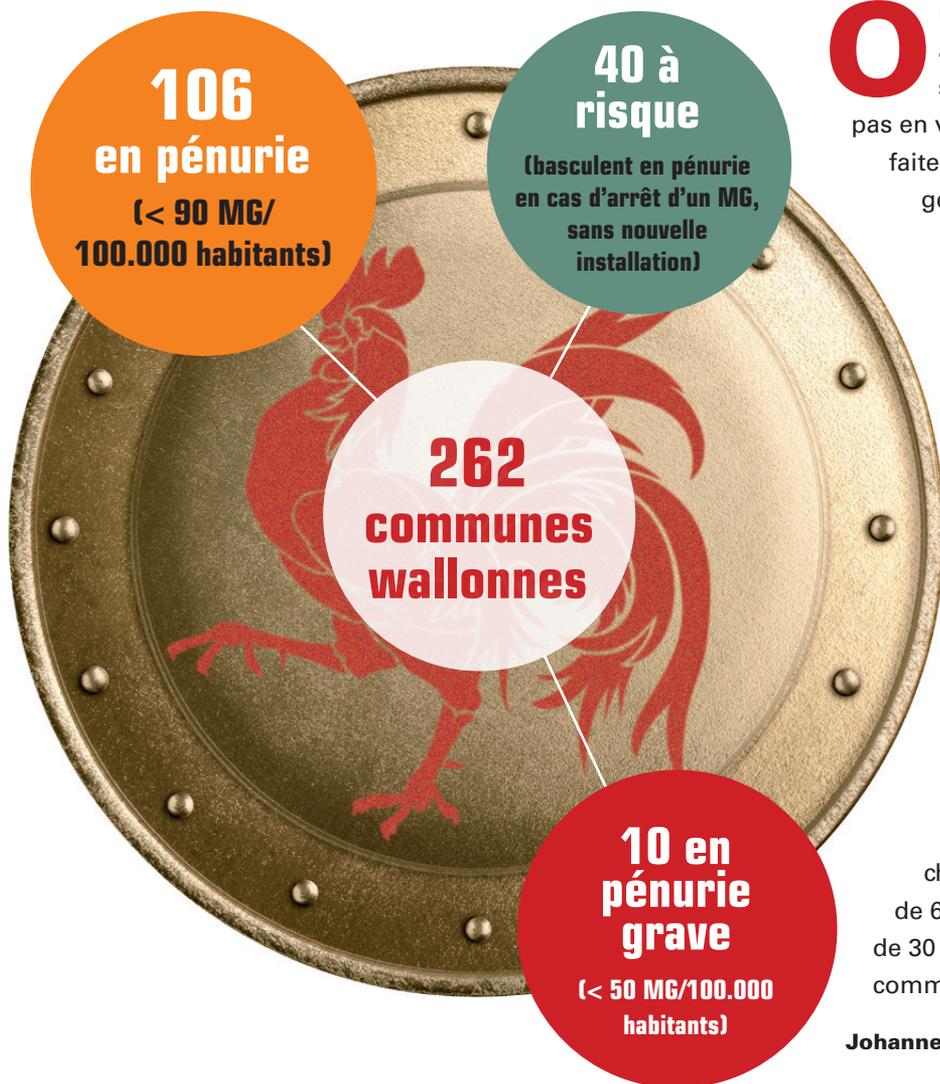


## 3.420 généralistes actifs en Wallonie



**O**n savait l'Observatoire wallon de la santé, rattaché à l'AViQ, attelé à un cadastre des MG wallons, conçu en s'appuyant sur les cercles. Le recensement, que les autorités ne livrent pas en vrac pour ne pas manger la promesse de confidentialité faite aux participants, est terminé. On dénombre, en 2016, 3.420 généralistes en Wallonie, qui assument en moyenne 9,1 demi-journées de pratique de la médecine générale par semaine.

106 des 262 communes de la Région affichent une densité de MG inférieure à 90/100.000 habitants et peuvent donc être considérées comme des zones en pénurie. C'est même l'étiquette de pénurie grave qu'on pourrait coller sur +/- 10% de cette centaine de localités moins couvertes: 10 sont sous la barre des 50 MG/100.000 habitants.

40 autres communes sont dites «à risque»: elles basculeraient en catégorie pénurie, voire pénurie grave, si un seul de leurs MG venait à cesser d'exercer sans être remplacé, pour se réorienter ou prendre sa retraite.

Cette seconde perspective est, on le sait, terriblement plausible au vu des effectifs grisonnants. L'âge moyen des MG actifs est de 52,8 ans (56,8 ans chez les hommes et 46,3 chez les femmes). 13,3% (455) des MG wallons actifs ont plus de 65 ans. De 2012 à 2016, seuls 162 jeunes médecins de moins de 30 ans, soit une trentaine par an, se seraient installés dans une commune wallonne.

Johanne Mathy

► Suite en page 2



### Webcast exclusif: entre 4 yeux avec le ministre Bacquelaine

**C**omment fonctionne le rachat d'années d'études? Une solution a-t-elle été trouvée dans le dossier du statut social qui, chez certains médecins retraités, ne pourra plus être consacré à une PLCI? Si vous avez des questions au sujet de votre pension, sautez sur l'occasion: Medi-Sphere et Le Spécialiste organisent un webcast dans leur studio vidéo et invitent 30 de leurs lecteurs à une rencontre exclusive avec le ministre Daniel Bacquelaine.

Cela se passera le mardi 13 juin, en soirée, dans le studio vidéo de «Health Avenue», à Zaventem.

Pour des raisons pratiques, envoyez vos questions d'ici le 4 juin à [j.mathy@rmnet.be](mailto:j.mathy@rmnet.be).

Si vous voulez également participer à l'enregistrement du webcast et rencontrer le ministre Bacquelaine vous pouvez envoyer un mail à la même adresse. Un tirage au sort sera effectué début juin. Les lecteurs retenus seront avertis par e-mail.

**UNI DIAMICRON®**  
**60mg**

**SERVIER**

► SUITE DE LA PAGE 1

# 3.420 MG en Wallonie

Tableau 1: Impulseo I

Année	Nbre de primes accordées Impulseo I	Montants accordés
2014	44	880.000€
2015	38	760.000€
2016	50	1.000.000€

Tableau 2: Impulseo II et III

Année	Nbre d'interventions Impulseo II/III	Montants (payés ou à payer)
2014	406	3.439.464,00€
2015	466	3.802.382,97€
2016	547	- (*)

(\*) Le cabinet ne dispose pas encore d'une vision globale pour l'an dernier, les montants 2016 étant toujours liquidés au fur et à mesure.

Le cadastre des MG wallons, conçu avec le coup de pouce des cercles, a rendu son verdict. On recense 3.420 MG actifs dans les 262 communes de la Région, dont 106 réputées en pénurie, de par leur densité de MG inférieure à 90/100.000 habitants. Les aides à l'installation ont leur petit succès: on grimpe de 38 primes Impulseo I en 2014 à 50 l'an passé. Les MG semblent consacrer le plus clair de leur temps à exercer la médecine générale proprement dite.

**D'**après Maxime Prévot, le dispositif Impulseo, dont le volet I consiste pour mémoire en aides à l'implantation dans des zones pénuriques, «rencontre un succès croissant». Il souligne toutefois que la Région n'a pas la main sur d'autres leviers utiles pour préserver ou réintroduire une médecine de proximité partout, qui sont d'un autre ressort: «stages obligatoires

en zone rurale, sous-quotas médecins généralistes/médecins spécialistes, part d'enseignement privilégiant la médecine générale...»

Son administration rapporte à partir de 2014 une augmentation des primes Impulseo I (désormais régionalisées). La demande culmine en 2016 à 50 dossiers, pour un montant d'un million d'euros (tableau 1). Notons au passage que les

aides Impulseo II et III (pour les coûts de personnel administratif ou les frais de télésecrétariat) s'inscrivent elles aussi dans une tendance à la hausse, avec un bond de 406 à 547 interventions entre 2014 et 2016 (tableau 2).

## 9,1 demi-jours/semaine

Le cadastre avait cette particularité de s'intéresser également au temps consacré, sur une semaine, aux consultations (à ou aux adresses répertoriées: cabinet privé, maison médicale, centre médical...) ainsi qu'aux visites à domicile, MRS comprises. Bref, il visait à quantifier la pratique de la médecine générale «classique» par les répondants recensés – par opposition à des activités médicales autres (en centre PMS, consultations ONE, médecine carcérale, gardes à l'hôpital...) – et ce, en les calibrant par demi-journées, supposées compter 4-5 heures. Il en ressort que les MG wallons effectuent globalement 9,1 demi-journées de pratique de la médecine générale par semaine. Derrière cette moyenne se cache une légère variation par sexe: 9,3 demi-jours pour les MG hommes et 8,7 pour les femmes. ■

J.M.

## Médico-mut: de l'informel à l'acté

La dernière médico-mut avait été précédée, début mai, d'entrevues informelles entre cellule stratégique du cabinet De Block, administration et partenaires de concertation. La séance de ce lundi soir a permis d'entériner le résumé de ces rencontres. Un élément inédit émerge: l'idée de discuter d'une vision à long terme de la politique de santé.

**L**e principe de l'accord-pont, aussi dit «mini-accord», couvrant les mois 2017 restants, a été accepté par les syndicats médicaux sur la base de déclarations de (bonnes) intentions de Maggie De Block. Celle-ci s'est engagée à se pencher, dans un esprit constructif, sur des points de friction soulevés par la médico-mut. Il s'agissait par la suite de vérifier, entre négociateurs, que tout le monde était au diapason sur les points en question, et leur ordre de priorité. D'où ce round de consultations non officielles, durant lesquelles le GBO relate avoir insisté afin qu'un calendrier soit précisé pour la concrétisation de tel ou tel engagement ministériel (1).

### Une vision à développer

La concertation informelle avait débouché sur un vœu conjoint des médecins et OA: ne pas se borner à plancher, en

séance, sur le budget 2018 et le futur accord, mais également - nouveauté - discuter d'une vision concrète à long terme de la politique de santé (qui est plus vaste, s'entend, qu'une politique des soins). Cette idée a été avalisée lundi. Il s'agirait, e.a., de débattre de l'organisation du système de santé (par exemple d'une meilleure articulation entre lignes, pour combattre la logique de silos) et des interventions sur lesquelles concentrer les financements (faut-il rembourser les traitements de complications ou maximiser l'accompagnement et l'éducation à la gestion de la maladie chronique?). Une vision à long terme ne pourrait pas faire l'économie d'objectifs de santé publique définis. Ce qui n'est pas sans rappeler la réforme annoncée du système d'accréditation, vers une formule s'appuyant sur des objectifs qualité, à l'instar de ce qui vient d'être fait dans l'accord dento-mut.

### Du pain sur la planche

Les attentes majeures des syndicats supposaient des adaptations de loi et/ou d'arrêté, entre autres pour mieux garantir le respect par le gouvernement des accords en cours, qui ne doivent pas être mis à mal par des mesures (d'économies) intempestives, et une évolution des modalités de vote au comité de l'assurance, donnant plus de poids aux prestataires. Fin avril, le Conseil des ministres a approuvé un projet de loi qui concrétise une série d'adaptations légales allant dans ce sens.

Les prochaines médico-muts devront également se concentrer sur des attentes identifiées dans le «cadre d'accords» (ce cahier de points à traiter que la médico-mut avait adressé fin janvier à Maggie De Block): les suppléments d'honoraires (2), la transparence, la révision de la nomenclature, une implication des médecins dans la gouvernance des (futurs) réseaux hospitaliers, la simplification administrative, des actions de promotion du conventionnement...

La médecine générale n'oublie certainement pas, de son côté, qu'on lui a promis un cadre structurel pour ses postes de garde (1). Reste à inscrire des échéances en face de tous ces points d'action. On semble se diriger vers la



date du 30 septembre pour la concrétisation d'une partie d'entre eux, dont la prise de mesures transitoires dans le déploiement de la feuille de route e-santé. Un projet de circulaire est prévu, en outre, pour confirmer que les autorités cherchent une solution pour le statut social des médecins retraités continuant à exercer. ■

J.M.

1. Bonne nouvelle, au rayon des dossiers qui avancent moins vite qu'espéré par les MG: un rendez-vous serait fixé au cabinet De Block le 9 juin prochain pour discuter, en task force «soins non planifiables», des conclusions de l'audit PMG.
2. L'AIM, l'Agence intermutualiste a présenté lundi une première enquête sur ce sujet toujours controversé, laissant entendre que des suppléments sont demandés aussi par des médecins conventionnés.

**DENOMINATION DU MEDICAMENT :** Clopidogrel Zentiva 75 mg comprimés pelliculés. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Chaque comprimé pelliculé contient 75 mg de clopidogrel (sous forme d'hydrogène sulfate). **Excipients à effet notable :** Chaque comprimé contient 3 mg de lactose et 3,3 mg d'huile de ricin hydrogénée. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Comprimé pelliculé (comprimé). Clopidogrel Zentiva 75 mg comprimés pelliculés. De couleur rose, ronds, biconvexes, gravés « 75 » sur une face et « 1171 » sur l'autre face. **Indications thérapeutiques :** Prévention des événements athérothrombotiques : Le clopidogrel est indiqué : - chez les patients adultes souffrant d'un infarctus du myocarde (datant de quelques jours à moins de 35 jours), d'un accident vasculaire cérébral ischémique (datant de plus de 7 jours et de moins de 6 mois) ou d'une artériopathie oblitérante des membres inférieurs établie. - chez les patients adultes souffrant d'un syndrome coronaire aigu : - Syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST (angor instable ou infarctus du myocarde sans onde Q), y compris les patients bénéficiant d'une angioplastie coronaire avec pose de stent, en association à l'acide acétylsalicylique (AAS). - Infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST, en association à l'AAS chez les patients traités médicalement et éligibles à un traitement thrombolytique. **Prévention des événements athérothrombotiques et thromboemboliques dans la fibrillation auriculaire :** Chez les patients adultes souffrant de fibrillation auriculaire, qui présentent au moins un facteur de risque d'événements vasculaires, qui ne peuvent être traités par un anti-vitamine K (AVK) et qui présentent un faible risque de saignements, le clopidogrel est indiqué, en association avec l'AAS, dans la prévention des événements athérothrombotiques et thromboemboliques, incluant l'AVC. **Posologie et mode d'administration :** **Posologie :** - Chez l'adulte et chez le sujet âgé : 1 comprimé de clopidogrel à 75 mg en une prise quotidienne. - Chez les patients souffrant d'un syndrome coronaire aigu : - Syndrome coronaire aigu sans sus-décalage du segment ST (angor instable ou infarctus du myocarde sans onde Q) : le traitement par clopidogrel doit être initié par une dose de charge unique de 300 mg et doit ensuite être poursuivi par une prise quotidienne de 1 comprimé de clopidogrel à 75 mg (en association à l'acide acétylsalicylique (AAS) à la dose quotidienne de 75 mg à 325 mg). Les doses les plus élevées d'AAS ayant été associées à un risque plus élevé de saignement, il est recommandé de ne pas dépasser une dose d'AAS de 100 mg/j. La durée optimale de traitement n'a pas été formellement établie. Les données de l'essai clinique supportent son utilisation jusqu'à 12 mois et le bénéfice maximum a été constaté à 3 mois. - Infarctus du myocarde aigu avec sus-décalage du segment ST : le traitement par clopidogrel doit être initié par une dose de charge de 300 mg, associé ou non à un traitement thrombolytique, et poursuivi par une prise quotidienne d'un comprimé à 75 mg en association à l'AAS. Chez les patients de plus de 75 ans le traitement par clopidogrel doit être initié sans dose de charge. L'association médicamenteuse doit être débutée le plus tôt possible après le début des symptômes et poursuivie pendant au moins 4 semaines. Le bénéfice de l'association clopidogrel et AAS au-delà de 4 semaines n'a pas été étudié dans ce contexte. Chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire, le clopidogrel doit être administré en une prise quotidienne de 75 mg. L'AAS (75 à 100 mg par jour) doit être administré en association avec le clopidogrel, dès l'initiation du traitement. En cas d'oubli d'une prise : - si le patient s'en aperçoit moins de 12 heures après l'horaire prévu de la prise : le patient doit prendre cette dose immédiatement puis prendre la dose suivante à l'horaire habituel. - si le patient s'en aperçoit plus de 12 heures après l'horaire prévu : le patient doit prendre la dose suivante à l'horaire habituel, sans doubler la dose. - Population pédiatrique : Le clopidogrel ne doit pas être utilisé chez les enfants en raison de problèmes d'efficacité. - Chez l'insuffisant rénal : L'expérience de ce traitement est limitée chez les patients présentant une insuffisance rénale. - Chez l'insuffisant hépatique : L'expérience de ce traitement est limitée chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée susceptible d'entraîner une diathèse hémorragique. **Mode d'administration :** Voie orale. Ce médicament peut être administré au cours ou en dehors des repas. **Contre-indications :** - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 2 ou à la rubrique 6.1. - Insuffisance hépatique sévère. - Lésion hémorragique évolutive telle qu'un ulcère gastroduodénal ou une hémorragie intracrânienne. **Effets indésirables :** **Résumé du profil de tolérance :** La tolérance du clopidogrel a été étudiée chez plus de 44 000 patients ayant participé aux études cliniques dont plus de 12 000 ont été traités pendant un an ou plus. Dans le cadre de l'étude CAPRIE, la tolérance du clopidogrel 75 mg/jour s'est montrée globalement comparable à celle de l'AAS 325 mg/jour, indépendamment de l'âge, du sexe et de la race. Les effets indésirables notables au plan clinique qui ont été enregistrés au cours des études CAPRIE, CURE, CLARITY, COMMIT et ACTIVE-A sont présentés ci-après. En plus de l'expérience au cours des études cliniques, des effets indésirables ont été spontanément rapportés. Les saignements sont les effets indésirables les plus fréquemment rapportés tant dans les études cliniques que depuis la mise sur le marché. Ils sont principalement rapportés pendant le premier mois de traitement. Dans CAPRIE, chez les malades traités par clopidogrel ou par AAS, la fréquence globale de saignements a été de 9,3%. La fréquence des épisodes sévères était similaire pour le clopidogrel et pour l'AAS. Dans CURE, il n'a pas été constaté d'augmentation des saignements majeurs avec l'association clopidogrel + AAS dans les 7 jours suivant un pontage coronarien chez les malades qui avaient arrêté leur traitement plus de 5 jours avant la chirurgie. Chez les malades qui sont restés sous traitement au cours de ces 5 jours, cette fréquence a été de 9,6% pour le groupe clopidogrel + AAS et de 6,3% pour le groupe placebo + AAS. Dans CLARITY, une augmentation globale des saignements a été constatée dans le groupe clopidogrel + AAS vs le groupe placebo + AAS. La fréquence des saignements majeurs était similaire entre les 2 groupes. Ceci était homogène dans les sous-groupes de patients définis selon les caractéristiques initiales des patients et le type de traitement fibrinolytique ou d'héparine. Dans COMMIT, le taux global des hémorragies majeures non cérébrales et des hémorragies cérébrales était faible et similaire dans les 2 groupes. Dans

