Les membres du réseau ont accès à des webinaires internes accrédités qui leur permettent d'être informés et de discuter des données en groupe restreint. Il y a une petite compensation financière (300 euros si au moins 26 semaines de participation par an), cependant la motivation principale est de participer à l'effort de santé publique.

D'autre part, c'est flexible, l'échantillonnage virologique n'est pas une obligation. La collecte hebdomadaire des données sur la grippe consiste juste à communiquer des chiffres et on envoie un e-mail de rappel chaque semaine avec tous les liens pour introduire les données. On essaie d'être proches des médecins du réseau et de répondre à leurs difficultés.

En résumé, être médecin vigie est utile pour la médecine générale, et cela permet de s'approprier la surveillance et l'utilisation des données. C'est une façon d'avoir une image plus globale de ce qui se passe en première ligne dans notre pays.

### Un entretien de Martine Versonne

[1] [www.sciensano.be/fr/projets/reseau-de-medecins-generalistes-vigies](http://www.sciensano.be/fr/projets/reseau-de-medecins-generalistes-vigies)

[2] [www.sciensano.be/en/biblio/epidemiologie-facteurs-de-risque-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-en-soins](http://www.sciensano.be/en/biblio/epidemiologie-facteurs-de-risque-et-prevention-des-chutes-chez-les-personnes-agees-en-soins)



# RYBELSUS® semaglutide tablets

**-14%**

**Rybelsus® a démontré une réduction significative de 14% du risque de MACE\* chez les adultes atteints de diabète de type 2 dans l'étude SOUL, en plus du traitement standard<sup>1</sup>**

## L'efficacité d'un GLP-1 RA\*\* dans un comprimé par jour!<sup>2,3</sup>

**Rybelsus® 3 mg comprimés, Rybelsus® 7 mg comprimés, Rybelsus® 14 mg comprimés. Composition :** Chaque comprimé contient 3 mg, 7 mg ou 14 mg de semaglutide (analogue du glucagon-like peptide-1 humain (GLP-1) produit dans des cellules *Saccharomyces cerevisiae* par la technique de l'ADN recombinant). **Excipient à effet notoire :** Chaque comprimé, quel que soit le dosage du semaglutide, contient 23 mg de sodium. **Forme pharmaceutique :** Comprimé. Comprimé ovale, blanc à jaune pâle (7,5 mm x 13,5 mm), gravé « 3 » (Rybelsus 3 mg), « 7 » (Rybelsus 7 mg) ou « 14 » (Rybelsus 14 mg) sur une face et « novo » sur l'autre face. **Indications :** Rybelsus est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique afin d'améliorer le contrôle glycémique : • en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications • en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète. Pour les résultats des études concernant les associations, les effets sur le contrôle glycémique et les événements cardiovasculaires, ainsi que sur les populations étudiées, voir les rubriques 4.4, 4.5 et 5.1 du RCP. **Posologie et mode d'administration :** Posologie : La dose initiale de semaglutide est de 3 mg une fois par jour pendant un mois. Après un mois de traitement, la dose devra être augmentée à une dose d'entretien de 7 mg une fois par jour. Si nécessaire, la dose peut être augmentée au palier supérieur après au moins un mois de traitement à la dose actuelle. La dose quotidienne unique recommandée est de 7 mg, 14 mg, 25 mg et 50 mg. La dose quotidienne maximum recommandée de semaglutide est de 50 mg. Rybelsus doit toujours être utilisé à raison d'un comprimé par jour. Ne pas prendre plus d'une dose plus importante. **Transition entre l'administration orale et sous-cutanée :** L'effet du passage du semaglutide oral à sous-cutané n'est pas facilement prévisible car le semaglutide oral présente une variabilité pharmacocinétique en termes d'absorption plus importante que celle du semaglutide sous-cutané. Les patients traités par 0,5 mg de semaglutide sous-cutané une fois par semaine peuvent effectuer la transition vers le semaglutide oral 7 mg ou 14 mg une fois par jour. Les patients traités par 1 mg de semaglutide sous-cutané une fois par semaine peuvent effectuer la transition vers le semaglutide oral 14 mg ou 25 mg une fois par jour. Les patients traités par 2 mg de semaglutide sous-cutané une fois par semaine peuvent effectuer la transition vers le semaglutide oral (Rybelsus) une semaine après leur dernière dose de semaglutide sous-cutané. Lorsque le semaglutide est utilisé en association à la metformine et/ou à un inhibiteur du cotransporteur de sodium-glucose de type 2 (SGLT2) ou à la thiazolidinedione, le traitement par metformine et/ou SGLT2 ou thiazolidinedione peut être poursuivi à la même dose. Lorsque le semaglutide est utilisé en association à un traitement par sulfamide hypoglycémiant ou par insuline, une diminution de la dose du sulfamide hypoglycémiant ou de l'insuline pourra être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie. Il n'est pas nécessaire de réaliser une auto-surveillance glycémique pour ajuster la dose de semaglutide. Une auto-surveillance glycémique est nécessaire afin d'ajuster la dose du sulfamide hypoglycémiant et de l'insuline, particulièrement au moment de l'initiation par le semaglutide et de la réduction de la dose d'insuline. Il est recommandé que cette diminution d'insuline soit réalisée de manière progressive. **Oubli de dose :** Si une dose est oubliée, elle ne doit pas être prise, et la dose suivante doit être prise le lendemain. **Sujets âgés :** Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge. L'expérience clinique de ce traitement chez les patients > 75 ans est limitée. **Insuffisance rénale :** Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère, modérée ou sévère. L'expérience relative à l'utilisation du semaglutide chez des patients présentant une insuffisance rénale sévère est limitée. Le semaglutide n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale au stade terminal. **Insuffisance hépatique :** Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique. L'expérience relative à l'utilisation du semaglutide chez des patients présentant une insuffisance hépatique sévère est limitée. Il convient d'être prudent lors du traitement de ces patients avec le semaglutide. **Population pédiatrique :** La sécurité et l'efficacité de Rybelsus chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration :** Rybelsus est un comprimé pour administration par voie orale une fois par jour. Ce médicament doit être pris à jeun après une période de jeûne recommandée d'au moins 8 heures. Il doit être avalé entier avec une gorgée d'eau (jusqu'à un demi-verre d'eau équivalent à 120 ml). Les comprimés ne doivent pas être divisés, écrasés ni mâchés, car l'impact sur l'absorption du semaglutide est inconnu. Les patients doivent attendre au moins 30 minutes avant de manger, de boire ou de prendre d'autres médicaments. Si le délai est inférieur à 30 minutes, l'absorption de semaglutide est diminuée. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Effets indésirables :** Résumé du profil de sécurité : Lors de 10 essais de phase 3a, 5 707 patients ont été exposés au semaglutide seul ou en association à d'autres hypoglycémiant. La durée du traitement allait de 26 à 78 semaines. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés pendant les essais cliniques étaient les affections gastro-intestinales, incluant les nausées (très fréquentes), les diarrées (très fréquentes) et les vomissements (fréquents). **Liste des effets indésirables :** La liste répertorie les effets indésirables du semaglutide oral rapportés lors des essais de phase 3 et dans les rapports post-commercialisation chez les patients diabétiques de type 2. La fréquence des effets indésirables (excepté les complications de la rétinopathie diabétique et la dysstésie) repose sur un ensemble d'essais de phase 3a, excluant l'essai d'évaluation des résultats cardiovasculaires. **Très fréquent :** Hypoglycémie en cas d'utilisation avec de l'insuline ou un sulfamide hypoglycémiant [définie comme une glycémie < 3,0 mmol/l ou < 54 mg/dl], nausées, diarrées. **Fréquent :** Hypoglycémie en cas d'utilisation avec d'autres antidiabétiques oraux [définie comme une glycémie < 3,0 mmol/l ou < 54 mg/dl], diminution de l'appétit, vertiges, dysstésie [la fréquence est basée sur les résultats de l'essai PIONEER PLUS pour les dosages de 25 mg et 50 mg], complications de la rétinopathie diabétique [comprendent : photo-coagulation rétinienne, traitement par des agents intravitréens, hémorragie vitreuse et cécité diabétique (peu fréquent)]. La fréquence est basée sur l'essai d'évaluation des résultats cardiovasculaires conduit sur le semaglutide sous-cutané, mais on ne peut exclure que le risque de complications de la rétinopathie diabétique identifié s'applique également à Rybelsus], vomissements, douleur abdominale, distension abdominale, constipation, dyspepsie, gastrite, reflux gastro-oesophagien, flatulence, fatigue, lipase augmentée, amylase augmentée. **Peu fréquent :** Hypersensibilité [terme groupé couvrant également les effets indésirables liés à l'hypersensibilité tels que les éruptions cutanées et l'urticaire], dysgueusie, augmentation de la fréquence cardiaque, éructation, retard de la vidange gastrique, lithase biliaire, perte de poids. **Rare :** Réaction anaphylactique, pancréatite aiguë. **Fréquence indéterminée :** Obstruction intestinale [d'après les rapports post-commercialisation, terme regroupant les PT (Preferred Terms) = obstruction intestinale -, « iléus », « petite obstruction intestinale »]. **Description de certains effets indésirables :** **Hypoglycémie :** Les hypoglycémies sévères ont principalement été observées lorsque le semaglutide était associé à un sulfamide hypoglycémiant (< 0,1 % des patients ; < 0,001 événement/patient-année) ou à l'insuline (1,1 % des patients ; 0,013 événement/patient-année). Peu d'épisodes d'hypoglycémie (0,1 % des patients ; 0,001 événement/patient-année) ont été observés lors de l'administration du semaglutide en association à des antidiabétiques oraux autres que les sulfamides hypoglycémiant. **Réactions indésirables gastro-intestinales :** Des nausées sont survenues chez 15 % des patients, des diarrées chez 10 % et des vomissements chez 7 % des patients lorsqu'ils étaient traités avec du semaglutide. La plupart de ces événements étaient d'intensité légère à modérée et de courte durée. Les événements ont entraîné un arrêt du traitement chez 4 % des patients. Les événements étaient plus fréquemment rapportés pendant les premiers mois de traitement. Dans PIONEER PLUS, lors du traitement par semaglutide 25 mg et 50 mg, des nausées sont survenues respectivement chez 27 % et 27 % des patients, des diarrées chez 13 % et 14 % des patients et des vomissements chez 17 % et 18 % des patients. Ces événements ont entraîné un arrêt du traitement chez respectivement 6 % et 8 % des patients. La plupart de ces événements étaient de sévérité légère à modérée et de courte durée. Les événements étaient plus fréquemment rapportés lors de l'augmentation de dose pendant les premiers mois de traitement. Des cas de pancréatites aiguës confirmées par adjudication ont été rapportés dans les essais cliniques de phase 3a pour le semaglutide (< 0,1 %) et le comparateur (0,2 %). Dans l'essai d'évaluation des résultats cardiovasculaires, la fréquence des pancréatites aiguës confirmées par adjudication était de 0,1 % pour le semaglutide et de 0,2 % pour le placebo. **Complications liées à la rétinopathie diabétique :** Un essai clinique sur 2 ans du semaglutide sous-cutané a étudié 3 297 patients diabétiques de type 2, avec un risque cardiovasculaire élevé, un diabète ancien et un contrôle glycémique insatisfaisant. Lors de cet essai, des événements de complications de la rétinopathie diabétique confirmés par adjudication, sont survenus chez plus de patients traités avec semaglutide sous-cutané (3,0 %) comparé à ceux sous placebo (1,8 %). Cela a été observé chez des patients insulino-traités avec une rétinopathie diabétique connue. La différence entre les traitements est apparue rapidement et a persisté tout au long de l'essai. L'évaluation systématique des complications de la rétinopathie diabétique n'a été réalisée que dans l'essai d'évaluation des résultats cardiovasculaires avec le semaglutide sous-cutané. Lors d'essais cliniques avec Rybelsus d'une durée allant jusqu'à 18 mois et portant sur 6 352 patients diabétiques de type 2, les événements indésirables liés à la rétinopathie diabétique ont été rapportés dans des proportions similaires chez des patients traités par semaglutide (4,2 %) et par les comparateurs (3,8 %). **Immunogénicité :** Compte tenu des propriétés immunogènes potentielles des médicaments contenant des protéines ou des peptides, les patients traités par le semaglutide peuvent développer des anticorps. La proportion de sujets testés positifs aux anticorps anti-semaglutide à tout moment après l'inclusion était faible (0,5 %) et aucun sujet ne présentait d'anticorps neutralisants anti-semaglutide ni d'anticorps anti-semaglutide avec un effet neutralisant sur le GLP-1 endogène à la fin de l'essai. **Augmentation de la fréquence cardiaque :** Une augmentation de la fréquence cardiaque a été observée avec les agonistes des récepteurs du GLP-1. Dans les essais de phase 3a, des augmentations moyennes de 0 à 4 battements par minute (bpm) par rapport à une valeur initiale de 69 à 76 bpm ont été observées chez les patients traités avec Rybelsus. **Dysstésie :** Des événements liés à une altération de la sensation cutanée tels qu'une paresthésie, des douleurs cutanées, une sensibilité de la peau, une dysstésie et une sensation de brûlure cutanée ont été rapportés chez respectivement 2,1 % et 5,2 % des patients traités par semaglutide oral 25 mg et 50 mg. Les événements étaient de sévérité légère à modérée et la plupart des patients se sont rétablis lors de la poursuite du traitement. **Déclaration des effets indésirables suspects :** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - [www.notifieruneffetindesirable.be](http://www.notifieruneffetindesirable.be). Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé - [www.guichet.lu/pharmacovigilance](http://www.guichet.lu/pharmacovigilance). **Mode de délivrance :** Prescription médicale. **Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) :** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Danemark. **Numéros d'AMM :** Rybelsus 3 mg : EU/1/20/1430/002 (30 comprimés), Rybelsus 7 mg : EU/1/20/1430/005 (30 comprimés), Rybelsus 14 mg : EU/1/20/1430/008 (30 comprimés). **Date de mise à jour du texte :** 11/2024.

