



■ ENQUÊTE ■

L'hôpital rêvé des MG Votre avis nous intéresse

Retrouvez
l'enquête
en page 15
ou sur
<http://enquete.medi-sphere.be>

Maggie De Block s'est lancée, comme vous le savez, dans une réforme du paysage et du financement des hôpitaux belges. La refonte s'accompagne d'un encouragement, en mode expérimental, de modèles de soins innovants, dit «transmuraux», aiguillonnés par la compression des séjours – sorties précoces de maternité, hospitalisations à domicile... Sur papier, ces formules dépassent les frontières entre l'hospitalier et l'ambulatoire, l'intra et l'extra-muros. La collaboration entre lignes de soins s'en trouvera-t-elle globalement renforcée? Faut-il, d'ailleurs, la renforcer? N'est-elle pas actuellement satisfaisante? Si non, où le bât blesse-t-il?

Medi-Sphere vous propose de dépeindre sur vos relations avec les hôpitaux et spécialistes de votre coin (ou de plus loin...) en remplissant une enquête inédite. Le questionnaire vous emmènera des critères qui guident le choix d'adresser tel patient vers tel établissement jusqu'au vaste volet des rapports MG-MS, lequel inclut la bonne circulation d'informations – et les canaux qu'elle devrait idéalement emprunter. L'enquête s'arrête encore, par exemple, sur l'impact qu'aura, à votre sens, le remodelage de l'offre en «réseaux» couvrant quelque 400.000 habitants sur la prise en charge de vos patients.

Votre avis nous intéresse, au plus haut point. Les résultats de ce coup de sonde seront développés, à la rentrée prochaine, en synergie avec *Le Spécialiste*, journal frère de *Medi-Sphere*. Nous comptons sur votre participation! Comme de coutume, le sort récompensera des lecteurs pour leurs efforts: il y a 3 chèques cadeaux MediaMarkt d'une valeur de 500 euros en jeu.

La rédaction

Audit PMG: des statistiques et des idées

Vendredi, à l'Inami, la *task force* soins non planifiés a pris connaissance du rapport final de l'audit PMG. Un audit commandé, est-il besoin de le rappeler, dans une optique de redéfinition du financement des postes de garde en uniformisant et rationalisant leur fonctionnement. Le maître-mot du jour est, sans réelle surprise, «économies d'échelle». Une simulation évoque une possible réduction totale des coûts de 14%, par *pooling* (provincial et/ou inter-PMG). La négociation de contrats cadres pour le transport, l'IT, l'entretien... est aussi évoquée. Que pensent les syndicats des graphiques et

pistes tracés par les auditeurs? Pour Jacques De Toeuf, (Absym), l'exercice n'est «pas révolutionnaire mais intéressant». Il donne «matière à discussion», notamment sur la réflexion de l'intégration poste-hôpital. Anne Gillet, pour le GBO, aime rappeler le pourquoi de la création initiale des PMG, et répète que garantie de soins de 1^{ère} ligne de proximité ne peut rimer partout avec «rentabilité». Elle regrette que le jalon de départ soit le coût contact. Va-t-on pénaliser ceux qui œuvrent au bon recours au poste en décourageant la consommation inutile?

J.M.

► Lire en pages 2 et 3

focus
cogniton

TECHNIQUE RÉVOLUTIONNAIRE
À BASE DE PHYTOSOMES :

ABSORPTION x 3.5

FORMULE AMÉLIORÉE :
SOUTIEN LA MÉMOIRE
ET LA CONCENTRATION

2016/32 - COGN - PUBL. MADE 10/16



SISD 2017:
focus sur l'exemple
carolo 6



ARMOIRES À PHARMACIE
Chaud dedans! 8



PORTRAIT:
Dr Pierre Gontier,
regard sur un métier
en mutation 10

WWW.MEDI-SPHERE.BE

■ SUITE DE LA PAGE 1 ■

Audit PMG: des chiffres avant les choix?