**ACTIVE-A**, le taux de saignements majeurs a été supérieur dans le groupe clopidogrel + AAS par rapport au groupe placebo + AAS (6,7% versus 4,3%). Les saignements majeurs étaient essentiellement d'origine extracrânienne dans les 2 groupes (5,3% dans le groupe clopidogrel + AAS versus 3,5% dans le groupe placebo + AAS), principalement d'origine gastro-intestinale (3,5% vs 1,8%). Il y a eu plus de saignements intracrâniens dans le groupe clopidogrel + AAS que dans le groupe placebo + AAS (respectivement 1,4% versus 0,8%). Il n'y a eu aucune différence statistiquement significative entre les 2 groupes, ni sur les hémorragies à issue fatale (1,1% dans le groupe clopidogrel + AAS versus 0,7% dans le groupe placebo + AAS), ni sur les AVC hémorragiques (respectivement 0,8% versus 0,6%). **Tableau des effets indésirables :** Les effets indésirables survenus soit pendant les études cliniques soit spontanément rapportés, sont présentés dans le tableau ci-dessous. Leur fréquence est définie en utilisant la convention suivante : fréquent (>1/100 à <1/10) ; peu fréquent (>1/1 000 à <1/100) ; rare (>1/10 000 à <1/1 000) ; très rare (<1/10 000) ; fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Pour chaque classe de système d'organes, les effets indésirables sont présentés suivant un ordre décroissant de gravité. **Système classe-organe - Fréquent - Peu fréquent - Rare - Très rare, fréquence indéterminée\* :** Affections hématoLOGIQUES et du système lymphatique : **Fréquent :** Thrombocytopénie, leucopénie, éosinophilie ; **Rare :** Neutropénie, y compris neutropénie sévère ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Purpura thrombopénique thrombotique (PTT) (voir rubrique 4.4), aplasie médullaire, pancytopénie, agranulocytose, thrombocytopénie sévère, hémophilie A acquise, granulocytopénie, anémie. Affections cardiaques : **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Syndrome de Kounis (Angine vasospastique d'origine allergique/Infarctus du myocarde d'origine allergique) dans le contexte d'une réaction d'hypersensibilité due au clopidogrel\*. Affections du système immunitaire : **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Maladie sérique, réactions anaphylactoïdes, réactions allergiques croisées entre thiénopyridines (telles que ticlopidine, prasugrel) (voir rubrique 4.4)\*. Affections psychiatriques : **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Hallucinations, confusion. Affections du système nerveux : **Peu fréquent :** Hémorragie intracrânienne (quelques cas dont l'issue a été fatale ont été rapportés), céphalée, paresthésie, étourdissement. Affections oculaires : **Peu fréquent :** Saignement oculaire (conjonctival, intraoculaire, rétinien). Affections de l'oreille et du labyrinthe : **Rare :** Vertige. Affections vasculaires : **Fréquent :** Hématome ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Hémorragie grave, hémorragie d'une plaie opératoire, vascularite, hypotension. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : **Fréquent :** Epistaxis ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Saignement des voies respiratoires (hémoptysie, hémorragie pulmonaire), bronchospasme, pneumopathie interstitielle, pneumopathie à éosinophiles. Affections gastro-intestinales : **Fréquent :** Hémorragie gastro-intestinale, diarrhée, douleur abdominale, dyspepsie ; **Peu fréquent :** Ulcère gastrique et ulcère duodénal, gastrite, vomissement, nausée, constipation, flatulence ; **Rare :** Hémorragie rétro-péritonéale ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Hémorragie gastro-intestinale et rétro-péritonéale à issue fatale, pancréatite, colite (dont colite ulcéreuse et colite lymphocytaire), stomatite. Affections hépato-biliaires : **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Insuffisance hépatique aiguë, hépatite, anomalie des tests de la fonction hépatique. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : **Fréquent :** Contusion ; **Peu fréquent :** Rash, prurit, saignement cutané (purpura) ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Eruption bulleuse (syndrome de Lyell, Syndrome de Stevens Johnson, érythème polymorphe), pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG), angioedème, Syndrome d'hypersensibilité médicamenteuse, syndrome de DRESS (rash cutané avec éosinophilie et symptômes systémiques), rash érythémateux, exfoliation cutanée, urticaire, eczéma, lichen plan. Affections des organes de reproduction et du sein : **Rare :** Gynécomastie. Affections musculo-squelettiques, systémiques et osseuses : **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Saignement musculo-articulaire (hémarthrose), arthrite, arthralgie, myalgie. Affections du rein et des voies urinaires : **Peu fréquent :** Hématurie ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Glomérulonéphrite, élévation de la créatinémie. Troubles généraux et anomalies liées à l'administration : **Fréquent :** Saignement au point d'injection ; **Très rare, fréquence indéterminée\* :** Fièvre. Investigations (examens biologiques) : **Peu fréquent :** Allongement du temps de saignement, diminution du nombre de neutrophiles, diminution du nombre des plaquettes. \* Information relative au clopidogrel avec fréquence « indéterminée ». **Déclaration des effets indésirables suspectés :** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration – voir Annexe V. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** sanofi-aventis groupe - 54, rue la Boétie - F-75008 Paris – France **NUMEROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** EU/1/08/465/003 - Boîte de 28 comprimés pelliculés sous plaquettes thermoformées PVC/PVDC/Aluminium EU/1/08/465/007 - Boîte de 50x1 comprimés pelliculés sous plaquettes thermoformées PVC/PVDC/Aluminium EU/1/08/465/009 - Boîte de 84 comprimés pelliculés sous plaquettes thermoformées **DATE DE LA PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUELEMENT DE L'AUTORISATION :** Date de la première autorisation : 16 Juillet 2008 Date de dernier renouvellement : 16 Juillet 2013 **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE :** Décembre 2016. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne du médicament : <http://www.ema.europa.eu/>

CLOPIDOGREL ZENTIVA® 75mg	Emballage	CAT.	Prix publics
28 comp.	28 comp.	B	7,85 €
CLOPIDOGREL ZENTIVA® 75mg	84 comp.	B	14,68 €
CLOPIDOGREL ZENTIVA® 75mg	50 comp.UD	Bh	seul. hôp.

# Clopidogrel ZENTIVA® 75mg

## remplace Plavix® 75mg

**NOUVEAU**



**ARRÊT DE LA COMMERCIALISATION DU PLAVIX 75 MG DÈS LE 1<sup>ER</sup> JUIN**

- ✓ Sans attestation
- ✓ Catégorie B
- ✓ Toutes indications

**100% identique\***

Clopidogrel ZENTIVA® 75 = 75 Plavix®

\* Les comprimés sont identiques : même composition qualitative et quantitative avec la même forme, couleur et gravure

Pour plus d'information: [clopidogrel.zentiva@sanofi.com](mailto:clopidogrel.zentiva@sanofi.com) - Tél. : 02/710 54 00

**Prescrivez en toute confiance Clopidogrel ZENTIVA® 75mg**

**Sanofi**

## SOINS INTÉGRÉS

# Derrière les zones d'ombre, les limites

«Le Fag ne formulera pas de mot d'ordre. Ni 'allez-y les yeux fermés, nous voilà rassurés'. Ni 'ne vous y aventurez pas, c'est suicidaire'. Nous avons reçu certaines explications qui n'éliminent pas tous les risques de frustration. A chaque cercle de se faire sa religion», rapporte le Dr Delrée après une rencontre collective avec les autorités sur le Plan soins intégrés aux malades chroniques et ses projets pilotes. Selon le président du Fag, des zones d'ombre ont été dissipées pour, parfois, se muer en limites avouées par les pouvoirs publics.



Le Fag ne souhaite pas donner de mot d'ordre ni dans un sens ni dans l'autre. Il acte que le manque criant de moyens met en péril l'output même des projets pilotes.

préfinancement, c'est aussi un manque de confiance vis-à-vis des prestataires, dont on dit attendre le changement. Pour moi, la balle est dans le camp de Maggie De Block sur ce plan.»

Guy Delrée redoute qu'émergent au final des initiatives forcément modestes et, du coup, peu probantes. «Prenez cette idée, au Luxembourg, de faire bouger les diabétiques avec des séances de gym, de leur donner des cours de diététique... Ceci ne peut pas être 'une enveloppe existante que l'on utiliserait autrement', puisque ces activités n'existent pas encore.» Comme le patient ciblé par un projet pilote n'est pas supposé voir sa facture s'alourdir, il faudra renoncer, raboter, réduire les prétentions... «Soyons terre-à-terre: avec des moyens trop chiches, il sera impossible pour un projet de mettre en œuvre la stratégie élaborée au départ, même pertinente. Ça risque d'être un gâchis général, une expérience infructueuse tant pour le patient, qui n'en retirera pas de bénéfices de santé, que pour l'Etat, qui ne verra pas d'économies, et pour les MG, qui auront perdu leur temps...»

## Faire plus en coûtant moins?

Toujours au rayon pragmatisme, Guy Delrée pointe les 150.000€ prévus pour financer le coordinateur et toutes les réunions entre partenaires. De l'avis général, «c'est beaucoup trop peu, surtout qu'on présente le projet comme devant être ambitieux.

Si, comme le soutiennent les autorités, l'enjeu économique derrière les soins intégrés est énorme, alors, qu'on se donne les moyens! Eventuellement, on fait 5, 10 projets, et pas 20». Le MG marchois est moyennement convaincu par l'exhortation répétée «soyez créatifs!» et la réplique «faites travailler vos structures d'appui, Sisd, RML...» «Les RML, on a déjà élargi leurs missions à budget inchangé. L'un d'eux, sur Liège, a vu la population à desservir augmenter, sans adaptation de son financement. Demander toujours plus, dans une enveloppe qui ne croît pas, cela a ses limites...» D'appel au réalisme il est encore question pour les 14 composantes des soins intégrés à respecter (empowerment, coordination, continuité des soins transmurale, dossier intégré, etc.). «Un vrai défi, de rencontrer les 14 ensemble, d'autant que toutes ne se prêtent pas à chaque forme de projet imaginée.»

Le Dr Delrée soulève enfin l'aspect évaluation. «Les autorités veulent mesurer si les nouveaux modèles réduisent les dépenses. Mais un projet, à Liège, vise la prise en charge des SDF. Actuellement, étant hors de tout circuit de soins, ces gens ne coûtent rien. S'en occuper, c'est forcément une dépense nouvelle. Au Luxembourg, on songe à optimiser la prise en charge de personnes avec syndrome métabolique, à ce jour insuffisante. Ici aussi, ça va coûter plus, donc, durant les 4 ans d'exécution. Que peut donner une évaluation dans ces conditions? Si des économies se dégagent là, c'est qu'on n'aurait pas touché toute la cible...»

J.M.

La FAGw, l'aile wallonne du Fag, avait inventorié les réserves et questionnements que lui inspiraient les projets pilotes soins intégrés (Medi-Sphere n°546). Il y a peu, Ri De Ridder était l'invité d'une soirée qui a fait salle comble, à Bouge, avec les cercles ayant un pied potentiel dans l'un des projets présélectionnés. Outre le top fonctionnaire inamien, les MG avaient pour vis-à-vis Isabelle Van der Brempt, de la cellule spécifique Chroniccare, et Anne Boucquiau, cheffe de cabinet santé de Maxime Prévot.

Pour le Dr Delrée, si les MG ne repartent pas 100% rassérénés, certaines clarifications ont été apportées. Par exemple à propos de cette épée de Damoclès financière pesant sur la personne des participants, qu'on craint redevables en cas de dépassement. Pour mémoire, un projet pilote disposera d'un montant équivalent à celui actuellement consacré par l'assurance maladie à la maladie chronique visée, incluant prestations, hospitalisations, traitements médicaux..., un montant à redistribuer,

différemment, entre partenaires, et en faisant des économies. Il semble qu'on ne laissera pas courir un modèle entraînant une hausse des dépenses AMI, il sera interrompu, sans récupération auprès des prestataires. «Mais en ce qui concerne les préfinancements dont un projet aurait besoin pour se concrétiser, par contre, les partenaires doivent bien assumer la responsabilité des prêts qu'ils contracteraient pour démarrer.»

## Petit bras, petits résultats

Demeure donc une forme de risque financier. «Ri De Ridder nous demande de 'faire confiance' au Plan, aux autorités. Dans l'auditoire, les avis étaient partagés. Les projets vont durer 4 ans. Lui-même ne sera plus là: il part à la retraite. Et puis, la confiance dans les autorités, après les tours de cochon subis avec les PMG par exemple, elle est difficile à retrouver.» En outre, pour le président du Fag, l'effort de faire confiance ne devrait pas être unilatéral. «L'absence de

## Calendrier et réponses de Chroniccare

Où en est-on, exactement, dans le Plan? Les 20 projets pré-sélectionnés peuvent se soumettre à une sélection définitive. «Nous attendons la réponse du Conseil d'Etat sur le projet d'arrêté royal au plus tard le 28 mai», indique-t-on chez Chroniccare (la cellule officielle en charge du Plan). Comptez ensuite quelques jours pour adapter – le cas échéant – le texte, et le déposer pour publication au Moniteur. Bref, Chroniccare table sur une parution début juin. Les projets auront alors 30 jours pour déposer leur candidature. «L'évaluation par écrit se fera en juillet/août et les candidats auront l'occasion de présenter leur projet devant le jury [composé de représentants des différents stakeholders] en septembre, pour une 'défense' orale. (...) Il est important de stipuler que le financement de la phase d'exécution pour la coordination (150.000€ par an par projet retenu) est prévu à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2017: les projets [retenus] recevront donc ce soutien financier de manière rétroactive.» Combien a-t-on prévu de sélectionner de projets, au final? «En théorie, les 20 candidats peuvent passer à la prochaine étape», répond Chroniccare, qui pointe toutefois que «les plans d'action doivent être d'un niveau de qualité suffisamment haut» et «proposer des actions novatrices et ambitieuses pour être acceptés par le jury».

Chroniccare annonce la mise en ligne imminente d'un gros document explicatif, élucidant des questions reçues notamment de cercles, d'OA et de patients. A découvrir incessamment sur [www.integreo.be](http://www.integreo.be).

# Soins intégrés dans le Centre: pas gagné d'avance



**Dr Emmanuel Bartholomé,**  
neurologue au CHU Tivoli.

**L**e projet dont il est ici question s'étale sur trois communes: La Louvière, Binche et Morlanwez et concerne des pathologies neurologiques. «Le but de notre projet est de diminuer l'enclavement du patient atteint d'une maladie chronique. Et par enclavement, j'entends non seulement l'enclavement physique, mais cela peut aussi être un enclavement intellectuel, un enclavement social, un enclavement au niveau des loisirs...», indique le Dr Bartholomé.

Ces projets reposent sur une stratégie générale, qui s'assied elle-même sur des grands principes, lesquels doivent être assortis d'objectifs stratégiques. Et enfin, des actions doivent être menées pour arriver à un plan d'action. «Cela semble tout à fait correct comme structure», commente le neurologue, «mais cela nous noie néanmoins dans un travail administratif qui nous a fait parfois nous perdre un peu dans ce que nous faisons. Et à plusieurs reprises, nous avons dû nous recentrer sur ce que nous voulions vraiment et sur nos grands principes.»

Dans ces projets pilotes, un des accents est placé sur la prévention. «Il est extrêmement important que nous fassions de la prévention, notamment parce qu'à terme, cela entraînera une réduction des coûts. Mais le problème est que la vision actuelle reste axée sur le court terme», déplore Emmanuel Bartholomé.

## Difficile sans préfinancement...

Et le neurologue d'expliquer brièvement le mode de financement du projet: «Les autorités se basent sur la population définie comme patients

Lors d'un symposium «Le travail en réseau, c'est bon pour la santé» organisé il y a peu à Mons conjointement par le CHU Ambroise Paré et le CHU Tivoli, le Dr Emmanuel Bartholomé, neurologue au CHU Tivoli, a fait le point sur l'état d'avancement de leur projet Chroniccare. Une équipe motivée mais qui dit devoir faire face à une absence totale de financement.

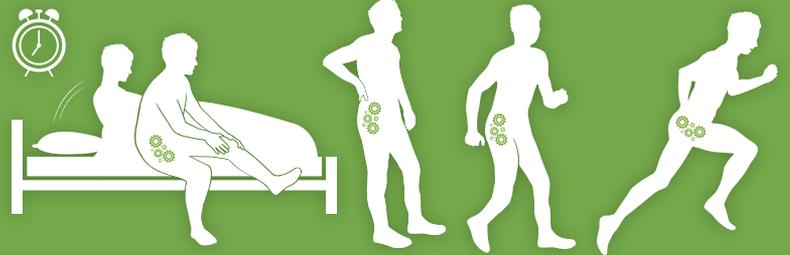
cibles. Ici, en l'occurrence, nous avons tablé sur 40.000 patients. Elles vont calculer combien ils coûtaient en 2016 et puis combien ils coûteront en 2017. S'ils ont coûté moins en 2017 qu'en 2016, nous allons recevoir de l'argent pour innover. Et s'ils ont coûté plus en 2017 qu'en 2016, nous ne recevrons aucun budget. Il se peut même que nous devions arrêter notre projet.»

Pour l'instant, cela semble bien parti. Mais, en attendant, le Dr Bartholomé souligne que contrairement à d'autres projets pilotes qui bénéficient d'un préfinancement, ils doivent pour l'instant tout faire sur fonds propres... Emmanuel Bartholomé est d'autant plus sceptique par rapport à la faisabilité financière de ces projets qu'ils sont lancés pour quatre ans alors que la plupart des actions qu'ils mettent en place ne peuvent avoir un impact financier à aussi court terme.

«Il n'en reste pas moins que travailler sur ce projet reste extrêmement intéressant et que nous avons décidé de le poursuivre parce que ce qui nous est demandé au début – même si on ne nous en donne pas les moyens – c'est ce qu'il faut faire. Par ailleurs, cela nous a également permis de rencontrer un large panel d'intervenants. Ce que nous mettons en place concerne aujourd'hui des pathologies neurologiques, mais n'est pas spécifique à la neurologie. Cela pourrait donc très bien être étendu à d'autres pathologies», conclut-il. ■

**France Dammal**

**NOUVEAU**



**VOS PATIENTS  
ONT DU MAL À MAINTENIR  
DES ARTICULATIONS SOUPLES?**

**1 GÉLULE/JOUR**



- ✓ à base de NPT501™: un extrait de gingembre & curcuma
- ✓ avec une bio-disponibilité supérieure

**NPT501:**  
150 mg gingembre + 42 mg de curcuma

Plus d'information?

Contactez Vemedia Consumer Health:  
contact@vemedia.be ou 09/2962149.

**OSTEOPHUS**  
continuez à bouger en toute liberté

REDISTRIBUER LES TÂCHES ENTRE LIGNES ■

# La solution aux dépenses élevées et aux listes d'attente?

Des dépenses de santé qui crèvent le plafond? D'interminables listes d'attente chez les spécialistes? D'après Jan De Maeseneer, ces deux problèmes pourraient parfaitement être évités par une meilleure répartition des tâches entre première et deuxième lignes... qui permettrait en outre d'affûter de manière optimale l'expertise des médecins tant généralistes que spécialistes.

Les gynécologues belges font chaque année 600.000 frottis vaginaux, ce qui n'est vraiment pas la meilleure manière d'exploiter leur potentiel, souligne d'entrée de jeu le professeur flamand de médecine générale Jan De Maeseneer (université de Gand). «Ce problème spécifique devrait être résolu dans un avenir relativement proche avec l'avènement de tests à effectuer directement par la patiente... mais en attendant, cet acte pourrait parfaitement être posé par des MG ou des infirmiers ou sages-femmes spécialement formés. C'est déjà le cas dans d'autres pays, pour le plus grand bonheur des patients, et ça marche!»

Pour faire accepter une meilleure répartition des tâches à la population, on pourrait commencer par insister sur le fait qu'un usage rationnel des première et deuxième lignes réduira les délais d'attente chez le spécialiste. Des mesures réglementaires aussi pourraient avoir leur utilité, sous la forme d'un échelonnement à deux variantes (lire encadré). «Je constate d'ailleurs que les citoyens ont de plus en plus conscience que celui-ci est nécessaire», affirme l'expert.

## Une double érosion

A côté des économies qu'il engendre, l'échelonnement a également l'avantage d'éviter une – double – érosion de l'expertise. Si les patients confrontés à un problème de première ligne s'adressent directement au spécialiste, celui-ci risque de ne plus voir suffisamment de cas exigeant le recours à une médecine véritablement spécialisée... et les généralistes ne voient plus guère passer certaines plaintes et perdent donc la capacité à prendre la bonne décision dans certaines situations aiguës. «Si on limite l'activité du gynécologue aux situations qui relèvent vraiment de son champ de compétences, il faut aussi que sa consultation soit correctement rémunérée», souligne Jan De Maeseneer. «Un honoraire de 30€ est insuffisant pour un professionnel qui a bénéficié d'une formation académique de 13 ans... A moins, évidemment, qu'il ne se consacre principalement à la réalisation de frottis. Mon expérience m'apprend toutefois que les gynécologues commencent tout doucement à prendre conscience que leur

activité actuelle ne correspond pas à un profil idéal.»

## Un volume de soins qui se déplace

Jan De Maeseneer cite un second exemple concret de situation où une redistribution des rôles serait souhaitable. «Dans le cadre du trajet de soins diabète, le MG et le MS touchent actuellement 80€ chacun. Personnellement, je proposerais de donner plutôt 150€ au généraliste et 10€ au spécialiste – comprenez, de décaler largement la gestion du diabète vers la première ligne, comme on l'a par exemple déjà fait avec succès aux Pays-Bas. Dans cette approche, le spécialiste se bornerait à la surveillance électronique du patient... et à demander au généraliste de le lui renvoyer si les valeurs laissent suspecter un problème dans la prise en charge.»

On mettrait donc les spécialistes au pain sec et à l'eau? «La transition doit être progressive, mais il faudrait en effet à plus long terme réduire notre offre de soins spécialisés. La dynamique au sein

## L'échelonnement en pratique

Confronté à un nouveau problème (sauf si celui-ci est réellement urgent), le patient s'adresse en première instance au généraliste titulaire de son DMG, qui le renvoie au spécialiste si nécessaire (dans 5 à 10% des cas). Celui-ci se charge alors de la gestion diagnostique et thérapeutique du problème avec le patient, qui est remboursé par le biais d'une carte de renvoi de courte durée. C'est le modèle de renvoi linéaire. Les malades chroniques reçoivent une carte valable six mois, qui leur permet de naviguer «en spirale» entre les prestataires de première ligne, les spécialistes, la prise en charge et le soutien en groupe, etc. Ce système donne l'assurance au MG de voir ces personnes au moins une fois tous les six mois (et probablement plus).

des hôpitaux en dit long à ce sujet: dès qu'on limite le volume de soins pour une pathologie donnée, on observe un gonflement dans une autre! Le remède passe par une réduction progressive du nombre de lits... à un rythme un peu plus intensif que les 2% enregistrés au niveau des lits aigus au cours des 15 dernières années!»

## Les délais s'allongent

Selon un récent coup de sonde donné par l'hebdo flamand *Knack* auprès de gynécologues, dermatologues et ophtalmologues, les listes d'attente pour certaines spécialités deviennent d'une longueur inacceptable. Jusqu'ici, ce phénomène ne se percevait pas en Belgique, mais plutôt chez nos voisins – surtout aux Pays-Bas. *Knack* désigne la Campine anversoise comme région problématique, avec des temps d'attente atteignant un an. Les maxi-délais sont causés, selon le magazine, tant par les médecins que les patients. D'après lui, le monde politique a quand même raté des opportunités pendant des années de remédier à la situation, si bien qu'aujourd'hui, pour certaines spécialités, il y a une pénurie. Le fait que la jeune génération de médecins mise davantage sur la qualité de vie se fait également sentir. S'y ajoute la problématique des rendez-vous pris et non honorés par les patients, qui font qu'il y a à la fois des listes pleines et des salles d'attente vides par moment.