Dosages	Prix public 2025	Intervention patient (A)
Rybelsus® 3 mg X 30 comprimés	101,08 €	0 €
Rybelsus® 7 mg X 30 comprimés	101,08 €	0 €
Rybelsus® 14 mg X 30 comprimés	101,08 €	0 €

**Rybelsus® est une marque déposée appartenant à Novo Nordisk A/S, Danemark**

1. McGuire DK, et al. N Engl J Med. 2025; <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2501006>. 2. RCP Rybelsus® 11/2024, Novo Nordisk. 3. Thethi TK et al. Diabetes Obes Metab 2020; 22:1263-1277. L'étude SOUL a inclus 9.650 personnes atteintes de diabète de type 2 et d'une maladie cardiovasculaire (MCV) et/ou d'une insuffisance rénale chronique (IRC) établie.

\* MACE : major adverse cardiovascular events (événements cardiovasculaires majeurs indésirables); cardiovascular death, non-fatal myocardial infarction or non-fatal stroke. \*\* GLP-1 RA : Glucagon-like peptide 1 receptor agonist.

Pour plus d'information, contactez Novo Nordisk : [info.nobelux@novonordisk.com](mailto:info.nobelux@novonordisk.com)

BE25RYB00044 - APR 2025



# Des radiothérapies innovantes



**ONCOLOGIE** Dans aucun domaine, les stratégies de traitement n'évoluent aussi rapidement qu'en oncologie. Nous disposons de plus de médicaments anticancéreux ciblés et personnalisés que jamais, et la radiothérapie est également utilisée de manière de plus en plus pointue. Cela vaut aussi bien pour la radiothérapie externe traditionnelle que pour les approches internes utilisant des produits radiopharmaceutiques. Un mot d'explication.

**L**es thérapies ciblées attaquent les cellules cancéreuses plus efficacement tout en épargnant les tissus sains. La thérapie par radioligands constitue un nouveau traitement ciblé. Un radionucléide (un noyau atomique radioactif et instable) est couplé à une molécule (le ligand) qui se lie à une cible spécifique des cellules cancéreuses. Ainsi, le médicament radioactif s'accumule dans la tumeur, puis émet des radiations très locales. Les cellules tumorales sont en quelque sorte irradiées de l'intérieur.

L'administration de la radiothérapie classique (à l'aide d'une source externe de rayons) est également devenue plus précise, avec tous les avantages que cela comporte. Depuis peu, quelques centres belges proposent une radiothérapie adaptative en ligne, une méthode basée sur l'IA qui permet - pour l'instant dans des populations de patients sélectionnées - d'ajuster en direct le faisceau d'irradiation en fonction de ce que l'on voit sur l'imagerie.