L'audit a accouché d'une série de statistiques nationales, après dissection des bilans financiers 2015 et des rapports d'activité 2014 de 74 postes. Les coûts d'exploitation d'un PMG s'élèvent en moyenne à 286.732€. Les grosses dépenses d'un «PMG moyen», responsables de 80% des coûts, sont, dans l'ordre, le transport et l'accueil (respectivement 32 et 23%), suivis de la coordination, le bâtiment et l'administration. Un PMG moyen tourne avec 70 MG participant à la garde; il assure 1.495 visites et 4.402 consultations par an. Très minoritairement la nuit.

L'audit distingue de petits, moyens et gros postes, en fonction du volume d'interactions sur base annuelle (<5.000, de 5 à 10.000, >10.000). La médiane, en termes de contacts patients/jour/100.000 habitants, est de 89. 64% des PMG belges n'atteignent pas les 100 contacts/jour/100.000 hab., cette fameuse barre théorique qui, l'automne dernier, avait fait tiquer nombre de présidents de cercle et responsables de garde dans les *focus groups*. Elle incarnait pour eux une quête d'attractivité, de rentabilité, détachée des réalités locales voire de l'essence du métier. Le rapport final concède de ne pas se focaliser sur les unités de 100.000, mais plutôt privilégier les réalités et la demande régionales. Avoir des frais de fonctionnement élevés ne dit rien du rapport coût-efficacité d'un PMG. Se distinguer sur ce plan veut dire assumer plus de contacts avec moins

d'argent (pour toute clarté, n'entrent pas en ligne de compte ici les actes et honoraires de disponibilité des MG). Pour les consultations, l'audit établit un lien entre le volume d'interactions d'un poste et le coût au contact. S'il est en moyenne de 25€, ce coût s'établit à 40,3 dans les structures à moins de 5.000 contacts/an, pour 18,3€ dans les PMG avec plus de 10.000 contacts/an. Pour les visites (coût moyen: 73€), ce lien existe aussi mais est fortement influencé par le système de transport retenu (voiture, chauffeur, firme extérieure, etc.)

L'audit épingle des rubriques de dépenses qui gagneraient à une mutualisation, comme la coordination ou l'administration, et à des synergies accrues. Il est proportionnellement plus cher de s'adjoindre une accueillante pour les petites structures à activité réduite (+/- 22,5€ par contact dans les PMG à moins de 5.000

Tableau 1: Coût global par consultation ou visite

| Coût global par consultation ou visite | Consultation | Visite |
|--|--------------|--------|
| Moyenne | 24,86€ | 72,94€ |
| PMG à < 5.000 contacts/an | 40,30€ | 78,64€ |
| 5.000 – 10.000 contacts/an | 18,63€ | 80,69€ |
| >10.000 contacts/an | 18,35€ | 54,83€ |

Tableau 2: D'après les simulations des auditeurs, on pourrait atteindre une réduction totale de coûts de 14%

| Résultats généraux | Economies potentielles en % | Economies potentielles en euros |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| Accueil | 21% | 646.496 |
| Transport | 13% | 553.405 |
| Coordination | 17% | 299.088 |
| Administration | 26% | 168.840 |
| Bâtiment | 8% | 323.905 |
| IT | 13% | 81.897 |
| Comptabilité | 12% | 17.034 |
| Réduction des coûts totale | 14% | 2.090.666 |

Source: audit PMG

interactions, contre +/- 10€ dans ceux à trafic plus élevé). Plume au chapeau francophone: le Sud a fréquemment inauguré des structures coupoles pour renforcer les synergies, dicit les auditeurs.

Quelle est la suite du calendrier, dans ce (vieux) dossier? Fin juin, les représentants de la profession sont conviés

à une réunion 1733 et, le 7 juillet, à une rencontre où Maggie De Block exposera sa vision politique sur les PMG, en les rattachant au chantier plus vaste de la réforme de l'AMU. La question sur toutes les lèvres: sera-t-elle devenue immuable, à cette date, la vision? ■

J.M.