Dr Michèle Langendries

## LISTES D'ATTENTE...



PAZOS MEDI-SPHERE

TRITACE® 5mg x 56c 17,38€  
TRITACE® 10 mg x 56c 27,00€

# REDONNEZ CONFIANCE DANS LA VIE À VOS PATIENTS. Protégez leur cœur et leurs vaisseaux sanguins.

# TRITACE®



SABE RAM 17.03.0152

**DENOMINATION DU MEDICAMENT:** TRITACE 2,5 mg comprimés TRITACE 5 mg comprimés TRITACE 10 mg comprimés - **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** TRITACE 2,5 mg comprimés : chaque comprimé contient 2,5 mg de ramipril. TRITACE 5 mg comprimés : chaque comprimé contient 5 mg de ramipril. TRITACE 10 mg comprimés : chaque comprimé contient 10 mg de ramipril. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. - **FORME PHARMACEUTIQUE:** TRITACE 2,5 mg comprimés sont des comprimés oblongs, de couleur jaunâtre à jaune avec des dimensions de 8 x 4 mm avec une barre de cassure, avec un « 2,5 » et le logo de l'entreprise gravés sur une face et avec « HMR » et un « 2,5 » gravés sur l'autre face. Le comprimé peut être divisé en deux demi doses égales. TRITACE 5 mg comprimés sont des comprimés oblongs, de couleur rouge pâle avec des dimensions de 8 x 4 mm avec une barre de cassure, avec un « 5 » et le logo de l'entreprise gravés sur une face et avec « HMP » et un « 5 » gravés sur l'autre face. Le comprimé peut être divisé en deux demi doses égales. TRITACE 10 mg comprimés sont des comprimés oblongs, de couleur blanche à presque blanche avec des dimensions de 7 x 4,5 mm avec une barre de cassure et avec « HMO/HMO » gravé sur une face. Le comprimé peut être divisé en deux demi doses égales. - **DONNEES CLINIQUES - INDICATIONS THERAPEUTIQUES** - Traitement de l'hypertension. - Prévention cardiovasculaire : réduction de la morbidité et la mortalité cardiovasculaires chez les patients présentant : une maladie cardiovasculaire athéromatose manifeste (antécédents de maladie coronaire ou d'accident vasculaire cérébral, ou artériopathie périphérique) ou diabète avec au moins un facteur de risque cardiovasculaire (voir rubrique 5.1 du RCP). - Traitement de la néphropathie glomérulaire diabétique débutante, telle que définie par la présence d'une microalbuminurie Néphropathie glomérulaire diabétique manifeste, telle que définie par une macroprotéinurie chez les patients présentant au moins un facteur de risque cardiovasculaire (voir rubrique 5.1 du RCP). Néphropathie glomérulaire non-diabétique manifeste, telle que définie par une macroprotéinurie  $\geq 3$  g/jour (voir rubrique 5.1 du RCP). - Traitement de l'insuffisance cardiaque symptomatique. - Prévention secondaire à la suite d'un infarctus aigu du myocarde : réduction de la mortalité à la phase aiguë de l'infarctus du myocarde chez les patients ayant des signes cliniques d'insuffisance cardiaque, en débutant > 48 heures après l'infarctus. - **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION:** Posologie : Il est recommandé de prendre TRITACE chaque jour au même moment de la journée. TRITACE peut être pris avant, pendant ou après les repas, la prise alimentaire ne modifiant pas sa biodisponibilité (voir rubrique 5.2). TRITACE doit être avalé avec du liquide. Il ne doit pas être mâché ni écrasé. Adultes : **Patients traités par diurétique:** Une hypotension peut survenir à la mise en route d'un traitement par TRITACE ; ceci en particulier chez les patients recevant un traitement concomitant par des diurétiques. Il est par conséquent recommandé de prendre des précautions puisque ces patients peuvent présenter une déplétion hydrosodée. Si possible, le diurétique sera arrêté 2 à 3 jours avant le début du traitement par TRITACE (voir rubrique 4.4 du RCP). Chez les patients hypertendus chez lesquels le diurétique n'est pas arrêté, le traitement par TRITACE sera débuté à la dose de 1,25 mg. La fonction rénale et la kaliémie seront surveillées. La dose de TRITACE sera ajustée par la suite en fonction de la pression artérielle cible. Hypertension : La dose sera individualisée selon le profil du patient (voir rubrique 4.4 du RCP) et le contrôle tensionnel. TRITACE peut être utilisé en monothérapie ou en association à d'autres classes de médicaments antihypertenseurs (voir rubriques 4.3, 4.4, 4.5 et 5.1 du RCP). **Dose initiale:** TRITACE sera débuté graduellement à la dose initiale recommandée de 2,5 mg par jour. Les patients ayant un système rénine-angiotensine-aldostérone fortement activé pourraient présenter une chute excessive de la pression artérielle après la première dose. Une dose initiale de 1,25 mg est recommandée chez de tels patients, et la mise en route du traitement sera effectuée sous surveillance médicale (voir rubrique 4.4 du RCP). **Titration et dose d'entretien:** La dose peut être doublée toutes les deux à quatre semaines de manière à atteindre progressivement la pression artérielle cible ; la dose maximale autorisée de TRITACE est de 10 mg par jour. En général, la dose est administrée en une prise quotidienne. **Prévention cardiovasculaire Dose initiale:** La dose initiale recommandée est de 2,5 mg de TRITACE une fois par jour. **Titration et dose d'entretien:** En fonction de la tolérance par le patient du principe actif, la dose sera graduellement augmentée. Il est recommandé de doubler la dose au terme d'une à deux semaines de traitement et, au terme de deux à trois semaines supplémentaires, de l'augmenter pour atteindre la dose cible d'entretien de 10 mg de TRITACE en une prise quotidienne. Voir également plus haut la posologie chez les patients sous diurétique. **Traitement de la néphropathie:** **Chez les patients présentant un diabète et une microalbuminurie:** Dose initiale : La dose initiale recommandée est de 1,25 mg de TRITACE une fois par jour. **Titration et dose d'entretien:** En fonction de la tolérance par le patient du principe actif, la dose est augmentée par la suite. Il est recommandé de doubler la dose quotidienne unique à 2,5 mg au terme de deux semaines, puis à 5 mg au terme de deux semaines supplémentaires. **Chez les patients présentant un diabète et au moins un facteur de risque cardiovasculaire:** Dose initiale : La dose initiale recommandée est de 2,5 mg de TRITACE une fois par jour. **Titration et dose d'entretien:** En fonction de la tolérance par le patient du principe actif, la dose est augmentée par la suite. Il est recommandé de doubler la dose quotidienne à 5 mg de TRITACE au terme d'une à deux semaines, puis à 10 mg de TRITACE au terme de deux à trois semaines supplémentaires. La dose quotidienne cible est de 10 mg. **Chez les patients présentant une néphropathie non-diabétique telle que définie par une macroprotéinurie  $\geq 3$  g/jour:** Dose initiale : La dose initiale recommandée est de 1,25 mg de TRITACE une fois par jour. **Titration et dose d'entretien:** En fonction de la tolérance par le patient du principe actif, la dose est augmentée par la suite. Il est recommandé de doubler la dose quotidienne unique à 2,5 mg au terme de deux semaines, puis à 5 mg au terme de deux semaines supplémentaires. Insuffisance cardiaque symptomatique **Dose initiale:** Chez les patients stabilisés sous traitement diurétique, la dose initiale recommandée est de 1,25 mg par jour. **Titration et dose d'entretien:** La posologie de TRITACE sera ajustée en doublant la dose toutes les une à deux semaines, jusqu'à une dose quotidienne maximale de 10 mg. Deux prises par jour sont préférables. Prévention secondaire après infarctus aigu du myocarde et en présence d'une insuffisance cardiaque **Dose initiale:** 48 heures après un infarctus du myocarde, chez un patient cliniquement et hémodynamiquement stable, la dose initiale sera de 2,5 mg deux fois par jour durant trois jours. Si la dose initiale de 2,5 mg n'est pas tolérée, une dose de 1,25 mg deux fois par jour sera administrée durant deux jours puis augmentée à 2,5 mg et 5 mg deux fois par jour. Si la dose ne peut pas être augmentée à 2,5 mg deux fois par jour, le traitement doit être arrêté. Voir également plus haut la posologie chez les patients sous diurétique. **Titration et dose d'entretien:** La dose quotidienne sera augmentée par la suite en doublant la dose à un à trois jours d'intervalle jusqu'à atteindre la dose d'entretien cible de 5 mg deux fois par jour. La dose d'entretien sera répartie en 2 prises quotidiennes dans la mesure du possible. Si la dose ne peut être augmentée à 2,5 mg deux fois par jour, le traitement sera arrêté. A ce jour, l'expérience de ce traitement chez les patients présentant une insuffisance cardiaque sévère (NYHA IV) immédiatement après un infarctus du myocarde n'est pas suffisante. Si la décision de traiter ces patients est prise, il est recommandé de débiter le traitement par 1,25 mg une fois par jour, et des précautions particulières doivent être prises pour toute augmentation de la dose. **Populations particulières:** Patients ayant une insuffisance rénale : La dose quotidienne chez les patients insuffisants rénaux doit être basée sur la clairance de la créatinine (voir rubrique 5.2) : en cas de clairance de la créatinine  $\geq 60$  mL/min, il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose initiale (2,5 mg/jour) ; la dose quotidienne maximale est de 10 mg ; en cas de clairance de la créatinine située entre 30 et 60 mL/min, il n'est pas nécessaire d'ajuster la dose initiale (2,5 mg/jour) ; la dose quotidienne maximale est de 5 mg ; le médicament sera administré quelques heures après la réalisation de l'hémodialyse. Patients ayant une insuffisance hépatique (voir rubrique 5.2 du RCP) : Chez les patients insuffisants hépatiques, le traitement par TRITACE sera mis en route sous étroite surveillance médicale et la dose quotidienne maximale sera de 2,5 mg de TRITACE. Patients âgés : Les doses initiales seront plus faibles, et la titration ultérieure de la dose sera plus graduelle, en raison d'une plus grande probabilité de survenue d'effets indésirables, en particulier chez les patients très âgés et frêles. Une dose initiale réduite de 1,25 mg de ramipril sera envisagée. Population pédiatrique : La sécurité et l'efficacité du ramipril chez les enfants n'ont pas encore été établies. Les données actuellement disponibles pour TRITACE sont décrites aux rubriques 4.8, 5.1, 5.2 & 5.3 mais aucune recommandation sur la posologie ne peut être donnée. **Mode d'administration:** Voir orale. **CONTRE-INDICATIONS:** - Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 ou à tout autre IEC (inhibiteur de l'enzyme de conversion) - Antécédents d'angioedème (héréditaire, idiopathique ou du fait d'un antécédent d'angioedème avec les IEC ou les ARA-2) - Traitements extracorporels impliquant une mise en contact du sang avec des surfaces chargées négativement (voir rubrique 4.5 du RCP) - Sténose artérielle rénale bilatérale significative, ou sténose artérielle rénale sur rein fonctionnellement unique - Deuxième et troisième trimestres de la grossesse (voir rubriques 4.4 et 4.6 du RCP) - Le ramipril ne doit pas être utilisé chez les patients hypertendus ou instables hémodynamiquement. - L'association de tritace à des médicaments contenant de l'aliskiren est contre-indiquée chez les patients présentant un diabète ou une insuffisance rénale (DFG (débit de filtration glomérulaire) < 60 mL/min/1,73 m<sup>2</sup>) (voir rubriques 4.5 et 5.1 du RCP). **EFFETS INDESIRABLES: Résumé du profil de tolérance** Le profil de tolérance du ramipril comporte une toux sèche persistante et des réactions dues à une hypotension. Les réactions indésirables graves comportent un angioedème, une hyperkaliémie, une altération de la fonction rénale ou hépatique, une pancréatite, des réactions cutanées sévères et une neutropénie / agranulocytose. **Récapitulatif des effets indésirables:** La fréquence des réactions indésirables est définie selon la convention suivante : Très fréquentes ( $\geq 1/10$ ) ; fréquentes ( $\geq 1/100$  à < 1/10) ; peu fréquentes ( $\geq 1/1000$  à < 1/100) ; rares ( $\geq 1/10000$  à < 1/1000) ; très rares (< 1/10000) ; de fréquence inconnue (ne peut être estimée à partir des données disponibles). Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre décroissant de gravité. Troubles du sang et du système lymphatique : Eosinophilie (peu fréquent) - Réduction du nombre de leucocytes (y compris neutropénie ou agranulocytose), réduction du nombre d'hématies, réduction de l'hémoglobine, réduction du nombre de plaquettes (rare) - Insuffisance médullaire, pancytopenie, anémie hémolytique (fréquence inconnue). Troubles du système immunitaire : Réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes, augmentation de l'auto anticorps anti-nucléaire (fréquence inconnue). Affections endocriniennes : Syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) (fréquence inconnue). Troubles du métabolisme et de la nutrition : Elévation de la kaliémie (fréquent) - Anorexie, perte d'appétit (peu fréquent) - Baisse de la natrémie (fréquence inconnue). Troubles psychiatriques : Humeur dépressive, anxiété, nervosité, agitation, troubles du sommeil y compris somnolence (peu fréquent) - Etat confus (rare) - Trouble de l'attention (fréquence inconnue). Troubles du système nerveux : Céphalées, étourdissements (fréquent) - Vertiges, parasthésies, agueusie, dysgueusie (peu fréquent) - Tremblements, trouble de l'équilibre (rare) - Ischémie cérébrale, y compris accident vasculaire cérébral ischémique et accident ischémique transitoire, perturbation des aptitudes psychomotrices, sensation de brûlure, parosmie (fréquence inconnue). Troubles ophtalmologiques : Troubles visuels, y compris vision trouble (peu fréquent) - Conjonctivite (rare). Troubles auriculaires et labyrinthiques : Troubles de l'audition, acouphènes (rare). Troubles cardiaques : Ischémie myocardique, y compris angor ou infarctus du myocarde, tachycardie, arythmies, palpitations, œdèmes périphériques (peu fréquent). Troubles vasculaires : Hypotension, chute de la pression artérielle orthostatique, syncope (fréquent) - Bouffées vasomotrices (peu fréquent) - Sténose vasculaire, hypoperfusion, vasculite (rare) - Syndrome de Raynaud (fréquence inconnue). Troubles respiratoires, thoraciques et médiastinaux : Toux irritative non-productive bronchite, sinusite, dyspnée (fréquent) - Bronchospasme y compris asthme aggravé, congestion nasale (peu fréquent). Troubles gastro-intestinaux : Inflammation gastro-intestinale, troubles digestifs, gêne abdominale, dyspepsie, diarrhée, nausées, vomissements (fréquent) - Pancréatite (des cas avec issue fatale ont été très exceptionnellement rapportés sous IEC), élévation des enzymes pancréatiques, angioedème de l'intestin grêle, douleurs abdominales hautes y compris gastrite, constipation, sécheresse buccale (peu fréquent) - Glossite (rare) - Stomatite aphteuse (fréquence inconnue). Troubles hépatobiliaires : Elévation des enzymes hépatiques et/ou de la bilirubine conjuguée (peu fréquent) - Ictère cholestatique, lésions hépato-cellulaires (rare) - Insuffisance hépatique aiguë, hépatite cholestatique ou cytolytique (très exceptionnellement d'issue fatale) (fréquence inconnue). Troubles de la peau et du tissu sous-cutané : Rash, en particulier maculo-papulaire (fréquent) - Angioedème ; très exceptionnellement, une obstruction des voies aériennes résultant d'un angioedème peut entraîner une issue fatale ; prurit, hyperhidrose (peu fréquent) - Dermatite exfoliante, urticaire, onycholyse (rare) - Réaction de photo-sensibilité (très rare) - Nécrolyse épidermique toxique, syndrome de Stevens-Johnson, érythème polymorphe, pemphigus, psoriasis aggravé, dermatite psoriasiforme, exanthème ou éruption pemphigoides ou lichenoides, alopecie (fréquence inconnue). Troubles musculo-squelettique et du tissu conjonctif : Spasmes musculaires, myalgie (fréquent) - Arthralgie (peu fréquent). Troubles rénaux et urinaires : Altération de la fonction rénale, y compris insuffisance rénale aiguë, augmentation du volume d'urine, aggravation d'une protéinurie préexistante, élévation de l'urée sanguine, élévation de la créatininémie (peu fréquent). Troubles du système reproductif et des seins : Dysfonction érectile transitoire, diminution de la libido (peu fréquent) - Gynécomastie (fréquence inconnue). Troubles généraux et anomalies au site d'administration : Douleur thoracique, fatigue (fréquent) - Pyrexie (peu fréquent) - Asthénie (rare). **Population pédiatrique:** La sécurité du ramipril a été évaluée chez 325 enfants et adolescents âgés de 2 à 16 ans au cours de 2 études cliniques. Alors que la nature et la sévérité des effets indésirables étaient similaires par rapport aux adultes, la fréquence des effets indésirables suivants était plus élevée chez les enfants : Les effets indésirables de tachycardie, congestion nasale/rhinite sont « fréquents » (c.-à-d.  $\geq 1/100$ , < 1/10) dans la population adulte. Les effets indésirables de tremblements et urticaire sont « peu fréquents » (c.-à-d.  $\geq 1/1000$ , < 1/100) dans la population pédiatrique et « rares » (c.-à-d.  $\geq 1/10000$ , < 1/1000) dans la population adulte. Le profil global de sécurité pour le ramipril ne diffère pas significativement chez les patients pédiatriques par rapport au profil de sécurité chez les adultes. **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 : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - Division Vigilance - EUROSTATION II - Place Victor Horta, 40/40 - B-1060 Bruxelles Site internet: www.afmps.be / e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be Luxembourg : Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, L-2120 Luxembourg. Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Sanofi Belgium Leonardo Da Vinci 19, 1831 Diegem - Tél.: 02/710 54 00 - e-mail: info.belgium@sanofi.com **NUMEROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** TRITACE 2,5 mg comprimés: BE163931 TRITACE 5 mg comprimés: BE163947 TRITACE 10 mg comprimés: BE255367 **DATE DE PREMIERE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION:** TRITACE 2,5 mg comprimés: 15.10.1993 / 10.11.2006 TRITACE 5 mg comprimés: 15.10.1993 / 10.11.2006 TRITACE 10 mg comprimés: 29.09.2003 / 8.05.2009 **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE:** Date d'approbation: 10/2016

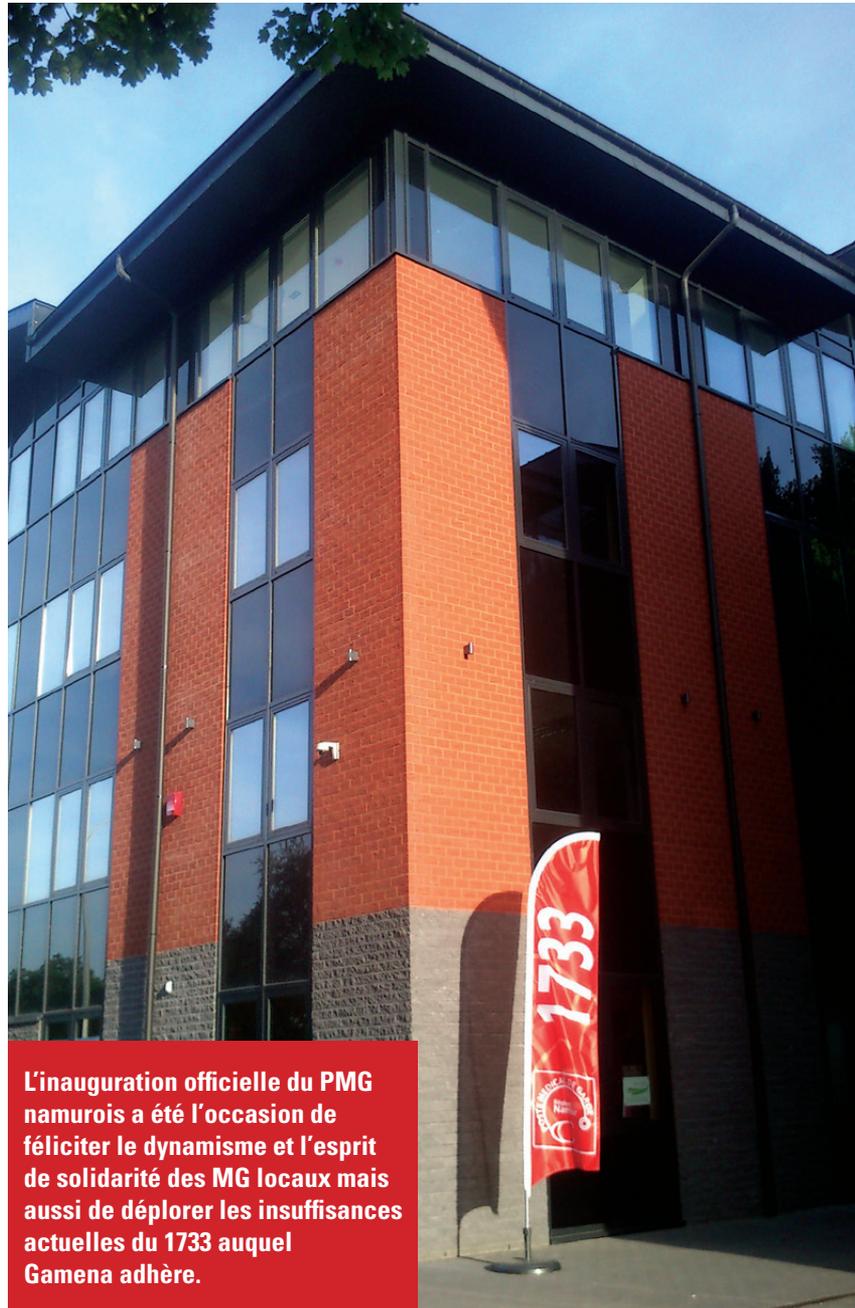
# La garde MG à Namur: fusion, économies et ingéniosité pour la semaine

Le PMG namurois s'est ouvert le 30 décembre dernier à Jambes. Il a été officiellement inauguré ce 17 mai en présence notamment des bourgmestres concernés ainsi que de Maxime Prévot, le ministre wallon qui a la santé dans ses attributions. Le poste va (très) bien – merci pour lui – mais les finances manquent encore pour le fonctionnement de la garde de semaine. Si le fédéral fait encore et toujours la sourde oreille, la Région wallonne promet de s'y impliquer concrètement, en espèces sonnantes et trébuchantes. Une nouveauté.