## Par perfusion

Penchons-nous d'abord sur la radiothérapie interne. La thérapie par radioligands (RLT) est un traitement systémique, administré dans le circuit sanguin, qui le diffuse dans tout le corps. « Il n'y a pas d'accélérateur de particules ni de table de radiothérapie. Les patients reçoivent une perfusion, comme pour la chimiothérapie », explique le Pr **Christophe Deroose**, spécialiste en médecine nucléaire à l'UZ Leuven.



**« L'objectif officiel est de disposer d'un médicament radiopharmaceutique cliniquement validé pour tous les types de cancer possibles d'ici 2035. »**

— Pr Christophe Deroose

Un bon produit radiopharmaceutique s'accumule dans la tumeur et ses métastases, où la cible est présente en forte concentration, et n'est pas ou très peu absorbé dans d'autres parties du corps. Ensuite, par désintégration radioactive,

l'atome radioactif émet l'énergie excédentaire sous forme de rayonnement. La portée de ce rayonnement varie d'un centimètre à un dixième de millimètre, selon le type de rayonnement ionisant (alpha, bêta).

Puisqu'il ne faut pas délimiter de champ d'application, les indications sont complètement différentes de celles de la radiothérapie conventionnelle. La RLT est principalement utilisée dans un contexte métastatique et pour les cancers relativement avancés ou résistants

aux traitements. Les effets secondaires dépendent du produit radiopharmaceutique, mais sont généralement très modérés. « On peut relever une toxicité sanguine provisoire car la moelle osseuse est extrêmement sensible aux rayons,

mais la RLT est globalement très bien tolérée. La thérapie prolonge donc la vie tout en en assurant la qualité. C'est une arme puissante contre la maladie, qui est particulièrement douce pour le patient. »

## Des centaines de cibles

Le concept de la RLT n'est pas tombé du ciel. L'idée en est venue grâce au traitement du cancer de la thyroïde métastatique par l'iode radioactif. Ces cellules tumorales, y compris sous forme de métastases pulmonaires, absorbent de grandes quantités d'iode. La radioactivité transportée par l'iode détruit les cellules cancéreuses sélectivement, avec efficacité. « L'administration d'iode radioactif peut être curative. En pédiatrie, on peut guérir près de 90 % des patients atteints de métastases pulmonaires. Nous nous sommes donc demandé si nous pouvions introduire cette radioactivité dans d'autres tumeurs, à l'aide d'autres récepteurs. »

Le récepteur de la somostatine, surexprimé entre autres dans les tumeurs

neuroendocrines (TNE), a été la première cible identifiée. On a couplé le lutécium radioactif à un ligand qui se fixe sur ces récepteurs, dont il existe des millions par cellule cancéreuse. Les résultats ont été spectaculaires. « Le pronostic des TNE est très bon, en partie grâce à la RLT », affirme le Pr Deroose.

Les choses ont vraiment commencé à bouger lorsqu'une cible a été identifiée pour un cancer beaucoup plus fréquent : la protéine PMSA (antigène membranaire spécifique de la prostate), surexprimée dans le cancer de la prostate. Là encore, la RLT a permis d'irradier de l'intérieur les cellules tumorales de la prostate et de cibler leur élimination, partout dans l'organisme. « Actuellement, le traitement est remboursé en cas de maladie métastatique dans des contextes de résistance à la castration et après chimiothérapie, ou chez des patients trop faibles pour subir une chimiothérapie. D'ores et déjà, des études suggèrent que la RLT pourrait également être utile dans des lignes de traitement plus précoces », ajoute le spécialiste.

Ces dernières années, l'industrie pharmaceutique a fortement investi dans le développement de nouveaux produits radiopharmaceutiques pour différents types de cancer. Plus de 200 études prometteuses vont être achevées sous peu. Vu le grand nombre de molécules étudiées, on peut s'attendre à ce que la demande de RLT n'augmente pas, mais explose. Christophe Deroose va encore plus loin : « L'objectif officieux est de disposer d'un médicament radiopharmaceutique cliniquement validé pour tous les types de cancer possibles d'ici 2035. »

Le plan d'action RLT doit préparer notre système de santé à cet avenir (proche) afin de permettre à un maximum de patients d'avoir accès à ces thérapies innovantes.

## Stockage des déchets

La RLT s'accompagne d'énormes défis. Sa logistique est extrêmement complexe. « La demi-vie des radionucléides utilisés en médecine nucléaire est comprise entre quelques minutes et une dizaine de jours. Plus la désintégration du produit radioactif est rapide, moins nous avons de temps pour produire, transporter et administrer les agents au patient », explique Christophe Deroose. « Comme on ne peut pas constituer de stock, la chaîne de production (qui fait

notamment appel aux réacteurs nucléaires de recherche) doit être parfaitement alignée sur la demande. »

L'évacuation des produits radioactifs est aussi complexe que leur livraison. « Le patient devient radioactif dès qu'on lui a injecté la RLT. Un bon produit radiopharmaceutique ne « colle » qu'à la tumeur et quitte rapidement le reste du corps par l'urine ou les selles. Mais ces excréments sont donc hautement radioactifs. Les hôpitaux doivent trouver des stratégies de stockage sûr de ces déchets jusqu'à leur décomposition totale », poursuit le Pr Deroose. Le patient ne peut pas quitter immédiatement l'hôpital. Comme il émet une forme de rayonnement ionisant après son traitement, les directives belges actuelles stipulent qu'il doit passer au moins une nuit dans une chambre d'hospitalisation spécialement équipée. Différents centres, comme celui de l'UZ Leuven (et le CHU de Liège, lire jdm du 18 mars dernier), s'affairent pour élargir leur capacité en chambres comme en stockage.

## Radiothérapie adaptative

Depuis des décennies, la radiothérapie externe est l'une des pierres angulaires des soins multidisciplinaires du cancer. Elle améliore le contrôle local, la survie et la qualité de vie. La radiothérapie adaptative en ligne (oART)



« La radiothérapie adaptative en ligne est une procédure exigeante et tous les patients cancéreux n'en ont pas besoin. »

– Pre Valérie Fonteyne

figure parmi les récentes innovations. Le plan de traitement est optimisé quotidiennement à l'aide de l'IA afin que la dose de rayons soit dirigée avec une grande précision sur la tumeur, en évitant d'endommager les tissus avoisinants.

Comment fonctionne l'oART ? La Pre Valérie Fonteyne, radiothérapeute et oncologue à l'UZ Gand, explique : « Normalement, nous établissons le plan de traitement à partir d'un CT-scan effectué une dizaine de jours avant le début des séances. Nous effectuons le calcul des doses sur base de cette imagerie, en partant du principe qu'il n'y aura plus de modifications anatomiques. Or, ce n'est pas le cas de toutes les structures. Je pense à la vessie et aux intestins, dont le volume peut varier ou qui peuvent



appuyer sur des organes voisins comme la prostate. » La position et le volume de la tumeur peuvent également fluctuer au fil du temps. C'est là que l'oART apporte une plus-value : on effectue un scanner avant chaque séance de radiothérapie afin de mettre à jour l'emplacement et la dose du faisceau de rayons. La technique permet de réduire la dose délivrée aux tissus voisins sains, limi-

## Critères de sélection

Depuis le mois de février dernier, certains patients atteints d'un cancer de la prostate bénéficient d'un traitement oART à l'UZ Gand. Pour l'instant, il s'agit surtout de patients âgés, qui reçoivent une série brève de rayons fortement dosés (hypofractionnement). « Six séances de 20 minutes peuvent être plus abordables que 20 séances de dix minutes. Plus la dose administrée lors d'une séance est forte, plus son administration doit être précise », relate la Pre Fonteyne. L'oART sera bientôt appliquée pour les tumeurs de la vessie et du bassin, comme le cancer de l'intestin et du col de l'utérus. Ensuite, ce sera au tour des cancers de l'abdomen, comme les tumeurs de l'estomac, et éventuellement de la tête et du cou.

La technologie est mise en place progressivement. À Charleroi et à Bruxelles, on travaille déjà avec cet appareil novateur. « Maintenant, nous voulons étudier les critères de sélection des patients afin de déterminer ceux qui retireront le plus de profit d'une oART. Outre les facteurs de risque connus d'effets secondaires, il existe peut-être des paramètres sanguins ou d'autres signaux d'alerte qui indiquent un risque accru de radiotoxicité », conclut la Pre Fonteyne.

Dre Hade Scheyving

[1] Un bref contrôle CT des structures osseuses, des tissus mous et de la position du patient a également lieu avant les séances de radiothérapie classique, mais sans modification du plan de traitement.