«Pas révolutionnaire, mais intéressant... et apportant matière à discussion» - Jacques De Toeuf (Absym)

Jacques De Toeuf, pour l'Absym, reconnaît le gros travail abattu par les auditeurs, partant de données non structurées. «Ce n'est pas une révolution, mais c'est un exercice intéressant», commente-t-il. Pour lui, leur verdict au niveau des facteurs explicatifs de coûts reflète bien «la diversité colossale du terrain»: depuis 10 ans, des initiatives ont fleuri, ici et là, chacun adoptant une organisation propre et les pouvoirs publics plaquant ensuite des moyens dessus. «C'est très curieux. Rien n'explique réellement les grandes variations observées, la dispersion est très étendue. On voit un lien entre volume d'interactions et coûts, oui. Pour le reste, c'est assez

dissocié. Il n'y a pas forcément de liaison avec la densité de population, par exemple...»

Le coût par consultation ou par visite fluctue en fonction de l'activité globale du poste, étant plus élevé dans les petits (qui n'atteignent pas les 5.000 interactions/an) - «et c'est logique, avec les mêmes frais fixes...». Le syndicaliste souligne aussi que «ce qui mange les ressources d'un poste, c'est le transport et l'accueil», ainsi que l'ouverture de nuit, «avec une médiane à 2 consultations/nuit et 1,1 visite! Lors des focus groups, l'idée a germé de collaborer, en faisant attention à ne pas avoir des trajets dépassant les 45 minutes, ce qui paraît raisonnable. Car les coûts sont

intenable. C'est délirant, au regard de l'activité». Le Dr De Toeuf pointe les simulations effectuées par les auditeurs, qui concluent à la «possibilité d'une réduction totale des coûts de 14%, par regroupement et pooling». Il rapporte encore que, de l'avis général, «le 1733 doit impérativement se mettre en route».

L'audit apporte-t-il de l'eau au moulin de l'intégration poste-hôpital, (initialement) chère au cabinet De Block, même s'il est apparu que les hôpitaux faisaient parfois payer aux PMG un loyer costaud? «Dans les focus groups, on a discuté des avantages et inconvénients. Il y a aussi des désavantages à mettre les deux sous le même toit. Ça peut être

confusionnant pour les patients, tout d'abord. Et puis, un PMG tourne sur un budget de fonctionnement, tandis que la garde hospitalière est financée sur un modèle qui est lié au nombre de passages. Dans les discussions, la cohabitation des deux formules n'est pas apparue comme incitative aux renvois de patients. De nouveau, le 1733 apparaît comme une solution.» La ministre pourrait-elle dès lors remiser son idée de départ? S'il ne tranche pas, «l'audit fournit en tout cas matière à discussion».

Des commentaires plus longs des deux syndicalistes interviewés figurent sur www.medi-sphere.be.

Le piège du coût contact - Anne Gillet (GBO)

Tout le paradoxe de cet exercice, c'est de «prendre comme repère de départ le volume et le coût-contact», regrette Anne Gillet, pour le GBO. «Avec un PMG, ce qu'on essaie justement, c'est de réduire les contacts inutiles. Le poste qui accepte tout le week-end - des renouvellements de pilule aux certificats sportifs - est avantageux.»

La syndicaliste pointe la proposition émise par les auditeurs en matière de financement à court terme: «un budget global, à affecter selon les besoins: un poste reçoit une enveloppe, à lui de choisir de consacrer plus à tel ou tel aspect, informatique, transport, etc.» Mais, observe-t-elle, un budget avec un montant maximal par interaction. «Et ce repère, on l'a dit, c'est un biais. Ça pousse à faire du chiffre, du trafic, ce qu'il fallait décourager. Si on a un tri performant, on risque d'être pénalisé... Au GBO, cet aspect nous pose problème, et nous l'avons répété vendredi. D'autant que la Wallonie, qui a moins de population donc de contacts, serait défavorisée.»

A plus long terme, l'audit recommande un budget calculé par habitant. «Cela rejoint un scénario pour lequel nous plaidons depuis huit ans, si ce n'est que nous avons demandé d'ajouter un indice de correction tenant compte de la superficie du territoire desservi et des heures d'ouverture.» Une pondération que le GBO n'a pas retrouvée dans les slides vendredi.