Comme nous le rapportions dans nos colonnes (*Medi-Sphere* n°549), le RGN (Rassemblement des généralistes namurois), le CMMS (Cercle médical Meuse et Samson) et le CeMaF (Cercle médical Malonne-Floreffe) ont créé l'asbl Gamena (GARde MEDicale du NAMurois) pour organiser la garde MG de l'ensemble des territoires qu'ils couvrent. Si l'occurrence de la garde n'était pas un vrai problème à Namur, il en allait tout autrement pour d'autres communes, et tout particulièrement pour Andenne. Désertification, vieillissement de la gent médicale... Refrain connu.

## Une gestion responsable et source d'économies

La garde de semaine (18h -> 08h) était d'emblée organisée par Gamena. Pour y arriver, l'asbl a demandé aux médecins membres d'y aller au moins provisoirement de leur poche, à raison de 650 euros chacun. «Au total, cela nous a permis de récolter environ 103.000 euros, alors que cette garde nous coûte environ 170.000 euros», dit le Dr Eric Nolmans, président de Gamena. Mais c'est insuffisant, et l'asbl s'est notamment tournée vers le secteur privé, en espérant y trouver de bonnes âmes pour la sponsoriser. Avec un certain succès, comme en atteste la participation – notamment – de deux banques et d'Amma, la compagnie d'assurances bien connue des médecins. Est-ce bien normal d'en arriver là, et est-ce tenable à terme? Même pour la garde du weekend, Eric Nolmans note des lacunes de financement fédéral, citant ainsi un financement



L'inauguration officielle du PMG namurois a été l'occasion de féliciter le dynamisme et l'esprit de solidarité des MG locaux mais aussi de déplorer les insuffisances actuelles du 1733 auquel Gamena adhère.

identique pour l'assistance administrative et la coordination médicale d'un poste couvrant 150.000 habitants ou d'un autre qui ne couvre «que» 50.000 habitants. Et ce ne sont là que deux exemples. «Pour la garde 2017 du WE, l'Inami nous subsidie à raison d'environ 393.000 euros. Dans le même temps, la fusion des gardes de Namur et d'Andenne permet au fédéral d'économiser 330.000 euros. En échange de notre gestion responsable, il nous semblerait logique que l'Inami avalise au plus vite notre projet-pilote (un de plus...) de garde de semaine.»

A l'inverse, Eric Nolmans remercie la Région wallonne – et plus particulièrement Maxime Prévot, qui est aussi un politicien local – pour son soutien accordé au deuxième objet de l'asbl, à savoir l'organisation des soins de santé de première ligne: «Plusieurs actions ont déjà été entreprises en ce sens, avec la mise à disposition de locaux pour les cercles, un meilleur dialogue avec le secteur hospitalier, un appui logistique, etc.» Les

pouvoirs locaux sont également salués, avec l'aide financière promise par les bourgmestres (0,10€/habitant).

## Le 1733 pour sauver des vies

A l'occasion de cette inauguration officielle, le Dr Guy Delrée (président de la FAGW) s'est félicité du dynamisme et de l'esprit de solidarité des MG locaux. Il déplore les insuffisances actuelles du 1733 auquel Gamena adhère, et tout particulièrement les couacs occasionnels du tri que cette centrale effectue, en accusant le niveau fédéral du retard pris dans son déploiement et sa fiabilisation. «Ce tri est fondamental pour la sécurité des patients alors que les secteurs de garde s'agrandissent. Les distances s'allongent, le délai d'intervention du MG forcément aussi, et un tri efficace pourra sauver des vies en dirigeant d'emblée certains cas vers une aide par le Smur ou une ambulance. A l'inverse, le tri évite le recours inutile (voire dangereux,

par excès notamment de radiographies) aux services hospitaliers de garde. Il faut encore se mettre d'accord, au niveau des cercles, sur les actes qui sont effectués ou pas par les MG au cours de la garde. On peut prendre l'exemple des sutures, ou des ECG. Certains auront peut-être besoin de formation, par exemple s'ils n'en ont plus la pratique.» Et pour conclure, avant d'inviter les jeunes à participer activement aux cercles, de regretter une «détérioration de l'ambiance» au niveau de l'Inami, avec l'impression que les MG ne sont pas encore pris au sérieux par les autorités fédérales.

## Le bénévolat, ou quand l'Etat se décharge

Il y a quelques mois, Gamena souffrait de la démission de 4 membres de son CA. Il n'en manque désormais «plus que» trois... Le manque de vocation ne surprend pas Eric Nolmans, qui évoque «l'accumulation et la multiplication de structures dans lesquelles les différents niveaux de pouvoir veulent voir notre profession jouer un rôle central et nous en faire endosser la responsabilité. Je citerai pour mémoire, outre la responsabilité et l'organisation de la garde médicale, les RML, les SISD, les plans de soins chroniques et autres projets pilote où notre présence est requise. Or, le MG n'a ni vocation, ni formation de gestionnaire. Ses horaires déjà bien chargés ne sont pas extensibles à souhait. Ses différents engagements sont autant d'heures imputées sur sa vie privée, voire sa formation continue. Et cette charge de travail supplémentaire n'est dans de très nombreux cas non seulement peu ou pas rétribuée mais engendre une perte de revenus par une absence contrainte. Enfin, il faut compter avec les responsabilités civiles supplémentaires qu'endossent les administrateurs d'asbl. L'Etat s'en déchargeant, nous sommes donc confrontés à une surcharge de responsabilités bien lourdes à porter dans certains cas.»

Dr Claude Leroy

## Un taxi vraiment social

Gamena propose, au départ de ses locaux, un taxi social intéressant. Il peut en effet aller chercher et ramener chez lui – en passant au besoin par la pharmacie de garde – le patient pour la somme forfaitaire de cinq euros.

Le PMG, qui comprend trois cabinets de consultation, est situé dans des locaux flambant neufs du 654 de la chaussée de Liège à Jambes.

# De la **créativité** pour les financements

Lors de cette inauguration, Maxime Prévot a rappelé les aides déjà existantes pour la MG, et dont il a souligné l'importance. Il a cité Impulseo I, II et III ainsi qu'Assistéo et l'aide aux approches groupées, multidisciplinaires, tout en reconnaissant clairement la nécessité d'alléger la charge représentée par les gardes pour les MG si on souhaite attirer des jeunes médecins soucieux d'un équilibre entre vie professionnelle et privée. Rien de bien neuf à ce stade. Mais le ministre a aussi affirmé son engagement à soutenir Gamena, par la Région wallonne, sous forme d'un projet pilote. «Il faut être créatif», dixit le ministre.

**S'**agirait-il d'une source de financement de la garde de semaine? Eric Nolmans affirme que non: «C'est une matière fédérale, et il est donc très délicat de demander un subside à la Région wallonne sous peine de devoir rembourser les sommes perçues après avis de l'inspection des finances de la Région au motif de double subvention et de financement 'hors cadre'. De toute manière, tout subside supérieur à 6.000€ doit faire l'objet d'une proposition d'arrêté ministériel, d'une présentation au Parlement wallon par le ministre, et d'un vote. Le subside que nous avons sollicité auprès de la Région avec le soutien de Maxime Prévot concernera exclusivement le second objet social de notre asbl Gamena, c'est-à-dire le soutien des actions concernant la première ligne, cercles et autres. Ce sera de toute façon un one-shot, mais il pourrait indirectement servir le PMG puisqu'il permettrait notamment l'aménagement de notre salle de conférence».

## Un financement précaire

Enfin, comment la garde de semaine est-elle financée à Namur? «Seules les participations aux frais versées par les confrères, la contribution

des autorités communales (10 centimes d'euro par habitant) et les sponsors privés viendront alimenter les caisses pour le fonctionnement du PMG en semaine», insiste le président de Gamena. «Pour rappel, ce fonctionnement est estimé à 170.000€. Nous en serions actuellement à 103.340€ payés par les médecins + 17.000€ versés par les communes + 3.500€ de sponsors privés. Total: 123.840€. Il manque donc encore 46.160€. Donc, clairement, le subside que la RW accordera à Gamena ne rentre pas du tout dans un quelconque financement du PMG, fût-ce en semaine.»

Les frais de fonctionnement d'un PMG de semaine et de weekend se superposent forcément un peu (locaux, etc.), le subside wallon à la première ligne de soins semble pourtant bien constituer un début de solution pour la garde de semaine. Avant une septième réforme de l'Etat, qui attribuerait la garde médicale aux Régions? Gageons en tout cas que cette source de subsides pour des actions de «première ligne de soins» intéressera également d'autres cercles de médecins. ■

C.L.



«Seules les participations aux frais versées par les confrères, la contribution des autorités communales et les sponsors privés viendront alimenter les caisses pour le fonctionnement du PMG en semaine.»

# PARACETABS®

# PARACETABS® FORTE

Paracetamol

APOTEX

## POLYMÉDICATION DU SUJET ÂGÉ ■

# La revue de médication, à s'approprier

Examiner l'ensemble des traitements pris par un patient âgé (1) pour corriger les éventuelles prescriptions inadéquates ou des phénomènes de sur- ou sous-prescription, est un exercice qui conduit, d'après 62% de MG, à des adaptations au moins une fois sur deux. C'est le manque de temps qui les empêche de s'y mettre plus souvent. Voilà deux des enseignements tirés d'un coup de sonde croisé donné fin 2016 par la SSMG et la Société scientifique des pharmaciens francophones parmi leurs membres.

## Efficaces, mais limitées par le manque de temps

Pour chronophage qu'elle soit, la revue de médication semble concluante, puisqu'elle a permis de repérer des choses perfectibles (sur-, sous-prescription, ou prescription inappropriée au grand âge) et d'apporter les adaptations nécessaires «dans tous les cas» d'après 12% des MG, «dans plus de la moitié des cas» d'après 42% et «une fois sur deux» d'après 19%. Pourquoi, puisque l'exercice est productif, les généralistes ne le multiplient-ils pas? Le manque de temps revient dans 77% de explications fournies, la réaction du patient dans 50% et l'absence d'honoraire dans 13%.

A lire ce classement, l'aspect pécuniaire des choses ne revêt qu'une importance subalterne. Pourtant, dans l'hypothèse où un réexamen des traitements s'ajoute à la gestion de la plainte qui a amené l'ainé en consultation, la durée de celle-ci s'en trouve indéniablement allongée. Est-il tabou de dire que l'on en arrive alors à une consultation de type long? Celle-là même pour laquelle la défense professionnelle aimerait une majoration des honoraires? D'après l'enquête, la revue de médication est réalisée en moins de 20 minutes par 64% de MG. 29% y consacrent entre 20 et 30 minutes.

Les interactions médicamenteuses, un sujet que maîtrisent les MG? Les 164 confrères ayant prêté leur concours à l'enquête ne se jugent pas hypercalés: 52,5% qualifient leur connaissance dans ce domaine de «satisfaisante», et 42% de «mauvaise». Ont-ils tendance, dès lors, à se tourner vers l'une ou l'autre source d'info pour checker les risques? Le répertoire commenté du CBIP fait figure de Bible, «toujours» ou «souvent» sollicitée par une bonne partie d'entre eux, ainsi que le RCP ou encore le module spécifique au sein de leur DMI.

## Les contre-indications, ces oubliées

Les médecins ont avancé, au rang des phénomènes de prescription non idéale qu'ils connaissaient, la sur-prescription (à 97,5% de citations), suivie de loin par son «négligé», la sous-prescription (65%), puis de la cascade médicamenteuse et de l'inertie thérapeutique, à savoir l'absence de réévaluation (51% toutes deux).

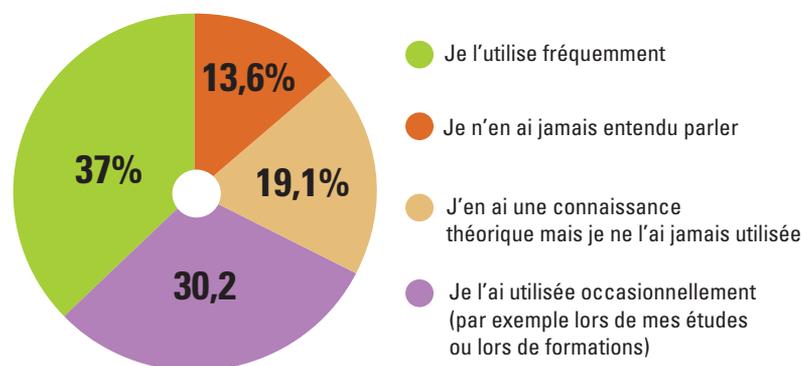
82% des MG participants affirment rencontrer fréquemment des difficultés avec la médication de leurs patients âgés (sur prescription ou en vente libre). Les deux écueils les plus évoqués sont les «contre-indications non prises en compte (par exemple AINS et HTA)» et les «BZD provoquant un manque de vigilance» (± 71% de citations). Viennent ensuite l'«inertie» (59%), le «dialogue difficile (manque de compréhension)» (53%), et l'«automédication» (51%). Leurs collègues pharmaciens, pour leur part, pointent les contre-indications non prises en compte (73%), mais aussi, en second, le manque d'observance (59%).

## STOPP/START, champion à notoriété

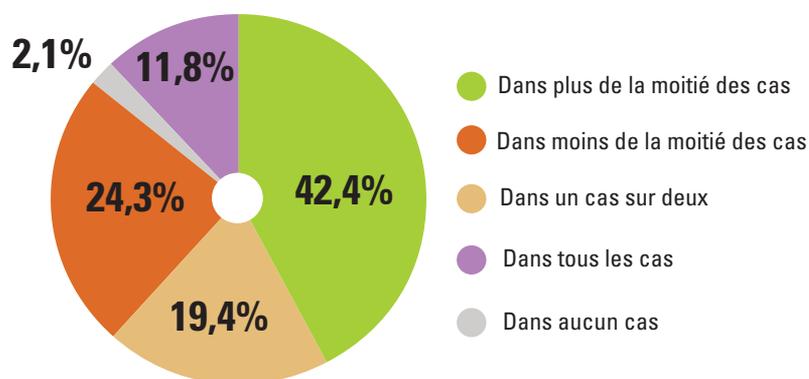
Les généralistes s'appuient-ils sur des outils de support pour procéder à la revue de médication des aînés? Plus de la moitié connaissent le «formulaire de soins aux personnes âgées» (Farmaka) – papier ou en ligne – et 22% y ont recours «fréquemment». Pour le reste, c'est la liste explicite STOPP/START qui émerge du sondage comme la star des outils, connue des généralistes et employée «occasionnellement» ou «fréquemment» par 30 et 37% d'entre eux, respectivement.

Les critères de Beers ont aussi leur petite notoriété avec 22% de répondants qui en ont une connaissance théorique et 8% qui s'y réfèrent «occasionnellement». En revanche, la liste implicite GheOP3S développée par l'UGent, la Priscus-Liste

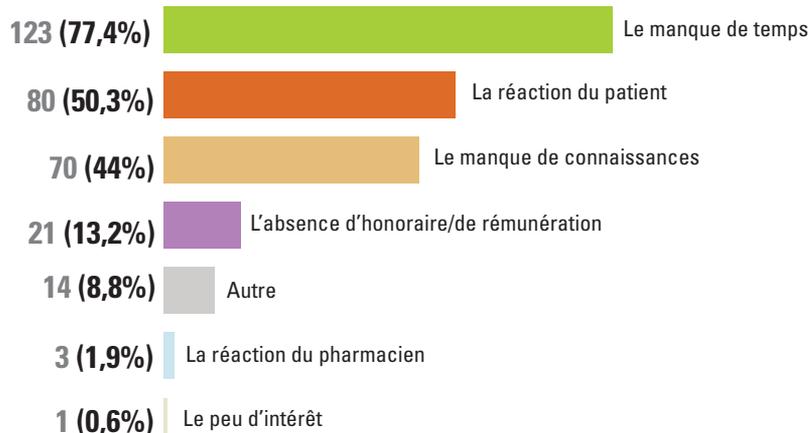
### Liste explicite STOPP/START (médecins)



### Les revues réalisées ont conduit à une adaptation du traitement (détection sur/sous/mauvais traitement)? (médecins)



### Quels sont les freins à la réalisation d'une revue de la médication? (médecins)



allemande ou la grille d'évaluation Medication Appropriateness Index (MAI) demeurent manifestement confidentielles – à vrai dire, plus de 9 MG sur 10 n'en n'ont «jamais» entendu parler.

Du côté des pharmaciens, l'application DelphiCare (une banque de données scientifiques sur les médicaments publiée par l'APB) est employée «fréquemment» par 70% de répondants.

A voir ces résultats, on peut se dire qu'un chapitre de la formation continue ne demande plus qu'à être écrit... Plus de 60% des MG déclarent avoir déjà été formés à l'usage de certains de ces outils, à tout le moins «partiellement». Il reste donc de la marge, pour parachever le travail. Une écrasante majorité de généralistes, et la quasi-totalité des pharmaciens, ont affirmé qu'il serait utile de recevoir cet écolage.

## Au moins une revue en 2016, chez 89% de MG

Réexaminer ponctuellement l'ensemble des traitements que prend une personne âgée est une exhortation qui revient fréquemment. Les MG voient-ils des circonstances qui peuvent agir comme catalyseurs à cette analyse systématique et critique? Une chute, disent 30% des répondants, et une sortie d'hospitalisation ou l'apparition de troubles cognitifs (16 et 17%).

54% de MG expliquent être déjà intervenus dans la médication d'un patient en consultant l'historique mais sans pour autant passer au crible toute sa pharmacie. 89% de participants déclarent avoir déjà repris un à un tous les médicaments délivrés au cours de l'année pour détecter des problèmes (avérés ou potentiels) qui leur seraient liés. Mais combien de fois se sont-ils livrés à ces analyses systématiques en 2016? Pour 46,5% d'entre eux, le total dépasse 10; pour 22%, il est compris entre 6 et 10; et pour 31%, entre 1 et 5. C'est majoritairement le STOPP/START qui a servi de guide à la démarche.

Les médecins traitants prennent-ils contact, dans le cadre de cette revue, avec le pharmacien du patient? «Quand c'est nécessaire» (à 34%), mais aussi «rarement» (30%) voire «jamais» (27%). Une attitude qui se démarque de celle des pharmaciens, qui vont davantage au contact: 13% «à chaque fois» et 74% «quand c'est nécessaire». Les MG sont-ils bien accueillis par leur correspondant? «Toujours», ou «dans une majorité des cas», répondent 57% de médecins. A nouveau, une différence se marque par rapport au ressenti des pharmaciens sondés: la moitié se sent bien accueillie par le prescripteur la plupart du temps, ce qui laisse de la place pour 30% d'impressions moins favorables...

## L'observance, ce mystère

A la question de savoir si la revue de médication leur a posé des problèmes, les MG acquiescent à 69%. Ils détaillent la nature de ces difficultés: ils ignorent l'observance réelle de leurs patients: vont-ils bien chercher les médicaments prescrits? (58% de citations); le temps leur manque pour procéder à la revue (54%); ils ressentent un manque de connaissances pharmacologiques (52%); et ils ignorent les médicaments pris en automédication (44%). A noter que, du côté des officines, l'entrave la plus fréquemment évoquée est la non-connaissance du diagnostic (68% de citations). ■

J.M.

1. Patient âgé doit s'entendre dans cette enquête comme ayant plus de 70 ans, et polymédiqué comme prenant plus de cinq molécules sur les 12 mois écoulés.