# La liste des maladies à déclaration obligatoire évolue

Bruxelles a enclenché la marche, la Wallonie ne tardera pas à lui emboîter le pas. La lecture du tableau des maladies à déclaration obligatoire (MDO) a été grandement simplifiée. Certains changements liés à des maladies spécifiques traduisent tantôt une volonté de limiter l'usage des antibiotiques, tantôt s'adaptent au dérèglement climatique.

**L**a mise à jour de la liste des maladies à déclaration obligatoire (MDO) en Région bruxelloise apporte des changements significatifs visant à renforcer la surveillance des maladies transmissibles et à adapter les déclarations aux réalités épidémiologiques actuelles. Ces modifications concernent la suppression de certaines restrictions, la simplification de la lecture du tableau, ainsi que des ajustements spécifiques à certaines pathologies.

Attention ! À Bruxelles, depuis le 10 avril 2025, le médecin peut faire une notification de maladie infectieuse directement à partir du dossier médical informatisé, intégré dans son logiciel métier, avec l'eForm 'Déclaration d'une maladie infectieuse à déclaration obligatoire à Vivalis (Cocom)'. Cet eForm remplace l'actuel 'Matra'.

## Simplifications majeures

Deux changements majeurs sont à noter. D'abord, la déclaration de certaines maladies « tropicales » se fait dorénavant sans distinction de contamination autochtone. Ainsi, le chikungunya, la dengue et le zika doivent désormais être déclarés même en cas de

contamination hors Europe. L'obligation ne se limite plus aux cas autochtones. « L'objectif est, d'une part, de simplifier la lecture du tableau - deux colonnes au lieu de quatre - et, d'autre part, de se préparer aux épidémies liées aux arboviroses en pouvant contrôler le milieu dans lequel les personnes malades vivent, vu que le moustique est de plus en plus présent en Belgique », explique le Dr David Hercot, coordinateur de la cellule médecine préventive chez Vivalis. Ce changement a été décidé au niveau du Nehap, et devrait également être révisé pour la Wallonie à terme.

Aussi, on assiste à une simplification de la lecture du tableau. La colonne « dès qu'il y a deux cas ou plus, liés entre eux » est supprimée. Les maladies concernées sont désormais classées directement sous « dès suspicion » ou « dès confirmation ». La colonne « dès diagnostic confirmé + contamination autochtone » est également supprimée, sauf pour le paludisme et le virus du Nil occidental qui restent à déclaration obligatoire dès confirmation, uniquement si acquis en zone non endémique.

## Quelques différences à Bruxelles

De rares différences subsistent entre la liste des MDO en Région bruxelloise et en Région wallonne. Notamment au niveau de l'influenza d'origine animale. « À Bruxelles nous avons voulu mettre l'emphase sur la grippe 'aviaire' - qui n'est plus seulement aviaire d'où le changement vers zoonotique - dès suspicion afin de pouvoir intervenir plus rapidement si une situation est détectée au niveau d'une personne au contact d'animaux », détaille le coordinateur. « Soit le diagnostic est déjà établi chez les animaux et il faut rapidement mettre en isolement la personne malade même si le diagnostic n'est pas établi chez l'homme, soit le diagnostic n'est pas encore fait au

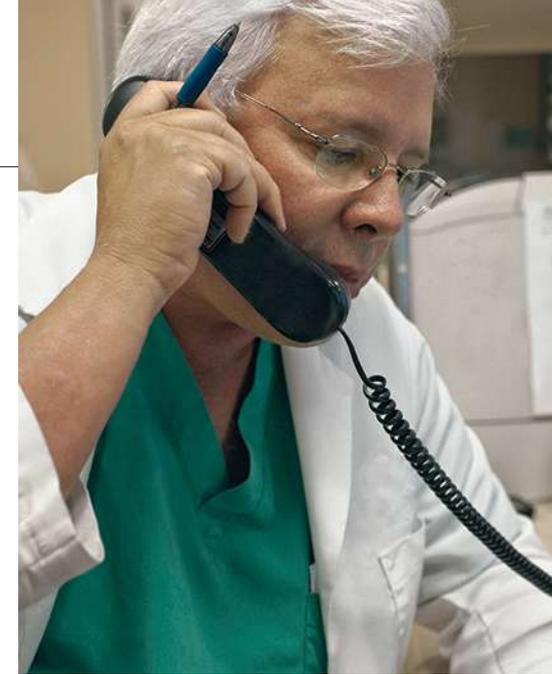
niveau des animaux et il faut rapidement évaluer la situation des animaux également. Ce qui est similaire à la liste en Flandre. Du reste, toute maladie à potentiel épidémique doit être déclarée, aussi bien en Wallonie qu'à Bruxelles. »

Bruxelles a également retiré de sa liste la syphilis congénitale. « Aucune action de santé publique n'est prise, ni pour prévenir cette maladie, ni pour protéger l'entourage du nouveau-né, et l'incidence de la syphilis est suffisamment basse actuellement », justifie le Dr Hercot. À l'inverse, Bruxelles a ajouté à sa liste différentes pathologies :

- **Candida auris** : « il a été convenu de l'ajouter vu le risque d'installation de ce germe multirésistant importé d'Asie. Des actions doivent être prises dès le premier cas, contrairement aux autres MDO pour lesquelles la déclaration se fait à partir de deux cas liés », complète le médecin.

- **L'encéphalite à tique acquise en Belgique** : « la liste bruxelloise est alignée avec la liste en Flandre. L'objectif est de monitorer l'émergence de cette maladie transmise par les tiques et liée au dérèglement climatique en vue d'évaluer si un vaccin doit être recommandé ou si des mesures de prévention doivent être prises dans certaines zones du pays. »

- **La lèpre** : « la surveillance de cette maladie permet de s'assurer que la lèpre ne circule pas en région bruxelloise. La



maladie circule encore dans de nombreux pays et l'objectif est d'aboutir à son éradication. Comme il n'y a pas d'autre source d'information, la mention dans la liste des MDO permet de surveiller. Bruxelles étant une ville internationale avec énormément de migration, cela justifie une politique différente. Le dernier cas a été déclaré en 2020. »

- **Les autres maladies mycobactériennes** : « les mycobactéries atypiques peuvent contaminer certains milieux. Bien que rares, ces maladies peuvent nécessiter une enquête environnementale. Jusqu'en 2020, nous avons plusieurs dizaines de cas déclarés par an. Leur nombre a drastiquement chuté depuis. »

- **La shigellose** : « cette bactérie peut facilement causer une transmission en cas de problème d'hygiène. »

La déclaration de ces maladies est une obligation légale pour les professionnels de santé. Elle permet d'assurer une surveillance efficace des maladies transmissibles et de mettre en place des mesures adaptées pour protéger la population et limiter la propagation des infections. Tout médecin et tout responsable d'un laboratoire de biologie clinique a l'obligation légale de déclarer un cas avéré ou suspect de maladie transmissible dont il a connaissance.

François Hardy

**Détachez et affichez la liste !**

En page suivante, *Le journal du Médecin* vous propose la liste, à jour au 29 avril 2025, des maladies à déclaration obligatoire. De quoi toujours l'avoir à portée de main ! Le tableau vaut pour la Région wallonne et pour la Région bruxelloise. Consultez régulièrement les sites de l'Aviq et de Vivalis pour suivre ses prochaines évolutions.

## Comment déclarer ?

La déclaration d'une maladie infectieuse peut se faire de l'une des manières suivantes :

- Le plus facile est la complétion d'un formulaire en ligne. Pour Bruxelles, l'eForm « Déclaration des maladies infectieuses à Vivalis (GGC) » est directement accessible à partir du DMI. Pour la Wallonie, le formulaire se trouve sur la plateforme web 'Trace In Wal'.
- En cas d'impossibilité d'utiliser l'eForm, les autorités régionales compétentes sont joignables par email (notif-hyg@vivalis.brussels pour Vivalis à Bruxelles, surveillance.sante@aviq.be pour l'Aviq en Wallonie) et par téléphone au 02/552 01 91 pour Vivalis (urgences sanitaires) ou au 071/33 77 77 pour l'Aviq.

# Liste des maladies à déclaration obligatoire

La liste est à jour au 29 avril 2025.