La syndicaliste est satisfaite de voir que l'audit fait la promotion d'une gestion bicéphale des postes, en distinguant le manager de PMG qui s'attelle au bon fonctionnement de celui-ci et le MG (président ou responsable de garde) qui veille à la qualité des soins administrés et à l'utilisation correcte de la structure par la population. «Il y a là une reconnaissance du travail du médecin qui s'investit dans le poste. Nous avons l'espoir que cette reconnaissance conduise, un jour, à un financement.»

Le mot de la fin, provisoire? Anne Gillet revient aux fondamentaux. La création des PMG ne découle pas d'une volonté de réduire les dépenses aux urgences. «On est perdant si on regarde les choses sous cet angle-là!» Elle répond au souci de pérenniser la garde généraliste en difficulté et d'assurer aux MG un meilleur équilibre boulot-vie privée. Et de garantir à la population une offre de soins non planifiés de proximité. «Le but n'est pas la rentabilité. Le PMG d'une région rurale risque d'être qualifié de non rentable. Pourtant, il faut que tout le monde sur le territoire ait accès à des soins de 1^{ère} ligne.»

Rapprochements nocturnes

43 PMG font le tour de l'horloge (59 à 64 heures d'ouverture), 23 ferment la nuit, 6 n'ouvrent qu'à partir du samedi matin. Seuls 21 des PMG répondants ont fourni des chiffres différenciés jour/nuit, mais l'effondrement de l'activité nocturne est patent, avec une moyenne de 2,4 consultations et 1,23 visite par nuit (avec des maxima à 7,7 et 2,52 et des

minima à 0 et 0,15). Or, bien sûr, le fait de garantir un *full service* 24h sur 24 a un gros impact sur les coûts d'exploitation.

Pour les auditeurs, l'exploration qualitative en *focus groups* a révélé un accord de principe sur de la collaboration nocturne. Personne ne nie la très faible activité (surtout) des petits

PMG en nuit noire. Dès lors, une piste envisageable est le regroupement des forces, avec une équipe unique réduite au duo MG + chauffeur, s'appuyant sur un tri 1733, en prêtant attention, dans la délimitation, du périmètre à ne pas dépasser les 45 minutes de trajet et en gardant à l'esprit qu'aller au chevet des résidents des MRS épargne des hospitalisations.

CONFORT INTESTINAL¹

Lactobacillus rhamnosus GG²
• 16 milliards^{3,4}

Saccharomyces boulardii²
• 12 milliards⁴

Prébiotiques
• 400 mg⁴

ProLardii[®]
GR Caps

Formats : 10 & 20 gélules

3 en 1

Le synbiotique⁵ optimal pour la flore intestinale

¹Grâce à la présence d'Inula helenium, une plante qui contribue au confort intestinal.
²World Gastroenterology Organisation, Global guidelines, Probiotiques et Prébiotiques, février 2017.
³16 milliards de bactéries lactiques : 4 milliards par souche (L. rhamnosus GG, L. casei 5773, L. acidophilus LA3, B. lactis B94)
⁴Par 2 gélules/jour. ⁵Synbiotiques : Produits qui contiennent à la fois des probiotiques et des prébiotiques⁽²⁾
Information destinée aux professionnels de santé.

NUT/PL_AS 53/30 ProLardii - 24 05 17 - FR

«Vieilles» ASD: la tolérance, c'est (bientôt) fini

Dans une quinzaine, la période de tolérance qui garantissait aux patients d'être remboursés si leur MG écoulait encore ses vieux modèles d'attestations sera terminée. L'Inami le rappelle aux retardataires. Voilà, dans le sillage, un petit mix «d'infos service» récemment diffusées. Un courrier sur les avantages sociaux 2017, avec formulaire de 'recours', est imminent.

Depuis janvier, tout médecin doit utiliser pour attester les soins donnés les nouveaux modèles officiels. L'administration en parlait depuis l'été 2015. Une période de tolérance de six mois avait été prévue, durant laquelle les OA remboursaient le patient quand bien même il introduisait une ASD ancien modèle. Mais cette période expire fin du mois. On peut encore s'attendre à de la souplesse pour les attestations rédigées jusqu'au 30 juin. Face à un emploi de modèle obsolète, le Collège intermutualiste national envoie un avertissement par courrier au médecin, l'invitant à régulariser la situation dans les deux mois. Sans quoi, le CIN se dit obligé d'en informer les services de contrôle compétents (de l'Inami). Enfin, les OA ne pourront plus rembourser leurs assurés pour les ASD établies après le 30 juin sur des modèles périmés.