## Une tâche à partager, vraiment?

Une majorité de participants à l'enquête SSMG-SSPF pensent que la revue de médication d'un aîné est une tâche à réaliser en concertation médecin-pharmacien (84% de pharmaciens, contre 61% de MG – les 39 autres pour cents trouvent que cela leur revient). Au fait, comment se passent les relations, le dialogue, entre les deux métiers? 52% des MG ont déjà

rencontré les pharmaciens de leur quartier ou commune pour discuter de leurs pratiques. Quand ils doivent se contacter mutuellement, par exemple pour une précision dans une prescription, 60% des MG apprécient ces échanges, et 27% s'y sentent à l'aise. Côté pharmaciens, les réponses sont plus bariolées. A côté des 26% qui apprécient et des 22% qui se sentent à l'aise, on trouve également 8,5% qui s'avouent mal à l'aise,

5,5% qui nourrissent un sentiment d'infériorité et quasi 20% qui ont l'impression de déranger. Au-delà de ce ressenti, environ trois quarts des répondants, qu'ils appartiennent à l'une ou l'autre profession, disent obtenir une réponse à leur question «dans la majorité des cas». Pour 98% des MG, les contacts téléphoniques avec le pharmacien se passent «bien» et «très bien».



# Vivez et bougez!

## ARTILANE® : l'ampoule buvable pour vivre et bouger

Acide hyaluronique + Collagène + Antioxydants

Avez-vous des questions concernant ARTILANE®?  
Demandez conseil à votre médecin ou informez-vous sur notre site internet

ARTILANE® est disponible en pharmacie Code CNK 2550-739. 15 ampoules 19,45 Euro.



 TRB CHEMEDICA

Distributeur: TRB CHEMEDICA AG  
Boîte postale 1129 · 85529 Haar/München, Allemagne  
info@trbchemedica.be · www.trbchemedica.be

Fabricant: OPKO Health Spain S.L.U.  
Pl. Europa 13-15, Local 2 · 08908 L'Hospitalet de Llobregat, Espagne  
26-04759 CAT/26-03340 GE

# Et vous, Docteur, vous avez votre MG?

Avoir un MG attitré, c'est important, pour sa santé et la qualité des soins. Ceci vaut pour la population, mais aussi pour le corps médical. Or, en France, huit médecins sur dix n'ont pas de médecin traitant. Du coup, une série de partenaires français, dont le Collège de la médecine générale, s'engagent dans la campagne «Dis Doc, t'as ton doc?». Et rappellent que l'autodiagnostic, l'automédication ou l'avis d'un confrère entre deux portes, c'est pas top.



Cette commission a rallié à son projet «Dis Doc, t'as ton doc?» une trentaine de partenaires, parmi lesquels l'Ordre des médecins, le ministère de la Santé, le Collège de la médecine générale, les fédérations hospitalières, des syndicats médicaux – dont la CSMF et MG France –, des groupements étudiants, etc. Tous font transiter par leurs réseaux une douzaine de visuels, qui pour que les destinataires s'identifient à la consœur ou au confrère mis en scène, illustrent la diversité des parcours professionnels et des modes d'exercice, libéral ou public.

La campagne fait partie intégrante de la stratégie nationale de la qualité de vie au travail. Elle tend à inciter les (futurs) praticiens à choisir volontairement, pour eux-mêmes, un médecin attitré, dès le stade des masters et durant toute leur

carrière. Outre réduire les effets néfastes de l'autodiagnostic, de l'automédication et de la consultation (trop) tardive, l'opération compte également valoriser le rôle et la place du MG dans le suivi de ses pairs. L'objectif est, ni plus ni moins, un suivi médical pour 100% des médecins. Mais ses initiateurs savent qu'ils s'attaquent à un chantier de longue haleine. Aussi se donnent-ils dix ans pour que les cordonniers cessent d'être les plus mal chaussés – sauce médicale, s'entend.

Commentaire du Collège de la médecine générale, quant à son adhésion au mouvement: «Les médecins qui deviennent des 'malades potentiels' cultivent le déni, l'automédication sans suivi véritable au détriment de la qualité des soins dont ils peuvent aussi bénéficier.

C'est une exigence pour eux-mêmes mais aussi pour être performant et disponible pour leurs propres patients». La CSMF, confédération de syndicats de médecins libéraux généralistes et spécialistes, se dit pour sa part particulièrement préoccupée par «la multiplication des burn out dans le monde médical (1)» et embraie sur la campagne «pour sensibiliser les médecins à prendre soin de leur propre santé». ■

J.M.

1. Une thèse de 2016, figurant dans les références de la campagne et s'appuyant sur une étude épidémiologique, transversale, descriptive, réalisée auprès des MG de Picardie fin 2015 (une région en pénurie), a conclu à une prévalence élevée (54,7%) du burn out parmi ceux-ci. La survenue d'un burn out était statistiquement liée, dans sa dimension épuisement émotionnel, à des facteurs comme l'âge élevé, un nombre d'actes médicaux quotidiens plus important, le fait d'être divorcé, le fait d'avoir une activité isolée... mais aussi le fait d'avoir le sentiment de négliger sa santé.

**A** l'initiative de la campagne, qui ambitionne de «changer le modèle culturel des médecins»: les anesthésistes du CFAR (Collège français des anesthésistes réanimateurs) qui, depuis 2009 et le suicide de trois des leurs en trois semaines, se sont dotés d'une commission se préoccupant spécifiquement des conditions d'exercice des médecins et de la souffrance au travail.

## De l'informatique pour médecins qui n'y connaissent (quasi) rien

e-Santéwallonie ajoute à son programme d'apprentissage des outils de l'e-santé des formations destinées à revoir le b.a.-ba de l'utilisation d'un ordinateur. Un préambule, en somme, avant de parler d'informatique médicale. Se déroulant en deux séances complémentaires, ces mises à niveau auront lieu à Liège, Namur, Mons, Louvain-la-Neuve et Charleroi.

e-Santéwallonie, ce projet de sensibilisation de la première ligne à l'e-santé émanant du Fag wallon, a remarqué, au fil des rencontres organisées en 2016, qu'une partie des participants n'étaient pas très à l'aise avec un ordinateur. Elle a dès lors prévu des formations 0, à suivre en amont des sessions de niveau 1, 2 et 3, elles-mêmes de technicité croissante. Ces séances de mise à niveau, gratuites et accréditées, abordent donc la prise en main d'un ordinateur, avec parfois quelques premières références aux outils de l'e-santé. Elles s'adressent indifféremment à tous les prestataires qui débutent avec l'informatique, MG et autres disciplines de première ligne, parce qu'il n'y a pas lieu, à ce stade, de décliner des contenus spécifiques.

Une formation se déroule en deux temps, à huit ou quinze jours d'intervalle. Lors de la première rencontre, on évoque, à l'issue d'une intro, Windows et Word; lors de la seconde, après des questions d'approfondissement suite à la pratique de la partie 1, ce sont internet, la gestion des e-mails et Excel qui sont au programme. Le cycle inclut donc deux dates par ville. Le premier de ces cycles, par exemple, se tiendra à Liège le 23 mai et le 6 juin.

Comme il s'agit d'apprendre à se débrouiller derrière un écran, ces formations n'auront pas une dominante théorique. «Des tutoriels sont prévus et il y aura beaucoup de pratique», confirme e-Santéwallonie. «Les participants doivent venir avec leur PC. Si ce n'est pas possible pour certains, ils pourront travailler en binôme, par exemple.» Les organisateurs limitent la taille des groupes à 20 personnes. ■

J.M.

Infos pratiques - dates, horaires, lieux - et inscription directe auprès de la gestionnaire de projet, Chantal De Smet, au 0476/84 28 69 mais aussi sur le site e-Santéwallonie, onglet calendrier <http://www.e-santewallonie.be/calendrier.html>.



■ 31 MAI: JOURNÉE MONDIALE SANS TABAC ■

## Mortel tabac!

**A**fumer, à chiquer, à priser, cigarette, cigare, pipe, chicha, snus, kretek, cannabis... Le tabac tue sous toutes ses formes! Les cancers, les maladies respiratoires et les maladies cardiovasculaires (liées au cœur et aux artères) sont les principales conséquences du tabagisme. Celui-ci reste dans notre pays, la première cause de cancer et le grand responsable des décès prématurés! Et ce quel que soit la consommation de tabac!

Fumer une cigarette ou moins en moyenne quotidiennement pendant son existence fait grimper le risque de décès prématuré de 64%, voire de 87% pour ceux fumant entre une et dix cigarettes par jour, ont déterminé les chercheurs de l'Institut national américain du cancer (NCI). Il n'y a donc pas de petit tabagisme «inoffensif». Toute cigarette consommée

entraîne, bouffée après bouffée, le passage dans le sang de milliers de substances chimiques toxiques.

A l'occasion de la Journée mondiale sans tabac le 31 mai, et pour la 8<sup>e</sup> année consécutive, plusieurs hôpitaux en Belgique ouvrent leurs portes aux 23% de fumeurs belges afin de leur proposer des conseils avisés de professionnels de la santé et des tests de sensibilisation. Un seul objectif au travers de cet effort commun: motiver l'arrêt complet et aider les fumeurs dans cette démarche avec le soutien d'un professionnel de la santé.

Un fumeur sur cinq a l'intention d'arrêter de fumer après avoir effectué les tests de sensibilisation. Arrêter de fumer est un processus complexe et représente un défi important pour les fumeurs. Pour

faciliter le sevrage, il faut se faire aider! Une étude a démontré que les médicaments de sevrage associés au soutien d'un professionnel de la santé (médecin, pharmacien, tabacologue...) sont de près de 3 fois plus efficaces que l'arrêt tabagique sans aide. 97% des fumeurs qui essaient d'arrêter seuls recommencent à fumer après moins d'un an.

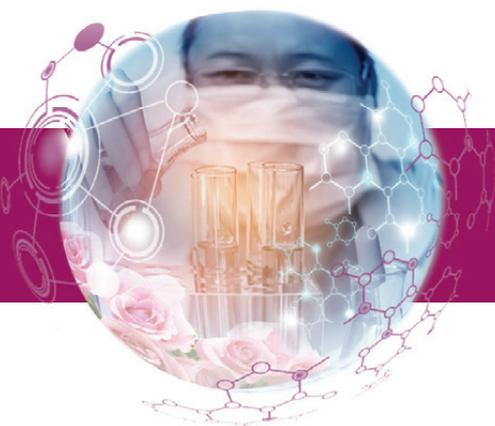
Le sevrage tabagique est donc capital, mais trop négligé. Pourtant les bénéfices sont sous-estimés et peuvent être rapides: le monoxyde de carbone est éliminé en 24 heures du sang, d'où une capacité de transport de l'oxygène redevenue normale, la dysfonction plaquettaire est rétablie en deux semaines (toutes les plaquettes sont renouvelées en 15 jours). La précocité de l'arrêt est un élément important. S'arrêter de fumer à la

quarantaine entraîne une espérance de vie identique aux personnes n'ayant jamais fumé. Et s'arrêter plus tardivement entraîne des bénéfices, certes moindres mais encore importants. Pour les spécialistes, la prise en charge médicale du tabagisme doit être équivalente à celle des autres facteurs de risque de maladie, tels que l'hypertension artérielle, le diabète ou hypercholestérolémie. Les outils d'aide au sevrage tabagique sont efficaces et les deux approchent disponibles, les médicaments et les conseils d'accompagnement psychologique, sont complémentaires.■

**Nathalie Evrard**



GEDEON RICHTER



**With you,**  
shaping a  
healthy future

**Lindynette® 20**  
Ethinylestradiol / Gestodène

**Conditionnement**      **Prix public**

Lindynette® 20 3 x 21	11,05 €	⊖
Lindynette® 20 6 x 21	16,75 €	⊖
Lindynette® 20 13 x 21	32,10 €	⊖

**Lindynette® 30**  
Ethinylestradiol / Gestodène

**Conditionnement**      **Prix public**

Lindynette® 30 3 x 21	11,05 €	⊖
Lindynette® 30 6 x 21	16,75 €	⊖
Lindynette® 30 13 x 21	32,10 €	⊖

■ BOUQUIN ■

# Eviter le surpoids commence dès

Alors que la traduction en français du deuxième livre du Pr Kristel De Vogelaere, chirurgienne abdominale et bariatrique à l'hôpital Edith Cavell à Uccle, vient de sortir, nous l'avons rencontrée. Morceaux choisis de ce tête-à-tête avec cette maman chirurgienne qui adore cuisiner avec ses enfants et qui voudrait transmettre sa passion à d'autres parents pour éviter que leurs enfants ne prennent le chemin de l'obésité, avec toutes les conséquences médicales et les souffrances psychiques que cela implique.

**La cuisine a-t-elle toujours été votre passion ou vos patients vous ont-ils fait prendre conscience de son importance?**

**Pr Kristel De Vogelaere:** Pendant mes temps libres, j'aime cuisiner. Cuisiner me rend heureuse. Par ailleurs, après le succès de mon premier livre de cuisine 'Lekker eten na een maagverkleining', mes



patients m'ont incitée à écrire ce deuxième livre qui se décline en deux parties: une première partie concernant l'obésité et le surpoids et une seconde partie où je partage quelques-unes de mes recettes, toujours saines et savoureuses.

Dans ma pratique, je suis confrontée quotidiennement à des adultes, mais aussi à des enfants et des adolescents en surpoids et obèses. Dans ce cadre, ils me posent des tas de questions concernant une alimentation saine. En tant que médecin et maman de trois enfants, c'était donc mon devoir d'attirer l'attention des parents et de toutes les personnes qui s'occupent d'en-

fants sur l'épidémie d'obésité émergente et de les mettre en garde contre ce danger réel et pourtant totalement sous-estimé qui menace avant tout la santé et la vie de nos enfants si nous n'y faisons rien.

**Cuisiner soi-même pour sa famille, est-ce une bonne recette contre le surpoids?**

Impliquer son enfant lorsque l'on va faire les courses et que l'on prépare des repas sains est déjà une première étape très importante. Cela permet aussi de renforcer les liens entre les membres de la famille. Car on le sait, les enfants n'héritent pas seulement des talents de leurs parents. Ils héritent aussi de leurs mauvaises habitudes. Donc amener les parents sur le bon chemin est primordial.

**Est-ce possible de cuisiner de bons repas tout en veillant à l'équilibre alimentaire?**

Un enfant en pleine croissance a besoin de trois repas principaux par jour et de deux collations saines (un dix-heure et un quatre-heure). Si les parents instaurent cette régularité, l'enfant n'aura pas tendance à se ruer sur des en-cas riches en graisses ou en sucres.

**Pour certains médecins généralistes, le poids et le surpoids sont parfois un sujet tabou... Ne sont-ils pas un**

**acteur essentiel autour du patient dans la prévention et afin qu'un début de surpoids ne se transforme pas au fil des années en obésité?**

Il est vrai que l'obésité et le surpoids chez l'enfant sont des sujets dont on parle moins. Peut-être parce qu'il s'agit aussi d'une maladie chronique qui connaît soudainement une hausse énorme et contre laquelle nous ne sommes pas suffisamment préparés. Il est donc important que le médecin généraliste «reconnaisse» l'obésité et le surpoids chez les enfants et puisse en parler ouvertement avec les jeunes et leurs parents.

**Que peut faire le médecin généraliste dans la lutte contre l'obésité?**

En Europe, aujourd'hui, entre 19 et 50% des enfants et des adolescents sont en surpoids et de 8 à 30% des enfants sont obèses, selon le groupe de population. Et cette tendance ne fait que croître! En tant que médecins, généralistes et spécialistes, nous ne pouvons pas rester immobiles! Et dès l'enfance, le MG a un rôle capital à jouer en matière de prévention. C'est lui qui a le rôle de coordination!

Ensuite, chez les enfants en surpoids, il doit certainement être à la recherche de comorbidités. Et pour les enfants et leurs parents, il est important que le MG soit un soutien et une personne de confiance dans cette prise en charge.

**Faut-il prescrire de la testostérone aux hommes avec un taux bas de testostérone endogène?**

La question mérite d'être posée quand on sait que le prescription de testostérone a été multipliée par 5 au cours des 20 dernières années aux Etats-Unis avec 3% des hommes de plus de 40 ans traités par un substitut de testostérone. En cause, l'augmentation du diagnostic de déficit en testostérone avec la population vieillissante, l'attention des médias pour la prescription de testostérone et la mise sur le marché de formulations galéniques intéressantes. Numéro 7 du hit parade des experts américains sur la pertinence des articles de 2016 en médecine générale, cet article pose aussi la question: à tort ou à raison?

■ LES 10 ARTICLES LES PLUS PERTINENTS POUR LE QUOTIDIEN DU GÉNÉRALISTE EN 2016 (4/10) ■

## La décision de prescrire la testostérone doit se faire avec le patient après une discussion sur les risques et les bénéfices. D'accord? Pas d'accord?

Les taux de testostérone endogène diminuent progressivement avec l'âge et les hommes avec des taux bas de testostérone présentent un risque augmenté de développer des maladies cardiovasculaires. On ne sait pas si cette association est causale ou le reflet de l'état général du patient même s'il est fréquent qu'en cas de taux de testostérone fortement abaissé, les hommes puissent présenter des symptômes tels que perte de mobilité, baisse de la fonction sexuelle et perte d'énergie. Dans ces conditions, la substitution par testostérone semble intéressante ce que plusieurs études récentes ont testé récemment, sans grand succès, notamment en termes de qualité de vie. L'une des explications de ces résultats peu encourageants pourrait être que, si les participants à ces études avaient bien

pour la plupart un taux de testostérone bas, ils n'étaient cependant que peu, voire pas symptomatiques.

C'est donc à une catégorie de patients symptomatiques (perte de libido, perte de mobilité, fatigue), âgés de plus de 65 ans, et avec un taux de testostérone <275ng/dl (mesuré à deux reprises) que s'est attaquée une équipe américaine (1) en répartissant les 790 hommes inclus dans 3 études: *Sexual Function*, *Physical Function* et *Vitality*.

Les résultats d'une supplémentation avec un gel de testostérone versus placebo sont (légèrement) positifs. Le taux de testostérone est ramené au taux moyen que l'on observe chez les hommes de 19 à 40 ans, et la fonction sexuelle est légèrement améliorée.

Mais les auteurs n'ont constaté aucune amélioration significative (bien que numériquement meilleure) de la mobilité et de la fatigue dans les études individuelles. La significativité est cependant atteinte lorsque les 3 études sont rassemblées.

Par contre, il est rassurant de constater que les effets secondaires sont de peu d'importance, sans modification des taux d'hémoglobine et de PSA et sans signal particulier en termes de risque prostatique ou cardiovasculaire. Mais l'étude ne portait que sur un an, durée insuffisante pour apprécier ces deux paramètres et qui ne remet pas en question pour autant une récente méta-analyse et les larges études observationnelles qui ont montré une augmentation du risque d'événements cardiovasculaire après le début d'un traitement de testostérone.

La limite principale de cette étude, conduite pourtant avec le plus grand sérieux scientifique, est que le recrutement a dû éliminer 50.295 hommes sur les 51.085 screenés pour respecter les critères d'inclusion, ce qui pourrait signifier que le nombre d'hommes susceptibles de bénéficier du traitement

# le plus jeune âge...

## Votre nouveau livre, un outil ludique qui peut aider?

Lorsque j'ai écrit ce livre, mon but était avant tout de ne pas en faire un livre de régime. Je voulais m'adresser directement aux parents de l'enfant en leur donnant un fil conducteur pour arriver ensemble à un mode de vie sain.

Ce livre est scientifiquement basé sur les principes de la pyramide alimentaires, les conseils du ViGez (*Vlaams instituut voor Gezondheidsbevordering en ziektepreventie*) et les directives du Conseil supérieur de la Santé. Il existe maintenant en néerlandais, en français et en anglais aux éditions Lannoo.

## En Belgique, quelles sont les règles pour procéder à une chirurgie bariatrique chez des enfants et adolescents?

Les règles qui existent pour obtenir un remboursement d'une intervention bariatrique chez l'adulte ne sont pas d'application chez les enfants et les adolescents. Dans notre pays, le remboursement ne peut être obtenu que pour des patients à partir de 18 ans. Il n'y a donc pas de véritables règles pour réaliser une intervention bariatrique chez des enfants ou des adolescents, mais plutôt des lignes directrices qui varient selon les hôpitaux. Il est évident qu'une telle intervention chez un enfant ou un jeune adulte doit rester exceptionnelle, lorsque tous les

traitements conservateurs ont échoué, et qu'elle doit reposer sur un avis positif d'une équipe multidisciplinaire.

## Pensez-vous que cette limite d'âge va être revue à la baisse?

Cela demande du courage en tant que parent de faire le pas vers un chirurgien

lorsque, après avoir réalisé un maximum d'efforts, plus rien ne marche pour que son enfant perde du poids.

Ceci dit, l'obésité augmente, non seulement chez les adultes, mais encore plus chez les enfants.

Dès lors, je crains que les demandes d'interventions bariatriques chez les jeunes

adultes soient de plus en plus nombreuses. Mais avant toute chose, tant les parents que les médecins, nous avons un rôle proactif à jouer pour essayer de ne pas en arriver à de telles situations, et ce tant pour la santé que pour le bonheur de nos enfants et le nôtre. ■

France Dammel

## Tension artérielle Syndrome métabolique

NEW



**TENSION\* - BLOEDDRUK\***

**Tensiofytol®**

Extrait de feuille d'olivier - \*Olijfblad extract  
™Oleuropein 100 mg  
Extrait d'olive - Olijf extract  
™Hydroxytyrosol 20 mg

**Tilman®**

56 x

Formule innovante et unique !