## Déclaration dès suspicion

<input type="checkbox"/> Anthrax (maladie du charbon)	<input type="checkbox"/> Méningocoque, infection invasive
<input type="checkbox"/> Botulisme	<input type="checkbox"/> Mpox
<input type="checkbox"/> Chikungunya	<input type="checkbox"/> Paralysie flasque aigüe (poliomyélite et non poliomyélite)
<input type="checkbox"/> Choléra	<input type="checkbox"/> Peste
<input type="checkbox"/> Diphtérie (forme ORL)	<input type="checkbox"/> Rage
<input type="checkbox"/> Ebola	<input type="checkbox"/> Rougeole
<input type="checkbox"/> E.coli entérohémorragique (STEC en cas de syndrome hémolytique et urémique (SHU))	<input type="checkbox"/> Syndrome respiratoire de présentation aigüe et sévère dans un contexte épidémiologique d'émergence d'un virus (MERS-CoV, nouveau variant influenza, SARS...)
<input type="checkbox"/> Fièvre hémorragique	<input type="checkbox"/> Toxi infection alimentaire collective (TIAC) à partir de deux cas liés
<input type="checkbox"/> Influenza d'origine animale	<input type="checkbox"/> Variole et autres orthopoxviroses
<input type="checkbox"/> Marburg	

## Déclaration dès confirmation du diagnostic

<input type="checkbox"/> Brucellose	<input type="checkbox"/> Leptospirose
<input type="checkbox"/> Candida auris ( <b>seulement à Bruxelles</b> )	<input type="checkbox"/> Listériose
<input type="checkbox"/> Coqueluche	<input type="checkbox"/> Autres maladies mycobactériennes ( <b>seulement à Bruxelles</b> )
<input type="checkbox"/> Dengue	<input type="checkbox"/> Paludisme (acquis en zone non endémique)
<input type="checkbox"/> Diphtérie cutanée	<input type="checkbox"/> Pathogènes nosocomiaux multirésistants (MDRO), à partir de deux cas liés ou de cluster
<input type="checkbox"/> E.coli entérohémorragique (STEC)	<input type="checkbox"/> Psittacose
<input type="checkbox"/> Encéphalite à tique acquise en Belgique ( <b>seulement à Bruxelles</b> )	<input type="checkbox"/> Rickettsiose
<input type="checkbox"/> Fièvre jaune	<input type="checkbox"/> Rubéole congénitale
<input type="checkbox"/> Fièvre Q	<input type="checkbox"/> Shigellose ( <b>seulement à Bruxelles</b> )
<input type="checkbox"/> Fièvre typhoïde ou paratyphoïde	<input type="checkbox"/> Streptococcus pyogenes, infections invasives
<input type="checkbox"/> Gale en collectivité	<input type="checkbox"/> Tuberculose
<input type="checkbox"/> Haemophilus influenzae de type B, infections invasives	<input type="checkbox"/> Tularémie
<input type="checkbox"/> Hantavirose	<input type="checkbox"/> Virus du Nil occidental (acquis en Europe)
<input type="checkbox"/> Hépatite A	<input type="checkbox"/> Zika
<input type="checkbox"/> Légionellose	<input type="checkbox"/> Tout problème infection à présentation particulière ou inhabituelle

Consultez régulièrement les sites internet de l'Aviq et de Vivalis pour suivre les évolutions de la liste.



Scannez le code QR et demandez la brochure sans engagement.



# L'Or du Douro

DU 12 AU 19 OCTOBRE 2025

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

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

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

## 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 Vandembroucke**.

*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**

## 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

# Quels cadres juridiques belge et européen face à l'IA ?

Entre pseudonymisation, RGPD et ChatGPT, l'e-santé entre dans le dur. Aux Assises de l'e-santé (Bastogne), le juriste Stefaan Callens a brossé un panorama du cadre juridique européen en pleine mutation et de son pendant belge. Les IA débarquent dans les dossiers médicaux, et il faudra faire avec. Le patient reste propriétaire de ses données, mais pas de leur usage secondaire. Et pendant que l'Europe encadre, les données circulent.

Le juriste renommé Stefaan Callens, du cabinet d'avocats éponyme, s'est d'abord demandé pourquoi la solution viendrait des textes de loi de l'Union européenne alors que ce sont les États membres, selon l'article 168 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne qui sont compétents, pour leur politique de santé. En réalité, c'est bien la législation européenne qui favorise la libre circulation des personnes, des services et des données – dans le cadre du marché intérieur.

« Il existe un texte central : le Règlement général sur la protection des données (RGPD). Il est bien connu, mais certaines questions émergent aujourd'hui avec le développement de l'intelligence artificielle, notamment les modèles de langage comme ChatGPT. Par exemple : peut-on appliquer ce type d'IA à l'analyse de dossiers médicaux ? Imaginons un hôpital universitaire qui utilise un système d'IA pour fouiller les données d'un patient de 23 ou 25 ans. L'idée semble prometteuse pour la recherche d'informations pertinentes. Dans la pratique actuelle, nous utilisons déjà des IA pour interroger des bases de données juridiques, comme Strada lex. Mais sur les dossiers patients, cela soulève une série de questions juridiques : ces IA sont-elles formées à partir de données à caractère personnel ? Si oui, cela peut poser un problème de respect de la vie privée. »

Le Pr Callens prend l'exemple d'un « prompt » (question à l'IA) appliqué à des données stockées dans un cloud hospitalier. Ce sont des données personnelles. Il est licite de les consulter si le patient a donné son consentement. Mais à des fins d'étude randomisée, ce consentement n'est pas requis. « L'article 9 du RGPD permet certains traitements pour des motifs d'intérêt public, notamment à des fins de recherche scientifique, à condition qu'ils soient enca-

drés par le droit de l'Union et qu'ils respectent des garanties comme la pseudonymisation. Cela rend possible les tests d'IA sur des données médicales, sous réserve. »

Stefaan Callens évoque ensuite le droit à l'information des patients. Il n'est pas absolu. Une des exceptions : si l'information au patient est impossible ou nécessite des efforts disproportionnés.

## Peut-on se fier à l'IA ?

Mais le plus important est sans doute la qualité des réponses de l'IA : peut-on s'y fier ? « L'article 5 du RGPD exige l'exactitude des données. Les fournisseurs d'IA devront donc préciser qu'ils donnent des probabilités, pas des certitudes, comme c'est déjà le cas dans certains diagnostics d'imagerie médicale. »

Mais un règlement majeur a été adopté à l'automne 2024. Le règlement sur l'Espace européen des données de santé a pour objectifs de renforcer le droit des patients à accéder à leurs données et permettre une utilisation secondaire des données, notamment à des fins de test ou de développement d'IA. « Ce règlement reconnaît que le dossier médical appartient de plus en plus au patient. Il prévoit un droit d'accès immédiat, notamment pour les données essentielles dans le résumé du dossier. En cas de diagnostic grave, ce droit peut toutefois être différé pour permettre au médecin de faire d'abord l'annonce. »

Par ailleurs, le patient a le droit d'ajouter des remarques personnelles dans son dossier sans toutefois modifier les données médicales. Il jouit aussi d'un droit à la portabilité de ses données d'un médecin à un autre ou de la possibilité de limiter l'accès à certaines données.

## AI Act

« L'usage secondaire des données est aussi encadré. Les détenteurs de données – principalement les hôpitaux, les registres, les firmes pharmaceutiques



Pr. Stefaan CALLENS

Avocat et Professeur du droit de la santé à la KU Leuven

– sont obligés de partager leurs données, sous conditions, avec ceux qui veulent développer ou tester des dispositifs médicaux ou des systèmes d'IA. Cela se fait dans des espaces sécurisés, sur base de données anonymes ou pseudonymisées. »

Enfin, le Règlement sur l'IA (AI Act), en vigueur depuis février 2025, interdit toute utilisation d'IA pour évaluer des individus sur base de leur comportement social (type crédit social à la

chinoise). « Et dès août 2025, des obligations précises s'appliqueront aux modèles d'IA à usage général, dont les ChatGPT-like. »

Les professionnels de santé devront comprendre les limites des systèmes, éviter la confiance excessive (biais d'automatisation), et disposer d'un bouton d'arrêt. Ces exigences s'appliqueront pleinement à partir d'août 2027.

Nicolas de Pape

## Webinaire : l'IA en médecine générale

La Société scientifique de médecine générale (SSMG) propose un webinaire accrédité sur le thème de l'intelligence artificielle pour les médecins généralistes. « Ce webinaire, animé par le Pr Giovanni Briganti, chef de service et titulaire de la Chaire IA et médecine digitale à l'UMons, a pour objectif de vous permettre de mieux comprendre les concepts fondamentaux de l'IA, ainsi que les enjeux, les craintes et les opportunités qu'elle peut offrir à la médecine générale », précise la SSMG. Une

présentation de MIA, un assistant IA conçu pour automatiser l'encodage des consultations dans le dossier médical informatisé et réduire ainsi vos tâches administratives (lire également *jdM* n°2785) est prévue. Les inscriptions au webinaire se font via le site internet de la SSMG, après identification. Gratuit pour les membres, mais également ouvert aux non-membres (10 euros).

>> Jeudi 15 mai de 20h00 à 21h30

>> <https://www.ssmg.be/formation-29676/>



**Parodier la devise des États-Unis n'est pas original, mais particulièrement approprié actuellement. La tendance haussière de l'or a en effet surtout pour origine la démarche de divers pays voulant renforcer leurs réserves de métal jaune, au détriment des obligations de l'État américain. Et ce n'est pas fini!**

**L'**actualité récente impose d'abord un autre sujet d'attention à propos de l'or : son comportement au lendemain du krach boursier du tout début avril. C'est le 2 avril, qualifié par Donald Trump de *Liberation Day*, que le président américain a, dans une mise en scène savamment étudiée, présenté les droits de douane infligés aux produits importés de l'étranger. Il l'avait annoncé, mais beaucoup attendaient quand même des taux plus raisonnables. Résultat : deux jours de marchés boursiers en chute.

### Une valeur refuge, vraiment ?

Et qu'a fait l'or durant ces journées de quasi-panique ? Il a baissé ! De 4,5 % sur une semaine. Est-ce bien normal pour ce que l'on qualifie de valeur refuge par des temps troublés ? Force est de reconnaître que son statut ne s'est pas vraiment vérifié ! Et ce n'est pas la première fois. On observe même que, contrairement à l'affirmation commune, l'or ne s'apprécie presque jamais en de telles circonstances, du moins pas depuis longtemps. Peut-être garde-t-on le souvenir, pourtant lointain, de la Noël 1979, quand l'URSS envahissait l'Afghanistan. Les discours au ton fort dramatique alors prononcés par plu-

sieurs personnalités, dont le président français et le pape, ont provoqué une réelle panique auprès d'une partie de la population et l'or se vit bel et bien revêtu du statut de valeur refuge : à Paris, le cours du napoléon, la pièce de base de l'épargne des Français, a doublé en une journée ! On n'a rien vu qui y ressemble depuis, ni de près, ni de loin.

Il faut ajouter, en toute objectivité, que l'on peut imaginer une raison technique à cette morosité du métal jaune. En cas de krach boursier, certains spéculateurs ayant pris des positions spéculatives à la hausse se retrouvent avec des pertes qu'ils doivent aussitôt compenser en vendant des actifs. Et de préférence ceux qui ont plus ou moins conservé leur valeur, plutôt que des actions en chute de 15 ou 20 %. Leurs ventes d'or peuvent donc briser toute hausse de cours résultant des achats de ceux qui se ruent sur la « valeur refuge ». C'est une explication possible, mais il reste que le courant acheteur ne devait pas être très puissant.

### On achète de l'or...

C'est en réalité d'une toute autre manière que l'or peut être considéré comme une valeur refuge : il l'est visiblement dans le chef des banques centrales qui en accumulent, pour plusieurs raisons. Il s'agit par exemple de

crédibiliser leur devise : si la banque centrale d'un pays a les moyens d'acheter une grosse quantité de lingots, c'est que le pays est prospère et qu'on peut avoir confiance dans sa devise. Tel serait, au moins en partie, le raisonnement de la Pologne, qui ne fait pas partie de la zone euro et qui veut que son zloty inspire confiance. Elle a acheté pas moins de 130 tonnes d'or en 2023, ce qui n'est pas passé inaperçu ! Varsovie a, du reste, réalisé une jolie plus-value, la valeur de cet achat étant aujourd'hui de 11,7 milliards d'euros. Son magot dépasse aujourd'hui les 400 tonnes. D'autres pays acheteurs d'or, comme la Turquie, ne risquent par contre guère de crédibiliser leur devise en accumulant les lingots...

Il est de toute façon une autre raison de le faire, de loin la plus importante : diversifier ses réserves de change. Explication. Que se passe-t-il quand un pays exporte plus vers les États-Unis qu'il n'en importe (au grand dam de Donald Trump...) : il reçoit plus de dollars qu'il n'en donne. Ce surplus n'est pas versé sur un carnet de dépôt mais investi en obligations de l'État américain, les *Treasuries*, historiquement considérées comme l'actif le plus sûr du monde. Celles-ci se retrouvent au bilan de la banque centrale. Certains pays en ont accumulé des montagnes : le Japon

dépasse de longue date la barre des 1.000 milliards de dollars, tandis que la Chine en possède pour 760 milliards environ. Ce dernier montant peut paraître considérable, mais il est en chute de quelque 40 % par rapport au sommet de novembre 2013, quand le pays avait accumulé un trésor de guerre de 1.316,7 milliards de dollars en *Treasuries*.

**Les ventes d'or peuvent briser toute hausse de cours résultant des achats de ceux qui se ruent sur la « valeur refuge ».**

### ... pour fuir le dollar

Pourquoi cette chute, alors que la Chine continue clairement d'accumuler des dollars ? Parce que Pékin ne veut pas mettre tous ses œufs dans le même panier, exactement comme on le conseille à l'investisseur particulier. Comme de nombreux pays, elle s'est donc tournée vers d'autres devises, mais également l'or.

Diversification, oui, mais aussi méfiance. Pour des raisons politiques, tous les pays n'aiment pas jouer aux épargnants prêteurs avec Washington. Et certainement pas la Chine, régulière-

ment attaquée sur le plan économique par les États-Unis, qui veulent freiner son surplus commercial. Ce fut assez rude avec Trump 1 et c'est aujourd'hui carrément violent avec Trump 2 ! Ce n'est pas seulement une question de fierté ou d'amour-propre, mais de sécu-

rité : avec des relations aussi détestables, comment ne pas nourrir de craintes pour cette épargne colossale ? Le président américain ne pourrait-il par exemple mettre des conditions au remboursement de ces *Treasuries* ?

On imagine donc aisément que Pékin

ne va pas s'en tenir là en ce qui concerne ses achats d'or. Le pays en a accumulé près de 2.300 tonnes, certes, mais c'est toujours (un peu) moins que la France et l'Italie. Beaucoup moins que l'Allemagne, qui dépasse 3.300 tonnes. Sans parler des États-Unis, qui en

affichent plus de 8.000 tonnes. Tel est le schéma qui prévaut ces dernières années sur le marché de l'or. Et qui, par-delà des soubresauts à court terme, pourrait prévaloir un bon moment encore.

Guy Legrand

## Donald Trump ne peut pas saboter Apple !

Comme évoqué ci-contre, ce sont les actions américaines qui ont le plus souffert de l'annonce des tarifs douaniers par Donald Trump le 2 avril. Du moins par rapport aux valeurs européennes. Soit, en deux jours, -11 % environ pour Wall Street, contre -7,6 % pour l'indice européen Stoxx 600. Après un premier trimestre déjà dans le rouge là-bas... et dans le vert ici. Le secteur technologique n'est pas le seul à avoir lourdement chuté. Ainsi JP Morgan, première banque américaine, a perdu pas moins de 17,5 %, en deux jours, soit plus encore qu'Apple, avec -16 %. N'empêche, ce sont les « technos » qui ont le plus largement retenu l'attention, aussi vrai que ce secteur est (ou était ?) depuis plus de deux ans la vedette incontestée du marché. Mais aussi parce qu'il avait très largement contribué à l'évolution négative du premier trimestre. L'explication est simple : en surtaxant les

« produits chinois », Washington ne frappe pas les objets de marque chinoise qui seraient vendus au consommateur dans la grande distribution : il n'y en a guère ! Ni même les seules voitures BYD ou autres. On taxe simplement ce qui vient de Chine. Or, si ce pays est qualifié d'usine du monde, c'est que presque tout vient de là-bas, comme le consommateur le constate tous les jours. On y fabrique jusqu'aux ordinateurs, tablettes et smartphones notamment. Le chiffre précis n'est pas connu, mais on sait que plus de 90 % des iPhones sont fabriqués en Chine ! C'est dire qu'en taxant les marchandises chinoises, on taxe finalement la plupart des entreprises américaines. On comprend mieux pourquoi Apple a plongé de plus de 9 % au lendemain du *Liberation Day* et de 16 % en deux jours. Et pourquoi l'entreprise de Palo Alto a déclaré qu'elle essaierait à l'avenir de faire plutôt

construire en Inde. Taxés à 145 %, comme il en était question à l'époque, les appareils *made in China* deviendraient en effet invendables, même avec une marge réduite. Pour devancer les droits imposés au *made in India*, Apple a fait venir de ce pays cinq avions remplis d'iPhones ! Le but des taxes imposées à la Chine n'est évidemment pas de déplacer la production vers l'Inde, mais bien vers les États-Unis. Oui, mais ce serait impayable : il a été calculé que, en tenant compte à la fois des coûts de production locaux et du déplacement des usines, un iPhone reviendrait à quelque 3.000 dollars, grosso modo trois fois son prix actuel. Encore plus invendable ! On comprend cette fois la marche arrière du président américain : s'il torpille la Chine sans discernement, il sabote aussi de grandes entreprises américaines. Et cela, il ne peut quand même pas se le permettre.