# Tensiofytol®

Favorise le maintien  
d'une **bonne tension artérielle**

- **334 mg extrait de FEUILLES D'OLIVIER**  
=> 100 mg oleuropeïne
- **106 mg EXTRAIT D'OLIVE**  
=> 20 mg hydroxytyrosol



**Tilman®** Votre santé par les plantes

56 gélules : 14,90€  
168 gélules : 39,80€

**CONSEIL D'UTILISATION**

**A partir de 18 ans :**  
**2 gélules par jour.**

La première gélule le matin dès le réveil et la seconde le soir avant le repas, avec un grand verre d'eau.



est très restreint. Par ailleurs, les participants retenus étaient souvent diabétiques, obèses, hypertendus et 20% présentaient un syndrome des apnées du sommeil. On peut dès lors se poser la question avec l'éditorialiste du *New England* (2) de savoir ce qu'il serait advenu de ces patients s'ils avaient simplement été traités de manière agressive pour leur comorbidité.

Quoi qu'il en soit, cette étude a le mérite d'ouvrir le débat de manière scientifique sur la substitution dont le bénéfice semble avéré, bien que faible, mais sur une courte durée d'exposition. Elle devrait conduire à la mise sur pied d'études spécifiques de plus longue durée, seules habilitées à fournir une réponse formelle comme l'avait fait chez la femme la *Women's Health Initiative study*. ■

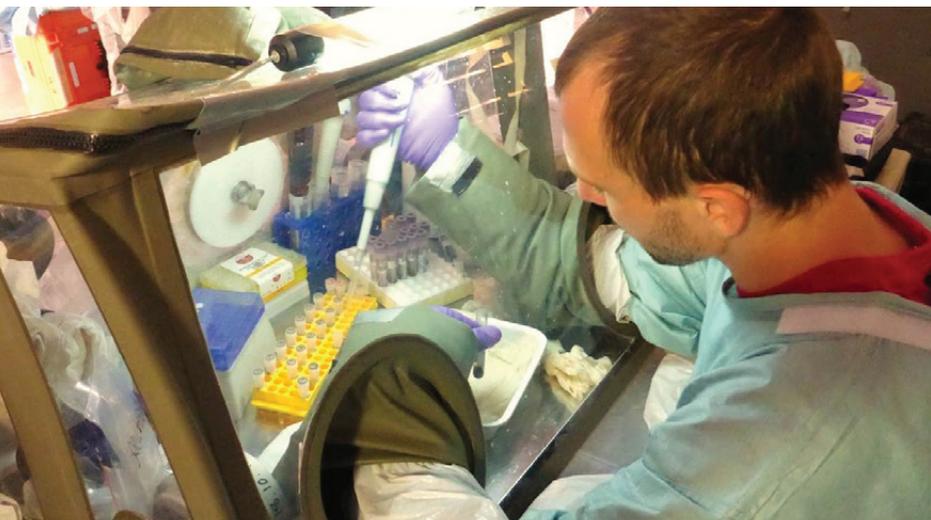
Dr Dominique-Jean Bouilliez

#### Références

- Snyder P, et al. Effects of testosterone treatment in older men. *N Engl J Med*. 2016 Feb 18;374(7):611-24.
- Orwoll E. Establishing a Framework--Does Testosterone Supplementation Help Older Men? *N Engl J Med*. 2016 Feb 18;374(7):682-3.

LES PATHOLOGIES DU VOYAGE ET D'IMPORTATION

# La méningo-encéphalite estivale à tique



Dans le cadre des conférences-débats de la Clinique du Bois de la Pierre à Wavre, le Dr Victor Luyasu (UCL/IREC/EPID) et le Dr Yves Van Laethem (CHU St-Pierre, Bruxelles) ont présenté, le 19 avril dernier, une mise à jour se rapportant aux vaccins de la méningo-encéphalite à tique et de la méningite ACWY. Pour le voyageur, acteur principal concerné par les nouvelles dispositions, se pose une question essentielle: quelles modalités pratiques faut-il respecter, et quel en est le bénéfice en termes de durée de protection? Cet article fait le point des nouvelles données en adéquation avec le contenu de l'exposé sur la méningo-encéphalite à tique.

**D**e toutes les maladies vectorielles transmises par les tiques, la méningo-encéphalite à tique est la seule qui bénéficie d'une vaccination. Cette maladie sévit dans une très grande partie du monde, selon une ceinture qui s'étend de l'Europe centrale jusqu'aux confins de l'Eurasie, en bordure du fleuve Amour et de son estuaire dans la mer d'Okhotsk, et au-delà, jusqu'au nord du Japon. La tique en est le maître d'œuvre. C'est elle qui assure la transmission du virus à l'homme. La tique *Ixodes ricinus* sévit dans le centre et le nord de l'Europe, l'*Ixodes persulcatus* en Eurasie où elle se trouve en compétition avec *Haemaphysalis punctata* et *Haemaphysalis concinna*.

minées. Mais la nature, dans son souci de rétablir le cours des événements, a mis en œuvre un processus qui préside plus efficacement à la circulation du virus: c'est le synchronisme dans les repas des larves et des nymphes, autrement appelé co-repas. En se gorgeant en même temps avec les larves saines, sur le corps d'un rongeur non-virémique ou faiblement virémique, les nymphes déjà contaminées déversent leurs virus dans la microcirculation sanguine de l'animal, et par ce biais, «empoisonnent» le repas prélevé par les larves. Celles-ci, au final, se contaminent. Les tiques restent infectées toute leur vie, elles représentent ainsi un réservoir important de virus à côté des rongeurs.

apparaît, atteignant cette fois le système nerveux central, d'où vont émerger des manifestations de type méningite, de gravité variable, de type méningo-encéphalite, aux conséquences redoutables ou plus rarement de myélite.

## Epidémiologie

La maladie autochtone humaine n'a pas encore été décrite en Belgique. Les cas rencontrés jusqu'à présent ont été importés par des voyageurs. Il s'agit de 6 cas rapportés de 2012 à 2015 dont 5 avaient une présentation neurologique (Laboratoire de référence, ISP-WIV, Bruxelles). Ils provenaient d'Autriche, de Norvège, de Suède, de Finlande, du Kirghizstan et de Tchéquie. Un cas importé a été diagnostiqué en 2016 (Laboratoire de référence, Institut de médecine tropicale, Anvers).

En Hollande, le premier cas autochtone est de découverte récente, en juillet 2016, près d'Utrecht.

**En définitive**, il est important d'informer les voyageurs belges qui vont séjourner dans les zones à risque des pays endémiques, de la nécessité d'une protection optimale contre la méningo-encéphalite à tique. Bien entendu, il est toujours utile d'associer des mesures complémentaires: port de vêtements protecteurs, éventuellement imprégnés de répulsifs ou d'acaricides, inspection individuelle systématique après exposition, mais la garantie d'une protection maximale ne sera assurée que par la vaccination. Ce vaccin ne protège pas contre la maladie de Lyme.

C'est à l'occasion de la morsure de la tique que le virus se transmet à l'homme. Cette transmission est immédiate, ne souffrant d'aucun délai puisque le virus est déjà dans les glandes salivaires. Rappelons que, contrairement au virus de l'encéphalite à tique, les bactéries *Borrelia burgdorferi* de la maladie de Lyme se transmettent endéans 24 heures chez la tique européenne *Ixodes ricinus* et endéans 72 heures chez la tique américaine *Ixodes scapularis*. Une fois contractée par l'homme, l'infection par le virus de l'encéphalite à tique n'engendre pas systématiquement la maladie. Seul un tiers des patients déclarent des symptômes. L'évolution du tableau clinique est bi-phasique.

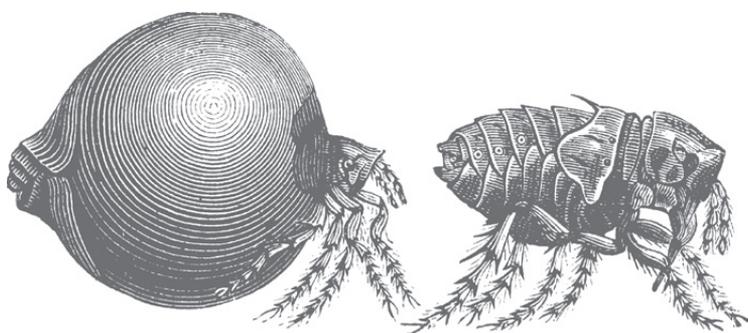
## Clinique

Après quelques jours d'incubation (de 4 à 14 jours) pendant lesquels le virus se réplique dans la peau et les ganglions régionaux, survient une première virémie qui donne lieu à des manifestations de type grippal: fièvre, céphalées, fatigue, douleurs musculaires, nausées. Il s'en suit une résolution spontanée des symptômes, suivie d'un silence de quelques jours, comparable à l'accalmie traîtresse de Dieulafoy. Cette période est mise à profit par les virus pour se répliquer dans les cellules gliales. Une seconde virémie

Une zone de chevauchement où les deux *Ixodes* cohabitent comprend le nord-est de l'Europe, la Carélie russe, l'est de l'Estonie et la Lettonie. Ces tiques sont les vecteurs d'un virus à ARN appelé TBE virus ou virus de la méningo-encéphalite ou MET virus. Il appartient à la famille des *Flaviviridae*, genre *Flavivirus* dont certains membres sont bien connus: fièvre jaune, dengue et encéphalite japonaise.

## Réservoir et co-repas

Des rongeurs forestiers tels que mulots, campagnols sont les réservoirs naturels du virus. Mais leur durée de virémie est courte, moins de 7 jours, insuffisante pour couvrir les besoins en «infectiosité» de la majorité des tiques non conta-





- ecotouristes;
- promeneurs fréquentant régulièrement les forêts.

Dans les zones à risque, on évitera de consommer du lait ou du fromage non pasteurisé de chèvre, de mouton ou de vache et l'on se souviendra que les tiques peuvent rester actives jusqu'à une altitude de 1.500 mètres. Au retour, en cas de fièvre, on veillera à mentionner l'historique de voyage dans un pays endémique et, éventuellement, d'une morsure de tique. Tout cela contribuera à affiner la mise au point de l'étiologie de la fièvre.

### Vaccination et durée de protection

Le vaccin se présente sous 2 formes:

- La forme junior, valable de 1 à 16 ans, a un volume de 0,25ml.
- La forme adulte est applicable à partir de 17 ans et comprend un volume de 0,50ml.

Le calendrier vaccinal est le suivant:

- 1<sup>ère</sup> injection au jour 0
- 2<sup>e</sup> injection entre 1 et 3 mois
- 3<sup>e</sup> injection entre 5 et 12 mois après la 2<sup>e</sup> dose.
- La protection est de 3 ans. Le rappel après 3 ans chez les personnes de moins de 60 ans assure une protection de 5 ans, tandis que chez les plus de 60 ans la protection ne sera que de 3 ans.
- En cas de départ prématuré, un schéma accéléré peut être appliqué:
  - 1<sup>ère</sup> injection au jour 0
  - 2<sup>e</sup> injection au jour 14
  - 3<sup>e</sup> injection: entre 5 et 12 mois après la 2<sup>e</sup> dose

Les données immunologiques montrent que si les deux premières doses ont été administrées dans les délais impartis, il n'est pas indispensable, en cas d'oubli de la troisième injection, de reprendre le programme au point de départ. Même avec une interruption prolongée, voire de plus de 5 à 10 ans, il suffit d'administrer une dose de rattrapage pour réactiver la protection. ■

**Dr Victor Luyasu**  
**et Pr Annie Robert,**  
**UCL/IREC/EPID, Bruxelles**

**Tableau 1: Exemple de vaccination d'un adulte immunocompétent**

Primo-vaccination	Dose	Calendrier standard	Calendrier d'immunisation accélérée
1 <sup>ère</sup> dose	0,5ml	Date déterminée	Date déterminée
2 <sup>e</sup> dose	0,5ml	1 à 3 mois après la 1 <sup>ère</sup> vaccination	14 jours après la 1 <sup>ère</sup> vaccination
3 <sup>e</sup> dose	0,5ml	5 à 12 mois après la 2 <sup>e</sup> vaccination	5 à 12 mois après la 2 <sup>e</sup> vaccination

*Getting more from good bacteria*

VÉSALE  
PHARMA

# Bactobuccal

## Lactobacillus rhamnosus VES 001

➔ Équilibre buccal

- ✓ BREVETÉ
- ✓ GRANULES ORODISPERSIBLES

Souches de Lactobacillus rhamnosus VES 001



21 sticks : 18,50€

\* C. Dumont<sup>1</sup>, D. Tiels, H. Levie, C. Cornil, V. Michel, J-P Warzée<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Service de Gériatrie, Grand Hôpital de Charleroi, 6061 Montignies-sur-Sambre, Belgique

<sup>2</sup> Ligue Scientifique Européenne de Probiotiques

# La générosité, ça paie?

**La Belgique conserve une grande tradition de philanthropie. Les derniers chiffres de la Fondation Roi Baudouin en attestent. Aider son prochain, c'est tout sauf jeter de l'argent par les fenêtres. La démarche est fiscalement encouragée, permet de suivre les projets concrets bénéficiaires et bénéficie d'un suivi rigoureux. Deux exemples aux modes de fonctionnement totalement différents: les dons et l'investissement d'impact.**



**Parmi les causes les plus populaires, les projets liés à la santé et à la recherche médicale arrivent en tête des préoccupations des Belges.**

**D**ans un monde souvent présenté comme de plus en plus individualiste, il est rassurant de constater que la philanthropie rencontre un succès sans cesse grandissant. C'est en tout cas ce qui ressort du Baromètre annuel de la philanthropie, publié fin avril par la Fondation Roi Baudouin. Il apparaît ainsi qu'en 2016, deux Belges sur trois ont effectué un don pour une bonne cause, pour un montant moyen de 165 euros.

La Fondation Roi Baudouin a ainsi recensé, en Belgique, pas moins de 2.275 fondations philanthropiques d'utilité publique, fondations privées ayant un objectif d'intérêt général et autres fonds à vocation sociale. Parmi ceux-ci, 82 organisations ont déposé leurs comptes annuels à la Banque nationale de Belgique. Sur la base de ces chiffres, on relève que ces fondations gèrent ensemble des actifs qui atteignent une valeur totale de 2,9 milliards d'euros! Pas de doute: le Belge est généreux.

## Soins de santé: les premiers bénéficiaires

Qu'advient-il de cet argent? Celui-ci est consacré à divers projets liés par exemple à l'accompagnement de

personnes en situation de profonde détresse, à des missions d'éducation ou au développement d'initiatives culturelles. Il est justement intéressant de constater que parmi les causes les plus populaires, les projets liés à la santé et à la recherche médicale arrivent en tête des préoccupations des Belges qui effectuent des dons. Ce n'est sans doute pas un hasard lorsque l'on sait qu'il s'agit également d'un secteur touché de plein fouet par les mesures d'économies prônées par le gouvernement fédéral.

Suivent les projets humanitaires et d'aide au développement, la lutte contre la pauvreté et la justice sociale, la protection de l'environnement et le développement durable, l'éducation culturelle et la protection du patrimoine. «*Le secteur philanthropique est en pleine croissance et revêt une importance économique de plus en plus grande*», explique Ivan Van de Cloot, chef économiste de l'institut Itinera qui a mené l'étude en collaboration avec la Fondation Roi Baudouin. «*Son professionnalisme et dès lors sont efficacement ont sensiblement augmenté. En même temps, les citoyens ont pris conscience que les pouvoirs publics ne pouvaient pas tout faire. Les gens voient des vides à combler et veulent apporter eux-mêmes une contribution, à condition que leur argent soit utilisé à bon escient.*»

## Une générosité fiscalement encouragée

En Belgique, les dons bénéficient d'un traitement fiscal attractif. Selon les

chiffres du SPF Finance, les Belges avaient effectué un total de 208,2 millions d'euros de dons en 2014 (+12,8% par rapport à l'année précédente). Au total, les donateurs avaient pu récupérer pas moins de 93,7 millions d'euros via leur déclaration fiscale.

En effet, vous pouvez bénéficier d'une réduction d'impôt qui s'élève à 45% du montant de votre don. Pour pouvoir en profiter, il faut néanmoins respecter certaines conditions. D'une part, chaque don doit atteindre au moins 40 euros par an et par organisation bénéficiaire. De l'autre, il faut que celui-ci ait été consenti au bénéfice d'une organisation agréée par le SPF Finance. Enfin, l'organisation bénéficiaire doit vous fournir une attestation fiscale en bonne et due forme. Notez également qu'en principe, seuls les dons en espèces donnent droit à cette réduction d'impôt.

## Œuvres d'art

Une exception est toutefois prévue pour certains dons d'œuvres d'art. Imaginons par exemple qu'au décès de votre tante, vous découvrez dans le grenier quelques tableaux signés d'un artiste belge du début du siècle dernier. L'œuvre représente une certaine valeur marchande, mais une mise en vente risque de la voir filer vers un collectionneur privé. Plus possible dès lors d'emmener vos enfants admirer lesdits tableaux. Envisager un don pourrait résoudre ce dilemme.

En effet, vous bénéficiez également de la réduction d'impôt pour des dons d'œuvres d'art moyennant trois conditions. Primo les dons doivent être faits aux musées de l'Etat, ou aux Communautés, Régions, provinces, communes et centres publics d'aide sociale à condition que ces pouvoirs publics affectent ces dons à leurs musées. Secundo, ces œuvres d'art doivent avoir été reconnues par le ministre des Finances comme appartenant au patrimoine culturel mobilier du pays ou comme ayant une renommée internationale. Enfin, le ministre des Finances doit en avoir fixé la valeur marchande.

Si l'œuvre répond à ces critères, vous pouvez dès lors faire d'une pierre deux coups: d'une part, vous récupérez une partie de la valeur de l'œuvre via la réduction d'impôts; de l'autre, celle-ci sera exposée dans un musée que vous pourrez visiter à votre guise en rappelant à vos proches que celle-ci est issue du patrimoine familial.

## Dons transfrontaliers

Si la situation est relativement simple pour les dons consentis en Belgique, il en va tout autrement pour les dons transfrontaliers. Les Etats-membres de l'Union européenne n'accordent pas d'avantage fiscal pour les dons dont les bénéficiaires ne sont pas situés sur leur territoire. Pourtant, de plus en plus de citoyens souhaitent apporter une aide fi-

matière prend du temps... et n'est pas vraiment une priorité à l'agenda des gouvernements nationaux. Une initiative privée a pris les choses en main et propose de faciliter les dons entre 19 Etats-membres de l'Union européenne: il s'agit du réseau *Transnational Giving Europe* (TGE), qui travaille également en Belgique en étroite collaboration avec la Fondation Roi Baudouin.

Ce réseau accompagne les donateurs en leur fournissant toutes les informations nécessaires pour mieux comprendre les règles juridiques et fiscales des dons transfrontaliers. Vous pouvez ainsi bénéficier du traitement fiscal optimal, même si le bénéficiaire de votre don ne réside pas en Belgique. Actuellement, le réseau TGE est déjà actif dans plusieurs domaines de la philanthropie, parmi lesquels figurent par exemple le secteur des musées et celui des hautes écoles et universités. Mais pas uniquement. En Belgique, le secteur des soins de santé bénéficie également de l'expertise de TGE : recherche contre le cancer, prévention sida, soins dentaires pour les plus démunis, accompagnement d'adultes atteints d'autisme, etc.

## L'investissement d'impact

La générosité ne se limite pas aux dons. Par définition, un don est une opération par laquelle le donateur se dépouille volontairement, et à titre gratuit, d'un bien mobilier ou immobilier. L'éventuelle contrepartie financière qu'il peut en tirer via une réduction d'impôt n'est jamais la motivation première d'un don.

En revanche, il est tout à fait possible de combiner la finalité philanthropique d'une œuvre sociale avec un investissement classique, dans le but de générer une plus-value financière tant dans le chef de l'investisseur que dans celui d'organisations sociales bénéficiaires. On regroupe en général ce type de placement sous l'appellation «investissement d'impact» ou *Social Impact Investing*. Il s'agit de produits de placement qui apportent directement une aide concrète et financière à des projets à vocation sociale.

En Belgique, une société s'est spécialisée sur ce marché avec un business model tout à fait novateur: *Funds For Good*. Il ne s'agit ni d'une ONG ni d'une asbl, mais bien d'une société commerciale qui a fait le pari de mettre sur le marché des SICAVs et des fonds de placement tout en consacrant une partie de ses revenus au financement de micro-projets philanthropiques. La société emploie 6 personnes et est dirigée par trois directeurs associés qui disposent tous de plus de 15 années d'expérience dans l'entrepreneuriat, la consultance, la finance ou la gestion d'actifs. Signe du sérieux du business model : le Conseil d'administration de *Funds For Good* est présidé par nul autre que Pierre-Olivier Beckers, ancien CEO du groupe Delhaize et aujourd'hui président du Comité Olympique Belge.

Que propose *Funds For Good*? La gamme se compose de plusieurs fonds de placement (actuellement, il y en a quatre) qui sont gérés par des gestionnaires à l'expérience reconnue: Banque de Luxembourg Investments et Capricorn Venture Partners. Chacun des fonds proposés suit les principes de l'investissement durable et dispose d'une certification du Forum Ethibel. Ils suivent chacun leur propre stratégie d'investissement: énergies vertes, marchés émergents, etc. En tant qu'investisseur, vous choisissez donc le ou les fonds qui correspondent le mieux à vos propres objectifs.