# 4,5%

DE RENDEMENT !

ÇA RISQUE D'ÊTRE CONTAGIEUX...

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

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



## AMONIS

Votre futur  
mérite  
un expert

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

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



David Desmet De Lavie,  
Healthcare & Pharma/  
Medtech Strategist



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 — 0474/74.31.82  
laurent.zanella@roularta.be

#### Senior Writer

Nicolas de Pape

#### Rédacteur

François Hardy — 0478/155.664

#### Secrétaire de rédaction et rédactrice

Cécile Vrayenne — 0495/82.92.00

#### Collaborateurs

Iris Einhorn, Jérôme Havet, Guy Legrand,  
Bernard Roisin, Martine Versonne, Philippe Lambert

#### Photographie

Belga Image, Getty Image

#### Lay-out

Opmak magazines

#### Impression

Roularta Printing

#### Petites annonces et Offres d'emploi

Natalie Van de Walle - 02-702.70.31  
nvw@pmg.be

#### Journal du Médecin papier

Changement d'adresse:  
seulement par e-mail à : info@pmg.be  
Abonnement annuel 149 € - 050/24.04.04

#### Journal du médecin en ligne

Changement d'adresse e-mail, couplage avec le numéro Inami,  
problème d'enregistrement... : info@pmg.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@pmg.be  
Sylvie Mayi - 0486-41.22.00  
sylvie.mayi@pmg.be

##### Frontoffice assistant

Lara Brems - 02-702.70.33  
frontoffice.rhc@roularta.be

#### Le journal du Médecin

est une publication de  PMH  
Torhoutsesteenweg 226, boîte 7 - 8210 Zedelgem

#### Medical Manager

Dre Hade Scheyving

#### Sales & Operations Manager

Virginie Meysmans  
vim@pmg.be

#### Directeur des éditions

Andy Noyez

#### Editeur responsable

Fernand Vanrie

#### Digital manager

Jorgen Vanderdood



## Vers une loi d'installation pour les médecins généralistes ?



Dans de nombreuses régions de Belgique, il n'est pas évident de prendre rendez-vous chez un médecin généraliste, encore moins de s'inscrire auprès d'un médecin traitant fixe. Quant à savoir s'il existe réellement une pénurie de généralistes dans notre pays, les avis divergent profondément.

À l'échelle européenne, la Belgique se situe dans la moyenne en ce qui concerne le nombre de médecins généralistes pour 100.000 habitants, une position plutôt confortable. Mais tous les généralistes ne travaillent pas à temps plein, ou ne sont pas actifs dans les zones les plus touchées par la pénurie.

J'ai observé ces dernières années — de manière certes anecdotique — que cinq jeunes généralistes diplômés à Louvain ont ouvert ensemble une pratique de

groupe dans les environs de la ville universitaire, une région où il n'y a absolument pas de pénurie. Ou encore que certains généralistes exerçant seuls dans les régions de Gand et Bruxelles ont trop peu de patients vu la concu-

« En dehors des déserts médicaux, un médecin généraliste ne pourra s'installer que lorsqu'un confrère cesse son activité. »

rence des cabinets de groupe et des maisons médicales.

La décision d'augmenter le nombre de places en formation via l'offre de planification est une étape dans la bonne direction. Et une mesure politiquement facile à faire valoir.

Ceux qui me connaissent depuis longtemps savent que je suis depuis toujours un fervent défenseur d'une forme de 'loi d'installation' pour les généralistes. Pour certains, l'idée est farfelue; pourtant, les exemples de certains Länder allemands — avec de bons résultats en matière de répartition et d'accessibilité — montrent une image beaucoup moins risible.

En France aussi, l'idée semble se faire jour, puisque le Parlement vient d'adopter un article important d'une proposition de loi visant à lutter contre les « déserts médicaux ». Le médecin devra demander une autorisation préalable pour pouvoir exercer dans une région donnée. Dans une région en pénurie, cette autorisation sera quasi automatiquement accordée. Dans une région hors pénurie, un médecin ne pourra s'y installer qu'à condition qu'un confrère cesse son activité.

Le parlement français devra encore se prononcer en mai sur les autres articles, ainsi que sur les arrêtés d'exécution et leurs modalités — qui risquent de faire encore couler beaucoup d'encre. Les opposants à la mesure craignent que le taux de déconventionnement — déjà très élevé en France — ne s'aggrave encore. Mais au moins le débat est lancé au niveau politique.

La loi d'installation est-elle la solution pour remédier à la pénurie en Belgique ? Non. Mais elle pourrait faire partie d'un ensemble de mesures. Et peut-être devrions-nous aussi, en Belgique, oser entamer le débat politique (certes délicat) sur une possible loi d'installation. Qui sait ?



**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

**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 demis 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

## CABINETS MEDICAUX

**Opportunité rare !** Cabinet médical clé  
en main à reprendre Avenue Louise –  
emplacement stratégique, patientèle fidèle.  
Prêt à exercer sans attendre ! Contact:  
02/660.21.21 – 0491/19.73.57 ou www.  
century21boondaal.be  
FC5685

**OPPORTUNITE : A VENDRE:**  
**Centre Médical Corps-Santé  
Gembloux.** Bâtiment 180 m<sup>2</sup> - localisation  
idéale - excellent état d'entretien.  
Infos: REMY Virginie - virginie.remy@gmail.com  
FC5686

## Cabinet de médecine esthétique à Bruxelles en pleine activité à céder

- Patientèle fidèle
- Formation assurée
- Excellente réputation

www.medesthe.be

CONTACTEZ : claire.alaerts@medesthe.be»

FC5687



## Urgent : cabinets à louer pour profession médicale ou paramédicale.

Complètement équipés/  
possibilité d'acheter le bâtiment; appartement  
au-dessus des cabinets. A Walcourt région  
des barrages de l'eau d'heure. Pour toute  
information merci de former le 0473 30 37 37.

FC5688



## MALMEDY Cabinet Médical tout équipé à partager.

Dans le centre de  
Malmédy, Cabinet Médical tout équipé  
(+échographe) libre le mardi, mercredi, jeudi,  
vendredi, samedi situé à l'Espace Médical du  
Petit Vinave, parking aisé (Place Albert à 50m)  
pourrait convenir à toute activité de  
consultation médicale (et-ou paramédicale),  
disponible de suite. Contact : 0477 56 06 39  
ou email: marcetiris@skynet.be.

FC5689

Vous souhaitez placer  
une annonce ?

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

## 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 : Système ECG d'effort Schiller en bon état. Contact: 0470/11.38.08. FM3759

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

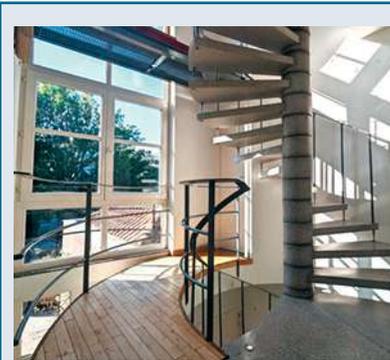
Je recherche un appareil pour épilation par électrolyse. Contact: 0475/49.21.98 . avec dossier. Tél 0475/54.05.72. FM3761



A vendre : table d'examen RITTER, tabouret circulaire. Bureau d'angle et chariot médical multifonction. Ainsi que des encyclopédies médico-chirurgicales. Renseignement au 0477 75 46 13. FM3762

A vendre lampe et table d'examen bibliothèque et bureau ECG Hellige stérilisateur, vitrine à médicaments, tabouret, balance et divers. Prix bas cause déménagement. Contact GSM 0495 52 09 96. FM3763

## IMMOBILIER



Maison d'architecte lumineuse proche du CHIREC DELTA + garage + jardin. Quartier calme et arboré (WB); proche ttes commodités et forêt Soignes. Contact : saintthilairebrethmas@gmail.com FM6022

OPPORTUNITE: A VENDRE: Centre Médical Corps-Santé Gembloux. Bâtiment 180 m2 - localisation idéale - excellent état d'entretien. Infos: REMY Virginie - virginie.remy@gmail.com FM6024

**VOTRE ANNONCE ICI**  
Intéressé ?  
Envoyez-nous un mail et consultez nos options  
vacature.healthcare@roularta.be



## VACANCES

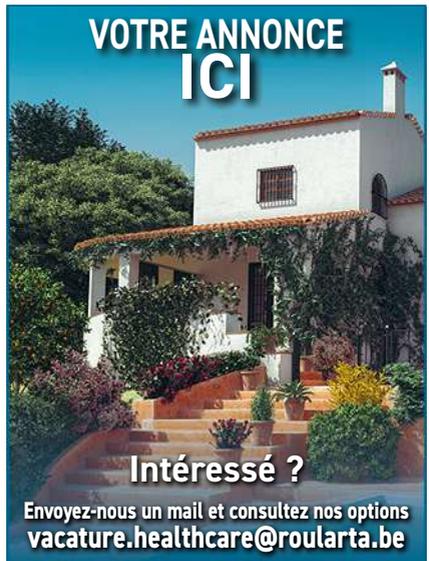


A louer : **Superbe villa Carqueiranne/Var** tt confort 5 ch 3 sdb vue mer panor de ttes pieces plein sud cadre exceptionnel jardin piscine 8x4 pool house salle jeux photos sur dem. Contact : 0475/65.70.23 FI1012

## DIVERS

**Intéressé(e)s de former un groupe de JAZZ ?** Je suis pianiste amateur de bon niveau et recherche des amateurs intéressés de partager la passion de la musique Jazz et apparentée, par exemples guitariste, saxo, contre-basse, chanteuse, etc... Merci de m'appeler au 0491/25.21.93 si cela vous tente. Dr Philippe Van Wambeke Bruxelles. FV3790

**VOTRE ANNONCE ICI**  
Intéressé ?  
Envoyez-nous un mail et consultez nos options  
vacature.healthcare@roularta.be



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



**Vous cherchez du personnel ?**

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



La Défense cherche urgemment des médecins généralistes indépendants pour la sélection médicale de base à l'Hôpital Militaire à Neder-Over-Heembeek  
Intéressé ? Envoyez un mail à dghr-hrb-vr-med@mil.be



LA DÉFENSE



# Pesticides : la santé au second plan ?

Face à la stratégie annoncée par la ministre wallonne de l'Agriculture, les médecins montent au créneau. Ils dénoncent une série d'affirmations erronées sur les effets sanitaires des pesticides et réclament une gouvernance plus transparente.

**D**ébut avril, la ministre wallonne de l'Agriculture, Anne-Catherine Dalcq (MR), présentait dans *Le Soir* son plan de réduction des pesticides. Objectif affiché : « dresser un état des lieux » des outils existants pour protéger les cultures sans « compromettre la santé, l'environnement et la sécurité alimentaire ». Une consultation sectorielle est annoncée pour septembre, sous forme « d'états généraux de la protection des cultures ». Elle réunira producteurs de semences, industriels phyto, syndicats, centres de recherche et acteurs du digital farming.

Mais très vite, certaines de ses déclarations ont fait réagir. Notamment sa description des pesticides comme des « molécules trouvées dans la nature que l'on a modifiées un peu », ou encore son insistance sur le rôle des toxicologues pour encadrer les usages. Dans les milieux scientifiques et médicaux, cette approche est jugée partielle, voire trompeuse.

## Une réplique ferme de la médecine générale

La réaction ne s'est pas fait attendre. Dans une carte blanche publiée le 8 avril, la Société scientifique de médecine générale (SSMG), en collaboration avec le Pr Bruno Schiffers (Gembloux Agro Bio Tech / ULiège), prend clairement position : « Assimiler un pesticide à "une molécule trouvée dans la nature" est au mieux l'indice d'une sérieuse méconnaissance de ces produits [...], au pire, l'indice de la volonté de nier leur dangerosité pourtant avérée. »

Les auteurs rappellent que la grande majorité des pesticides actuels sont des molécules de synthèse, chimiquement modifiées, persistantes et parfois bioaccumulables. Ils dénoncent également

des lacunes structurelles dans le système d'autorisation européen : évaluations simplifiées en laboratoire, absence de tests en conditions réelles, effets secondaires découverts trop tard. Le retrait du Flufenacet (un herbicide), d'abord autorisé puis interdit après usage, en serait un exemple emblématique.

La SSMG conteste aussi une autre affirmation de la ministre : « Tous les paramètres de santé sont contrôlés par des toxicologues. » Les médecins répliquent : les essais initiaux « ne reflètent pas la complexité du vivant » et les interdictions tardives « n'empêchent pas les effets néfastes de perdurer ».

## « Une dangereuse désinformation »

Contactée par *Le journal du Médecin*, Céline Bertrand, membre de la cellule Environnement de la SSMG, détaille les motivations de cette prise de parole : « Dans la majorité des cas, un pesticide est une molécule chimique de synthèse. Ce n'est pas « trouvé dans la nature ». Ces propos, relayés dans la presse, participent à une dangereuse désinformation. »

Selon elle, l'évaluation sanitaire des pesticides reste largement imparfaite. « Les effets sont évalués en laboratoire, dans des conditions idéales. Ce n'est qu'après plusieurs années d'usage que l'on observe les effets réels, souvent irréversibles, sur la santé et l'environnement. » Et d'ajouter : « Aujourd'hui, on retrouve des pesticides dans le sang d'une majorité de Belges. Les femmes enceintes, les enfants, sont également contaminés et particulièrement vulnérables. Parmi les nombreux problèmes de santé mis en lien avec les expositions aux pesticides, les troubles neurodéveloppementaux pourraient être liés à ces expositions précoces. »



## Soignants en première ligne, pouvoirs publics absents

Face à ce constat, la SSMG regrette de ne pas être associée aux discussions préparées dans les « états généraux » : « Les entreprises phyto, les semenciers, oui. Mais pas les professionnels de la santé. Comment peut-on discuter des solutions en ignorant ceux qui soignent les victimes ? » Pourtant, Céline Bertrand souligne une mobilisation croissante des soignants : « Les médecins sont des figures de confiance. Lorsqu'ils s'informent et sensibilisent leurs patients, ça fait bouger les lignes. »

Mais la pression ne peut reposer uniquement sur la première ligne. Des mesures politiques concrètes sont attendues : protéger les zones de captage, interdire les épandages près des habitations, créer un réseau de surveillance des pathologies pédiatriques et surtout, revoir en profondeur le principe d'autorisation : « Aujourd'hui, la procédure d'autorisation des produits phytopharmaceutiques est lacunaire à plus d'un titre. En plus de ne pas tenir compte de la complexité des systèmes naturels, elle ne tient pas non plus compte du fait que les citoyens et les publics vulnérables comme les femmes enceintes et les enfants sont exposés quotidiennement à des mélanges de plusieurs pesticides perturbateurs endocriniens qui peuvent avoir des effets cumulatifs ou synergiques », estime Céline Bertrand.

## Une ligne rouge scientifique ?

Au-delà des enjeux techniques, la SSMG alerte sur un possible glissement idéologique. « Les déclarations de Madame Dalcq nous ramènent à un discours post-vérité », confie Céline Bertrand.

La carte blanche concluait de la même manière : « Nous, professionnels de santé et scientifiques, affirmons que l'on ne peut impunément balayer d'un revers de main les données scientifiques. À l'instar de nombreuses autres sociétés scientifiques, il est de notre devoir de prendre position afin de protéger tous nos patients, et en premier lieu les enfants, les agriculteurs et agricultrices, qui sont les premières victimes de ces pesticides. C'est pourquoi nous demandons à la ministre de l'Agriculture de sortir du déni et de prendre ses responsabilités. Nous plaçons pour une politique alimentaire vertueuse qui protège la santé et l'environnement, car c'est ce que nous avons de plus précieux. »

Une réponse semble-t-il appréciée du terrain, ce pourquoi la SSMG l'a ouverte à signatures pour les médecins, professionnels de la santé et scientifiques.

Laurent Zanella

>> Pour signer la réponse : [https://docteurcoquelicot.com/professionnelle-s-de-la-sante-et-ou-scientifiques-siguez-notre-reponse-a-la-ministre-wallonne-de-lagriculture/](https://docteurcoquelicot.com/professionnelle-s-de-la-sante-et-ou-scientifiques-signez-notre-reponse-a-la-ministre-wallonne-de-lagriculture/)