Jusqu'ici, rien de bien révolutionnaire par rapport aux autres fonds ISR (investissement socialement responsable) qui sont déjà disponibles sur le marché belge. Là où *Funds For Good* se distingue de la concurrence, c'est dans la distribution des revenus. Du côté de l'investisseur, aucun souci: l'ensemble des revenus générés par ses placements lui reviennent entièrement de droit, exactement comme pour des fonds et sicavs classiques. Par contre, c'est la société *Funds For Good* elle-même qui s'engage à reverser une partie de ses propres revenus à des projets sociaux. Et ça, c'est tout à fait novateur.

Ainsi, chaque année, *Funds For Good* s'engage à reverser 50% de ses bénéfices (avec un minimum de 10% de son chiffre d'affaires) à la Fondation *Generation For Good*. Celle-ci consacre

l'argent ainsi récolté à l'accompagnement de micro-entreprises sous la forme de prêts sans intérêt. Objectif? Aider des personnes en situation difficile et exclues des circuits traditionnels du crédit à construire leur propre projet professionnel.

## Micro-entreprises

Selon Marc Verhaeren, l'un des directeurs associés de *Funds For Good*, l'objectif à terme est d'aider 5.000 personnes à lancer leur propre micro-entreprise en Belgique. Qui en sont les bénéficiaires? «Des accidentés de la vie, des réfugiés ou toute autre personne qui traverse une période difficile.» Les prêts ainsi accordés peuvent atteindre jusqu'à 5.000 euros par projet. L'accompagnement ne se limite toutefois pas à des prêts, puisque le personnel de *Funds For Good* s'engage également à consacrer une partie de son temps à du coaching, à l'aide au développement d'outils de marketing, etc.

Les projets bénéficiaires relèvent de secteurs aussi divers et variés que l'horeca, la menuiserie, le transport ou la coiffure. Des rapports détaillés permettent aux investisseurs de suivre les impacts directs de leurs placements. Coût pour l'investisseur? Aucun: les fonds ne génèrent aucun frais supplémentaire par rapport à des produits d'investissement classique. ■

Albin Wantier

## Plafonds pour réductions d'impôts

**E**n Belgique, la réduction d'impôt pour les dons s'élève à 45% du montant versé (repris sur l'attestation).

Cependant, ce montant ne peut excéder:

- soit 10% de l'ensemble des revenus nets,
- soit 376.350 euros (exercice d'imposition 2017 - revenus 2016 et exercice d'imposition 2018 - revenus 2017).

Vous devez néanmoins toujours déclarer le montant total des dons qui répondent aux conditions pour pouvoir bénéficier de la déduction d'impôt. C'est l'administration qui appliquera le cas échéant les limitations légales.

nancière à des œuvres situées en dehors des frontières de leur Etat de résidence: un projet d'accueil de réfugiés sur les rives de la Méditerranée, un fonds qui propose des bourses universitaires en Irlande ou une œuvre de conservation du patrimoine architectural en Europe centrale pourraient tout à fait attirer des donateurs belges.

Cette inégalité de traitement contrevient au principe de libre circulation consacré par les traités européens. La Commission européenne est parfaitement consciente du problème et incite les Etats-membres à modifier leur législation interne. Néanmoins, le processus législatif en la

## Plus d'informations?

La Fondation Roi Baudouin: [www.kbs-frb.be](http://www.kbs-frb.be)  
 Transnational Giving Europe: [www.transnationalgiving.eu](http://www.transnationalgiving.eu)  
 Funds For Good: <http://www.fundsforgood.eu/>

## Trois restaurants, trois décors

**1. Corneille**, 105, Wiemesmeerstraat à 3600 Genk. Tél.: 089/35.58.28.  
Ouvert tous les jours de 12h à 14h30 et de 18h à 21h30. [www.stiemerheide.be](http://www.stiemerheide.be).

Envie de jouer classique? Direction Genk. Situation en or pour l'hôtel Stiemerheide qui se trouve au cœur de la Campine limbourgeoise, à la lisière du Maasland. Décorée à la façon d'un cottage anglais, l'adresse possède le double avantage de s'ouvrir sur une réserve naturelle - «*Nationaal Park Hoge Kempen*» - ainsi que sur un splendide golf 18 trous - le Spiegelven. On profite de cette vue imprenable depuis la belle terrasse du restaurant «Corneille» baptisé de la sorte en l'honneur du peintre CoBrA. Placée sous la direction de Jeffrey van der Kwaak, la brigade de cuisine est réputée pour sortir des préparations qui font honneur à la cuisine française classique - notamment à travers un menu 4 services à 50 euros, mais également avec des préparations franches du collier façon entrecôte bordelaise accompagnée de frites maison. On aime également le choix pertinent des vins qui fait place à de talentueux vigneron (Yves Cuilleron, Louis-Benjamin et Charlotte Dagneau, Méo-Camuzet...).

### 2. La Petite Production,

5, rue du Couloir à 1050 Bruxelles.  
Pas de réservation. Ouvert du mardi au vendredi de 8h à 17h, ainsi que le samedi et le dimanche de 10h à 16h.

Envie de simplicité? C'est le scénario de cette Petite Production diablement convaincante. Le décor, d'une épure de grande justesse, ajoute au charme du lieu, entre chaises colorées en formica et bardage de bois clair qui



entoure une cuisine ouverte. Le lunch se veut sans chichi. On a opté pour la formule «*Pimp my eggs*» (11,50 euros en version végétarienne). Le pitch? Deux œufs, choisis brouillés, servis avec le légume du jour, des champignons et une salade. Ça a l'air tout simple comme ça, sauf que la salade en question était d'un raffinement achevé avec de la roquette, du cresson, de la betterave jaune aigre-douce, des radis et différentes sortes de feuilles de moutarde. Dans l'assiette, l'harmonie entre le côté crémeux des œufs et l'acidité de la salade était parfaite. Il faut ajouter à cela la note de café des betteraves qui réconcilie avec ce légume trop souvent terreux. Mention également pour l'aérien brownie (5,50 euros) et sa crème anglaise en dessert.

**3. La Dernière Pièce**, 61, rue du Baty à 5350 Evelette. Tél.: 085/21.55.92. Ouvert de 12h à 14h et de 19h à 21h, fermé mercredi, jeudi et samedi midi.

Envie de matières brutes? La Dernière Pièce déploie une grammaire formelle rigoureuse qui repose sur une trilogie bois, métal et béton. On doit ce beau geste au bureau LR Architectes. On est séduit par les belles baies vitrées qui ouvrent sur la campagne, les tables en chêne et le bardage noir de la façade. La cuisine du chef, qui est passé par Li Cwerneu, est méritante, notamment le cabillaud joliment végétalisé par un mélange cébettes, feuilles d'épinards et mange-tout coupés en fines lamelles. On pointera également son filet de saumon sauvage gravlax rehaussé d'algues et d'une mayonnaise au wasabi. Côté vins, la carte se défend bien avec une sélection puisée parmi l'assortiment du Comptoir des vins de Jambes.

### Astuce:

## le steak parfait selon Kasper Kurdahl, second du Chalet de la Forêt



### Ingrédients pour 2 personnes... parce que cela s'apprécie en tête-à-tête:

- 300 à 350g de viande (entrecôte, ribeye, cube-roll) bien maturée, persillée et tendre,
- 2 gousses d'ail,
- 2 brins de thym,
- 100g de beurre,
- huile d'olive, sel fin et fleur de sel.

### 4 règles d'or:

- Saler 3 fois: avant, pendant et après cuisson.
- Un temps de cuisson et de repos identique.
- Un steak est bien coloré à l'extérieur, rouge à l'intérieur.
- Utiliser une poêle en fer.

Préchauffer le four à 180°C.

Inciser dans le gras de la viande, sans toucher la chair. Poser une fine couche de sel sur chaque face. Chauffer la poêle. Ajouter 3 c.à.s. d'huile d'olive. Ajouter la graisse, à feu doux. Augmenter la chaleur au maximum et colorer la viande à feu vif quelques dizaines de secondes. Débarrasser la viande sur une grille, garder la matière grasse dans la poêle. Mettre la viande au four 3 minutes pour une cuisson «saignante», 4 minutes 30 pour une cuisson à point. Sortir du four et laisser la viande reposer un temps identique à la cuisson. Réchauffer la poêle. Ajouter un peu d'huile d'olive. Quand l'huile est brûlante, poser la viande et commencer une deuxième coloration. Ajouter une première moitié de beurre. Resaler la viande, la retourner, puis ajouter l'ail et le thym. Arroser la viande du mélange beurre-huile. Rajouter le reste du beurre. Arroser, encore et encore. Servir avec un peu de fleur de sel.

### Le chiffre: 80

**LA RUCHE**  **QUI DIT OUI!**  
Manger mieux, manger juste

80... tel est désormais le nombre d'antennes en Belgique de l'initiative «La Ruche qui dit oui». Pour rappel, le principe de cette association est de mettre en relation producteurs locaux - il y a en moyenne 32km entre le fournisseur et sa Ruche - et consommateurs via un site internet. Le tout afin de créer un marché virtuel où se rassemblent plusieurs producteurs proposant aux membres leurs produits. Toutes les semaines, des ventes sont lancées. Les «abeilles» commandent et payent sur internet, puis viennent récupérer leurs achats dans la Ruche où ils sont inscrits, en un lieu et une heure fixe.

<https://laruchequiditoui.be>

### La bonne terrasse pour prendre une bière: Contrebande

Contrebande se contente d'un modeste équipement ne pouvant faire place qu'à deux verres *on tap* à la fois - notamment La Lanterne, un jus qui porte la patte d'une nano-brasserie d'Ixelles, L'Ermitage. Décevant? Un peu... mais heureusement l'endroit se rattrape grâce à une sélection plus qu'éclairée disponible à la bouteille: Noisy Pale Ale de chez No Science, Lupulus en provenance de la Brasserie des 3 Fourquets, ou encore l'excellente Saison Cazeau. La consolation ultime arrive d'un petit patio éclairé aux lampions et bien caché. Ce petit coin de paradis permet de déguster au calme - un miracle dans ce quartier - quand le soleil est de la partie.



**Contrebande**, 6, place Fernand Cocq à 1050 Bruxelles.  
Tél.: 02/512.24.66. Ouvert du lundi au dimanche de 11h30 à 1h.

**Michel Verlinden**

**DENOMINATION DU MEDICAMENT:** Duloxetine Mylan 30 mg, gélules gastro-résistantes. Duloxetine Mylan 60 mg, gélules gastro-résistantes. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE:** Gélules 30 mg: Chaque gélule contient 30 mg de duloxétine (sous forme de chlorhydrate). Excipient(s) à effet notable: Chaque gélule contient 62,1 mg de saccharose. Gélules 60 mg: Chaque gélule contient 60 mg de duloxétine (sous forme de chlorhydrate). Excipient(s) à effet notable: Chaque gélule contient 124,2 mg de saccharose. **FORME PHARMACEUTIQUE:** Gélule gastro-résistante. Gélules 30 mg: Tête opaque de couleur bleue et corps opaque de couleur blanche d'environ 15,9 mm, avec la mention « MYLAN » au-dessus de « DL 30 » imprimée à l'encre dorée sur la tête et le corps. Gélules 60 mg: Tête opaque de couleur bleue et corps opaque de couleur jaune d'environ 21,7 mm, avec la mention « MYLAN » au-dessus de « DL 60 » imprimée à l'encre blanche sur la tête et le corps. **DONNEES CLINIQUES:** Indications thérapeutiques: Traitement du trouble dépressif majeur. Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique. Traitement du trouble anxieux généralisé. Duloxétine Mylan est indiqué chez l'adulte. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: Trouble dépressif majeur: La posologie initiale et recommandée pour le maintien de la réponse est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Des posologies supérieures à 60 mg par jour en une prise, jusqu'à une dose maximale de 120 mg par jour, ont été évaluées, en terme de sécurité d'emploi, lors des études cliniques. Toutefois, l'intérêt d'une augmentation posologique chez les patients ne répondant pas à la dose initiale recommandée n'est pas établi. La réponse thérapeutique apparaît généralement après 2-4 semaines de traitement. Après obtention de l'effet thérapeutique attendu, il est recommandé de poursuivre le traitement plusieurs mois afin de prévenir les rechutes. Chez les patients répondant à la duloxétine, et présentant des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs répétés, la poursuite à long terme du traitement peut être envisagée, à une posologie de 60 à 120 mg/jour. Trouble anxieux généralisé: La posologie initiale recommandée chez les patients présentant un trouble anxieux généralisé est de 30 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. Chez les patients ayant une réponse insuffisante, la dose devra être augmentée à 60 mg, qui est la dose d'entretien habituelle chez la plupart des patients. Chez les patients présentant un trouble dépressif majeur associé, la posologie initiale comme d'entretien est de 60 mg une fois par jour (veuillez également lire les recommandations de posologie ci-dessus). Des doses allant jusqu'à 120 mg par jour se sont montrées efficaces et leur sécurité d'emploi a été évaluée dans des essais cliniques. Chez les patients présentant une réponse insuffisante à la dose de 60 mg, une augmentation de doses jusqu'à 90 mg ou 120 mg peut donc être envisagée. L'augmentation des doses doit être basée sur la réponse clinique et la tolérance. Après consolidation de la réponse, il est recommandé de continuer le traitement pendant plusieurs mois afin d'éviter une rechute. Douleur neuropathique diabétique périphérique: La posologie initiale et d'entretien recommandée est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. La sécurité d'utilisation de posologies supérieures à 60 mg une fois par jour, jusqu'à une dose maximale de 120 mg par jour, administrées en plusieurs prises équivalentes, a été évaluée au cours des essais cliniques. Les concentrations plasmatiques de duloxétine ont montré une grande variabilité inter-individuelle. De ce fait, chez certains patients, en cas de réponse insuffisante à la dose de 60 mg, la posologie pourra être augmentée. La réponse au traitement devra être évaluée après 2 mois. Chez les patients ayant une réponse initiale insuffisante, une réponse au traitement au-delà de cette période est peu probable. Le bénéfice thérapeutique devra être réévalué régulièrement (au moins tous les 3 mois). Populations particulières: Sujets âgés: Aucune adaptation posologique sur la seule base de l'âge n'est nécessaire chez le sujet âgé. Cependant, comme pour tout médicament, la prudence s'impose chez le sujet âgé, principalement avec Duloxétine Mylan à la posologie de 120 mg par jour pour le trouble dépressif majeur ou le trouble anxieux généralisé, du fait de données limitées. Insuffisance hépatique: Duloxétine Mylan ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une pathologie hépatique entraînant une insuffisance hépatique. Insuffisance rénale: Aucune adaptation posologique n'est nécessaire en cas d'insuffisance rénale légère à modérée (clairance de la créatinine comprise entre 30 et 80 ml/min). Duloxétine Mylan ne doit pas être utilisé chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min). Population pédiatrique: La duloxétine ne doit pas être utilisée chez les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans dans le traitement du trouble dépressif majeur en raison de problème(s) de sécurité et d'efficacité. La sécurité et l'efficacité de la duloxétine dans le traitement du trouble anxieux généralisé chez les patients pédiatriques âgés de 7 à 17 ans n'ont pas été établies. La sécurité et l'efficacité de la duloxétine dans le traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique n'ont pas fait l'objet d'étude. Aucune donnée n'est disponible. Arrêt du traitement: L'arrêt brutal du traitement doit être évité. Lors de l'arrêt du traitement par Duloxétine Mylan, la dose doit être progressivement diminuée sur une durée d'au moins une à deux semaines, afin de limiter le risque de réactions de sevrage. Si des symptômes non tolérables apparaissent lors de la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement, le retour à la dose précédemment prescrite peut être envisagé. Le médecin pourra ensuite reprendre la diminution de la dose, mais à un rythme plus progressif. Mode d'administration: Voie orale. Contre-indications: Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés. Association aux inhibiteurs de la mono-amino oxydase (MAO) non sélectifs, irréversibles. Maladie hépatique entraînant une insuffisance hépatique. Association à la fluvoxamine, à la ciprofloxacine ou à l'énoxacine (inhibiteurs puissants du CYP1A2), associations entraînant une augmentation des concentrations plasmatiques de duloxétine. Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min). L'instauration du traitement par Duloxétine Mylan est contre-indiquée chez les patients présentant une hypertension artérielle non équilibrée qui pourrait les exposer à un risque potentiel de crise hypertensive. Effets indésirables: a. Résumé du profil de sécurité: Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients traités par Duloxétine Mylan ont été: nausées, céphalées, sécheresse de la bouche, somnolence et sensations vertigineuses. Toutefois, la majorité des effets indésirables fréquents étaient d'intensité légère à modérée, débutant généralement en début de traitement et tendant à s'estomper malgré la poursuite du traitement. b. Tableau récapitulatif des effets indésirables: Le tableau 1 présente les effets indésirables observés à partir de la notification spontanée et lors des études cliniques contrôlées versus placebo. Tableau 1: Effets indésirables: Estimation de fréquence: Très fréquent (≥ 1/10), fréquent (≥ 1/100, < 1/10), peu fréquent (≥ 1/1000, < 1/100), rare (≥ 1/10000, < 1/1000), très rare (< 1/10000). Au sein de chaque catégorie de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissante. Infections et infestations: Peu fréquent: Laryngite. Affections du système immunitaire: Rare: Réaction anaphylactique, manifestations d'hypersensibilité. Affections endocriniennes: Rare: hypothyroïdie. Troubles du métabolisme et de la nutrition: Fréquent: baisse de l'appétit. Peu fréquent: hyperglycémie (rapportée particulièrement chez les patients diabétiques). Rare: déshydratation, hyponatrémie, SIADH<sup>6</sup>. Affections psychiatriques: Fréquent: insomnie, agitation, baisse de la libido, anxiété, orgasmes anormaux, rêves anormaux. Peu fréquent: idées suicidaires<sup>5,7</sup>, troubles du sommeil, bruxisme, désorientation, apathie. Rare: comportements suicidaires<sup>5,7</sup>, manie, hallucinations, agressivité et colère<sup>4</sup>. Affections du système nerveux: Très fréquent: céphalées, somnolence. Fréquent: sensations

Conditionnement	Prix public*	Ticket modérateur	
		Omnio	Autre
30 mg x 28	€ 13,24	€ 1,82	€ 3,03
30 mg x 98	€ 33,66	€ 5,34	€ 8,98
60 mg x 28	€ 18,50	€ 2,90	€ 4,84
60 mg x 98	€ 41,19	€ 6,40	€ 10,78

\* Prix valables depuis le 1/04/2017

Avantageux pour votre profil de prescription



S'ouvrir à de plus larges horizons

Générique de Cymbalta®

# Duloxetine Mylan

disponible en 30 mg x 28 et 98 gél. & 60 mg x 28 et 98 gél.

**Mylan**  
Better Health  
for a Better World

vertigineuses, léthargie, tremblements, paresthésies. Peu fréquent: myoclonies, akathisie<sup>2</sup>, nervosité, trouble de l'attention, dysgueusie, dyskinésie, syndrome des jambes sans repos, sommeil de mauvaise qualité. Rare: syndrome sérotoninergique<sup>8</sup>, convulsions<sup>1</sup>, agitation psychomotrice<sup>5</sup>, symptômes extrapyramidaux<sup>8</sup>. Affections oculaires: Fréquent: vision floue. Peu fréquent: mydriase, troubles visuels. Rare: glaucome. Affections de l'oreille et du labyrinthe: Fréquent: acouphènes<sup>1</sup>. Peu fréquent: vertiges, otalgies. Affections cardiaques: Fréquent: palpitations. Peu fréquent: tachycardie, arythmie supraventriculaire, principalement à type de fibrillation auriculaire. Affections vasculaires: Fréquent: augmentation de la pression artérielle, bouffées de chaleur. Peu fréquent: syncope<sup>2</sup>, hypertension<sup>1</sup>, hypotension orthostatique<sup>2</sup>, froidure des extrémités. Rare: Crise hypertensive<sup>8</sup>. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: Fréquent: bâillements. Peu fréquent: gêne pharyngée, epistaxis. Affections gastro-intestinales: Très fréquent: nausées, sécheresse de la bouche. Fréquent: constipation, diarrhée, douleur abdominale, vomissements, dyspepsie, flatulence. Peu fréquent: hémorragie gastro-intestinale<sup>7</sup>, gastro-entérite, éructation, gastrite, dysphagie. Rare: stomatite, émission de sang dans les selles, halitose, colite microscopique<sup>9</sup>. Affections hépatobiliaires: Peu fréquent: hépatite, augmentation des enzymes hépatiques (ALAT, ASAT, phosphatases alcalines), atteinte hépatique aiguë. Rare: insuffisance hépatique<sup>8</sup>, ictere<sup>9</sup>. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: Fréquent: hypersudation, éruption cutanée. Peu fréquent: sueurs nocturnes, urticaire, dermatite de contact, sueurs froides, réactions de photosensibilité, augmentation de la tendance aux ecchymoses. Rare: syndrome de Stevens-Johnson<sup>8</sup>, oedème de Quincke<sup>5</sup>. Très rare: Vasculite cutanée. Affections musculo-squelettiques et systémiques: Fréquent: douleurs musculo-squelettiques, spasmes musculaires. Peu fréquent: tension musculaire, contractions musculaires. Rare: trismus. Affections du rein et des voies urinaires: Fréquent: dysurie, pollakiurie. Peu fréquent: rétention urinaire, retard mictionnel, nocturie, polyurie, baisse du débit urinaire. Rare: odeur anormale de l'urine. Affections des organes de reproduction et du sein: Fréquent: dysfonction érectile, trouble de l'éjaculation, éjaculation retardée. Peu fréquent: hémorragie gynécologique, troubles menstruels, dysfonctionnement sexuel, douleur testiculaire. Rare: symptômes ménopausiques, galactorrhée, hyperprolactinémie. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: Fréquent: chutes<sup>5</sup>, fatigue. Peu fréquent: douleur thoracique<sup>7</sup>, sensations anormales, sensation de froid, soif, frissons, malaise, sensation de chaud, trouble de la marche. Investigations: Fréquent: perte de poids. Peu fréquent: prise de poids, augmentation de la créatinine phosphokinase sérique (CPK), hyperkaliémie. Rare: hypercholestérolémie. <sup>1</sup> Des cas de convulsions et d'acouphènes ont également été rapportés après arrêt du traitement. <sup>2</sup> Des cas d'hypotension orthostatique et de syncope ont été rapportés particulièrement en début de traitement. <sup>3</sup> Des cas d'agressivité et de colère ont été rapportés en particulier en début de traitement ou après son arrêt. <sup>4</sup> Des cas d'idées suicidaires et de comportements suicidaires ont été rapportés durant le traitement par la duloxétine ou juste après son arrêt. <sup>5</sup> Fréquence estimée sur la base des effets indésirables rapportés lors de la surveillance après commercialisation; non observés dans les essais cliniques contrôlés versus placebo. <sup>6</sup> Pas de différence statistiquement significative par rapport au placebo. <sup>7</sup> Les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets âgés (≥ 65 ans). <sup>8</sup> Fréquence estimée sur la base des données de tous les essais cliniques. <sup>9</sup> Description d'effets indésirables spécifiques: L'arrêt du traitement par duloxétine (particulièrement s'il est brutal) induit fréquemment des symptômes de sevrage. Les réactions de sevrage les plus fréquemment rapportées sont les suivantes: sensations vertigineuses, troubles sensoriels (incluant paresthésie ou sensations de décharge électrique, en particulier dans la tête), troubles du sommeil (incluant insomnies et rêves agités), fatigue, somnolence, agitation ou anxiété, nausées et/ou vomissements, tremblements, céphalées, myalgies, irritabilité, diarrhée, hyperhidrose et vertiges. Généralement, pour les ISRS et les IRSNA, ces symptômes sont d'intensité légère à modérée et spontanément résolutifs, bien qu'ils puissent être d'intensité sévère et/ou se prolonger chez certains patients. Il est donc conseillé de diminuer progressivement les doses lorsque le traitement par duloxétine n'est plus nécessaire. Lors de la phase aiguë de 12 semaines de trois essais cliniques étudiant la duloxétine chez les patients souffrant de douleur neuropathique diabétique, des augmentations faibles, mais statistiquement significatives de la glycémie à jeun ont été observées chez les patients sous duloxétine. La valeur de l'HbA1c est restée stable chez les patients traités par placebo et chez les patients traités par duloxétine. Dans la phase d'extension de ces essais, qui s'est prolongée jusqu'à 52 semaines, la valeur de l'HbA1c a augmenté dans les groupes duloxétine et traitement usuel, mais l'augmentation moyenne était de 0,3% plus importante dans le groupe duloxétine. Il y a eu également une faible augmentation de la glycémie à jeun et du cholestérol total dans le groupe duloxétine alors que les tests en laboratoire montrent une légère diminution de ces paramètres dans le groupe traitement usuel. L'intervalle QT - corrigé en fonction de la fréquence cardiaque - chez les patients sous duloxétine n'était pas différent de celui observé chez les patients sous placebo. La mesure des intervalles QT, PR, QRS ou QTcB n'a montré aucune différence cliniquement significative entre les groupes duloxétine et placebo. **d. Population pédiatrique:** Au total, 509 patients pédiatriques âgés de 7 à 17 ans présentant un trouble dépressif majeur et 241 patients pédiatriques âgés de 7 à 17 ans présentant un trouble anxieux généralisé ont été traités par duloxétine dans des études cliniques. De façon générale, le profil des effets indésirables de la duloxétine chez les enfants et les adolescents était similaire à celui observé chez l'adulte. Dans des études cliniques, un total de 467 patients pédiatriques randomisés recevant de la duloxétine ont présenté une diminution moyenne du poids de 0,1 kg à 10 semaines comparativement à une augmentation moyenne de 0,9 kg chez les 353 patients traités avec le placebo. Par la suite, sur une période d'extension de quatre à six mois, ces patients ont eu, en moyenne, tendance à retrouver leur percentile de poids initial attendu, sur la base des données de populations du même âge et de même sexe. Dans des études allant jusqu'à 9 mois, une diminution moyenne de 1% de leur percentile de taille (diminution de 2% chez les enfants (7-11 ans) et une augmentation de 0,3% chez les adolescents (12-17 ans) ont été observées chez les patients pédiatriques traités avec la duloxétine. **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, Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles. Site internet: [www.afmps.be](http://www.afmps.be), e-mail: [adversedurgereactions@fago-afmps.be](mailto:adversedurgereactions@fago-afmps.be). **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Generics [UK] Limited, Station Close, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 1TL, Royaume-Uni. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION(S) DE MISE SUR LE MARCHÉ:** Gélules 30 mg: EU/1/15/1010/001, EU/1/15/1010/002, EU/1/15/1010/003, EU/1/15/1010/004, EU/1/15/1010/005, EU/1/15/1010/006, EU/1/15/1010/007, EU/1/15/1010/008, EU/1/15/1010/009, EU/1/15/1010/010, EU/1/15/1010/021, EU/1/15/1010/022, EU/1/15/1010/023, EU/1/15/1010/024, EU/1/15/1010/025, EU/1/15/1010/026, EU/1/15/1010/027, EU/1/15/1010/028, EU/1/15/1010/037 et EU/1/15/1010/038. Gélules 60 mg: EU/1/15/1010/011, EU/1/15/1010/012, EU/1/15/1010/013, EU/1/15/1010/014, EU/1/15/1010/015, EU/1/15/1010/016, EU/1/15/1010/017, EU/1/15/1010/018, EU/1/15/1010/019, EU/1/15/1010/020, EU/1/15/1010/029, EU/1/15/1010/030, EU/1/15/1010/031, EU/1/15/1010/032, EU/1/15/1010/033, EU/1/15/1010/034, EU/1/15/1010/035, EU/1/15/1010/036, EU/1/15/1010/039 et EU/1/15/1010/040. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE:** 10/2016. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne du médicament (EMA) <http://www.ema.europa.eu>. **MODE DE DELIVRANCE:** Médicament soumis à prescription médicale. Copyright 2017 Mylan Inc. - 2017-MYLAN-FR 001 - Date of creation/review: 04/2017

# PETITES ANNONCES

## Offre d'emploi

MG Hainaut cherche 1 MG pour collaboration. 2 cabinets, patientèle variée et sympa. Possibilité de véhicule à disposition. Urgent. Contact: 0475/80.21.59.

Centremédical pluridisciplinaire (www.cmeda.be) situé à Forest, 3 min. de la place Albert cherche dermatologue, gynécologue, cardiologue, endocrinologue, dentistes et médecins généralistes pour consultation privée (minimum 1/2 jour/semaine); permanence téléphonique et accueil des patients; dossier informatisé, ambiance conviviale. Contact pour conditions et visites: Dr Liebshardt 0475/75.46.33.

Médecin généraliste région Bruxelles Nord-Ouest recherche association provisoire en vue de fin de carrière. Cabinet en pleine activité. Conditions à convenir. Tél du lundi au vendredi au 0498/33.52.22.

Ch. rempl. MG du 01/08/17 au 31/10/17 congé mat. à Nivelles. Pas de rétrocession. Cabinet à partager avec mon collègue. 0479/37.74.99.

Association de 2F MG à Braine-l'Alleud cherche 1 ou 2 MG pour partager patientèle, expérience et DMI, dans cabinets neufs et équipés, quartier résidentiel, travail garanti, gardes we PMG. Isabelle.schiepers@gmail.com et murielzwings@skynet.be.

Cse retraite cabinet médical équipé a louer dans la sympathique ville de Theux. Accompagnement assuré. Loyer modeste. Rens 0475/89.95.05.

Cse retraite patientèle de med générale pleine activité à céder sans frais à 20km de Liège ds jolie vallée de l'Ourthe près du CHU Sartilman en contre partie d'un loyer correct pour locaux loués.

Présentation et accompagnement assuré. Rens. 0470/355242 ap 20h.

Médecin Généraliste en SPRL cherche un ou une associé(e) pour lui succéder. Un confrère intéressé par médecine naturelle nutri méso relaxation. 4030 Grivegnée 10 Grande Rotisse. Tél: 04/342.22.53 ou 0496/41.43.22.

Cherche Assoc Mg pour partager patientèle bilingue de caractère familiale. Heures et jours de consultations à convenir. Tel: 0479/28.09.10 après 20H.

Cabinet MG de groupe Schaerbeek Meiser cherche collaborateur MG ou MS. Possibilité 1/2 journée. Contact 0495/10.77.10.

Expérience et patientèle à transmettre. Médecin en fin de carrière cherche confrère pour assurer la continuité en MG, soins de plaies et divers traitements personnels. Cabinet bien équipé, en activité à 6880 Bertrix. Tél: 0497/11.08.35.

## Matériel médical

Cause déménagement. A vendre 2 banquettes de 3 places+ tablette pour salle d'attente 125 € pièce. Très bon état. Lampe d'examen sur pied à roulettes 140€. Tabouret sur roulettes 65€. Fauteuil de bureau sur roulettes 65€. 2 Chaises de bureau avec accoudoirs 15€ pièce. Tout doit partir. Tél: 0478/58.58.58.

A vendre: deux échographes portables parfait état philips 1200, un avec une sonde abdo l'autre avec deux sondes abdo et pour sein. Mail jean.schmitt@belgacom.net ou tel 0475/28.38.91.

À vendre: pèse-bébé Seca mécanique, parfait état, toise Seca bébé. 200euros. Tél: 0470/24.93.67.

A vendre: Harrison's principes of internal medicine 18th edition (2012) en deux volumes, état impeccable, 20euros. alberthuard@compaqnet.be.

## Immobilier

A VENDRE: villa 4 façades comprenant une partie professionnelle (bureau, secrétariat, salle d'attente, wc, parking) située à 11km au sud de Charleroi. Libre à partir du 1 janvier 2018. Infos: IMMOWEB 6985221.

Vezein villa 4 ch de 258m<sup>2</sup> a/ parking. Idéale pr prof. libé car bur, hall a/w.c sép, salle d'attente. Excellente situation géo. FO à ptr de 499.000€ ss rés d'accept vendeurs. 081/22.81.00.

A louer RDC CAB. MED./spécialiste/dentiste/paraméd.: 60M<sup>2</sup> (cabinet lumineux, salle d'attente, 2e bureau, hall central, wc) gd park. arboré. 4672 Saint- Remy, gd route Barchon-Visé (3km E40). Libre 1er octobre. T. 04/387.74.38 - 0474/53.43.13 - 0477/72.42.70 (ap. 15h).

A Louer - Ixelles (Trône) - maison médicale entièrement rénovée comprenant 5 cabinets + accueil et salle d'attente - rens : 0475/72.80.80.

A vendre à Loverval: Belle demeure ancienne, Surface habitable 530m<sup>2</sup> + maison avec appartement près de l'entrée de la propriété; endroit calme et verdoyant, 2 accès séparés, 23 ares, garages 3 voitures, double vitrage, chaudière GN à condensation 2010, alarme anti-intrusion, gd salon, SAM, pièces de réception, bureau, 5 grandes chambres, greniers mansardés, etc... Prix souhaité: 520.000 €. Renseignements et visites 0475/39.15.42.

Cabinet medical a louer à Kraainem à 250m du métro. Info: 02/731.61.80.

Pour cause de retraite, cabinet médical équipé à louer (loyer modeste) + patientèle de MG à céder sans frais, en Hesbaye (Donceel). Renseignements: 0476/66.79.50 ou 04/259.52.68.

A LOUER Espace professionnel au rez-de-chaussée d'une maison de maître à Schaerbeek. 3 pièces en enfilade (60m<sup>2</sup>) + jardin (25m<sup>2</sup>) avec terrasse + WC. 2(3) accès séparés. 1050 euros/mois (chauffage compris). Electricité et eau à charge du locataire. Câblages internet et téléphone disponibles pour activation. Parlophone. Renseignements et visites: 0477/75.46.58.

Cabinets à louer pour med spécialistes ne nécessitant pas de matériel spécifique (ex: ortho, homeo rhumato, endocrino, expertise...) dans centre médical et paramédical super bien situé région liégeoise. Tél 0496/30.88.64.

Cabinets à louer - centre pluridisciplinaire avec équipe jeune et dynamique - court st etienne - location à l'heure, demi-journée ou journée - rdc - 3 cabinets 15-20m<sup>2</sup> - salle d'attente - wc - cuisine - cave et jardin - parking aisé. Infos: 0475/80.21.56.

Vente d'une magnifique villa Mozanne, située à Anseremme, près de Dinant. Annonce et photos disponibles sur IMMOWEB référence: 6734916.

A vendre: Maison bourgeoise 4 façades avec annexe pour activité professionnelle (dentiste, médecin, kiné...) Près hôpitaux de Gosselies et Charleroi (Roux). Parking aisé, jardin, piscine couverte. Renseignements au 0495/40.00.44.

L'Hebdo du Généraliste **MEDI-SPHERE**

est une publication réservée aux généralistes.

**Hebdomadaire** • 35 numéros/an  
**Tirage:** 13.500 exemplaires

**Directeur de publication:** Vincent Leclercq

**Rédactrice en chef:**  
Johanne Mathy  
j.mathy@medi-sphere.be

### Rédaction:

Claude Leroy • Pascal Selleslagh •  
Michèle Langendries • Dominique-Jean Bouilliez •  
Albin Wantier • Michel Verlinden •  
Arnaud Dellicour

### Assistants de rédaction:

Julie Gueulette • Kris Heyvaert •  
redac@rmnet.be

### Sales Manager:

Catherine Motte • sales@rmnet.be

### Production:

Witold de Campo • Isabelle André •  
Sandrine Virleé

### Medical Director:

Dominique-Jean Bouilliez

### Editeur responsable:

Vincent Leclercq

Abonnement annuel: €375 (Belgique)

Tous droits réservés, y compris la traduction, même partiellement. Paraît également en néerlandais. L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable du contenu des articles signés, qui engagent la responsabilité de leurs auteurs. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande une vérification extérieure des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques recommandées. Le contenu des lectures rapides n'engage pas la responsabilité des auteurs.

Copyright  
PromoHealth asbl  
12, avenue Marie-Antoinette  
1410 Waterloo

## Vacances

A.L. 15km Florence, splend. région: maison tosc. de caractere, terr + vue panor, pisc, 4ch, 3sdb, prox sites, poss services, 1 sem min. Tel: 09/282.41.01.

Knokke. A Louer Zoutelaan: Appartement 3 chambres; entièrement rénové. Tout confort. Balcons, exposition sud, 1er étage avec ascenseur. Emplacements voitures. Photos sur demande. Renseignements: 0498/11.41.57.

Cote d'Azur a.l. 2 maisonnettes 1Ch et 2Ch dans domaine gardé avec piscine. Prix/sem: 250 à 500 et 450-900€. Contact: auribeau2017@outlook.com ou 0498/50.20.20.

Cévennes, à louer Juillet et Août, ancien mas restauré, tout confort, dans propriété de 33 Ha, piscine à flanc de rocher, rivière sur 3km. Tel: 083/213798. Site: www.masdelaborie.net.

A.I Var (France): Villa contemporaine 6-8 pers, vue splendide sur vignes et massif des Maures, jardin 4000m2, super calme, piscine 12/5, cuisine d'été avec salon, plancha, boulodrome, terrain de volley. Mer 7km, golf 5km. T.0032 492/72.20.00 ou brigitemichotte@yahoo.fr. Reste libre: 13/5/17 au 8/7/17 et 22 au 29/7. Location semaine ou quinzaine.

Luberon vue remarquable Roussillon villa 6 personnes toutes commodités. Piscine privée chauffée 3 chambres 2 salle d'eau 3 terrasses au calme mais non isolé. Dispo et infos au 0475/68.13.01.

Provence à louer: Sympathique maison 12 personnes (une maison

principale de 8 personnes + une petite annexe pour 4 personnes). Région: Isle sur La Sorgue, piscine, rivière, vélos, barbecue. Tarifs, photos, disponibilités et renseignements: www.borddesorgue.fr. 0475/47.83.01.

Costa del Sol region Marbella. Exceptionnel appartement à louer pour 4 à 6 pers. Au coeur d'un des plus beaux golfs d'Espagne "Finca Cortesin". Vue mer et golf. Emplacement garage. ZAPINVEST HOLIDAY / LOCATION / ref 2156.

A louer: Ardèche Sud. Havre de paix, 5ch piscine, calme, riviere. Idéal vtt et randos. A voir: www.pairet.be/grimaldes. Tel 010/65.70.79.

Vacances périgourdine vue vallée, max. 8 pers., piscine, pool-house, locations et disponibilités: site www.gaumiere.wordpress.com.

Luberon Gordes Joucas. Mas tout confort, piscine ronde 10m. Calme sur 50 ares, vue panoramique, amandiers, oliviers, lavandes. 2 ou 3 ch, 5 ou 7 pers. Mai à Septembre. Photo & vidéo sur www.grand-vigne-joucas.be.

A louer Cote d'Azur Bormes les Mimosas (domaine prive du Cap Benat): villa très confortable comprenant 4 chambres et sdb; logement prévu pour 11 pers. Vue exceptionnelle sur la presqu'île de Saint Tropez, piscine de 15x7. Equipement ménager complet, wi-fi. 04/263.40.96 0475/28.28.90.

A louer La Panne: appartement 2 chambres, 7 pers. max, près de la mer, TV, équipement ménager complet, par semaine, quinzaine, mois. Tél: 0474/93.40.03.

A louer Costa del Sol, entre Marbella et Estepona, splendide penthouse avec superbe vue, près de la mer, 3 chambres, 3 salle de bain, garage, air conditionné, TV avec chaînes francophones, WIFI. Photos sur demande. Renseignement 0474/93.40.03.

A louer Sud France Cantal belle maison cantalienne dans hameau isolé. 3chambres, SDB, SDD, LV, LL, FO (Cantou), jardin 1 hectare avec tout le matériel, boulodrome, ping-pong extérieur, piscine HS. Libre juin, juillet, 15 au 30 août, septembre. Tél: 0479/40.30.76.

A louer Esparron de Verdon: très beau mas provençal avec piscine chauffée, pool house et vue panoramique sur le lac - 3 ch - 1sdd - 1 sdb - cuisine superéq - Salon de jardin. Club nautique - randonnées - gorges du Verdon - Luberon. Site int sur demande. Tél: 0476/41.17.73.

A louer: Gonfaron, Var: Villa 5 personnes, 2 chambres, et canapé-lit dans le salon - piscine privée - tout confort. Libre 1ère quinzaine août - septembre. Prix doux et selon la période. Photos disponibles. landsbergmarguerite@gmail.com. Tél: 0476/30.75.24.

A louer: luxueuse maison bord ocran BALI Indonesie. 4 chambres avec salles de bain en suite, grande piscine et jardin, staff fourni avec petits dejeuners et possibilité autres repas. Photos sur facebook "villa rigpa" tel 0475/28.38.91.

A louer appartement Coxyde - 2 chambres - Vue latérale mer - Tv HD - wifi - DVD. Equipement ménager complet - chaise haute BB - ascenseur - Weekend - mid week - semaine complète. Contact: 0497/26.45.40.

Corse, magnifique villa 4 chambres, piscine 14m, a louer, endroit très calme. Renseignements: warling@skynet.be.

KNOKKE. A LOUER (par mois ou qzn) A 200m. de la mer. Superbe penthouse, 2 chambres, 2 SdB, tout confort. 2 vastes terrasses (40 et 30m2) plein soleil. Garage. Réservations: 0475/62.06.40.

A louer Cote d'Azur - Bormes les Mimosas Cap Benat: villa très confortable comprenant 4 chambres et salles de bain; logement pour 11 personnes. Vue exceptionnelle sur la presqu'île de Saint Tropez, piscine de 15x7, équipement ménager complet et internet. 04/2634096 - 0475/282890.

La tuilière au coeur du Luberon: villa à louer. 3 chambres, piscine chauffée, vue exceptionnelle Roussillon, 3 terrasses, toutes commodités. Avril à septembre. 0475/68.13.01.

Vous aussi souhaitez publier une annonce dans nos prochaines éditions?

Envoyez-nous votre petite annonce à l'adresse petitesannonces@medi-sphere.be

# BELLOZAL

OSTENIL®

OSTENIL® PLUS

OSTENIL® MINI



## Gamme OSTENIL®

Diminue les douleurs articulaires  
Améliore la fonction articulaire  
Traitement de l'arthrose



1%  
en acide  
hyaluronique –  
2 ml



1%  
en acide  
hyaluronique –  
1 ml

2%  
en acide  
hyaluronique  
+  
mannitol



 TRB CHEMEDICA

Fabricant :

TRB CHEMEDICA AG · Boîte postale 1129 · 85529 Haar/München, Allemagne · info@trbchemedica.be · www.trbchemedica.be