Répétons aussi qu'un stock éventuel d'ASD ancien modèle non employés ne peut être ni vendu, ni cédé, ni renvoyé à l'expéditeur – comprenez: Speos/bpost – ni d'ailleurs filer dans la poubelle à papiers. «Le dispensateur qui aurait encore des anciennes attestations doit prendre contact avec le service de taxation dont il dépend (selon le cas impôt des personnes physiques, impôt des sociétés ou impôt des personnes morales) afin de faire constater par le contrôleur local la non-utilisation des attestations, sans attendre un contrôle de sa part», insiste l'Inami.

Accréditation: eID ou token

Du changement en vue, par ailleurs, du côté de l'application «accréditation en ligne», du moins de sa partie sécurisée.

À la mi-juillet, pour rentrer dans ce programme qui permet de demander l'accréditation (ou une prolongation) ou de consulter son dossier individuel pour vérifier les participations enregistrées à des activités de formation continue, le MG devra utiliser sa carte d'identité électronique - ou un token). L'Inami tourne le dos au système du nom d'utilisateur + mot de passe, à des fins, dit-il, de maximisation de la protection des données.

Statut social: bientôt un (copieux) courrier

Une note sur le paiement du statut social 2017 en liaison avec le seuil d'activité a été approuvée à la dernière médico-mut, fin mai. Nouvelles dispositions égalent questionnements et maladies de jeunesse possibles. Le GBO attire l'attention sur le fait que les médecins estimant que les avantages sociaux leur sont refusés à tort pourront faire appel de cette décision. Ils devront utiliser un document, encore en projet, qui sera expédié par l'Inami à tous les conventionnés mi-juin, en même temps que le traditionnel formulaire de demande du statut social.

Le 'paquet' postal renfermera des infos sur la nouvelle réglementation, des données individualisées sur le profil atteint (année de référence: 2015) et un document de «demande d'assimilation» d'une situation d'activité spécifique personnelle avec celle de médecins atteignant bien le seuil requis. Avec la saga de la résolution automatique de l'accord et de la conclusion d'un accord-pont, les demandes d'avantages sociaux pour 2017 seront acceptées jusqu'au 30 septembre (au lieu du 30 juin) et le paiement proprement dit pourra intervenir jusque fin mars 2018. Les montants sont de 4.790,23€ et 2.259,67€. Le courrier groupé devrait aussi comprendre des éclaircissements sur la procédure s'appliquant aux retraités actifs ayant pris leur pension légale après le 1^{er} janvier 2016. ■

J.M.

COURRIER DES LECTEURS Import de médecins étrangers et numerus clausus: cherchez l'erreur

Il y a 20 ans déjà que l'OMS demande notamment à la Belgique d'augmenter sa production de personnel de santé (médecins et infirmières). Au lieu de cela, [c'est] numerus clausus et vue à court terme. Comment vit-on? On importe des médecins étrangers qui manquent gravement dans leurs pays. Où est la solidarité? On pompe les ressources des autres pays par exemple Grèce, Roumanie, Hongrie, Chili, Hollande... et on ne regarde que le budget enseignement et dépenses de santé pour au maximum 3 ou 4 ans.

Pour former des professionnels de santé, il faut compter 5 à 10 ans. Par ailleurs, ils ne travaillent pas tous 48 heures/semaine. [Leur disponibilité fluctue au gré de diverses circonstances:] maladies, accidents, grossesses, éducation des enfants, prise en charge des parents, [activités en] politique, administrations diverses, médecine préventive, coopération, réponses aux demandes extérieures, etc.

L'OMS avait estimé, il y a 20 ans, la carence en personnel de santé dans les 10 ans à 1 million, en 2013, à 7 millions d'ici 2030, chiffres revus il y a peu à 18 millions d'ici 2030. Nous, on cherche tous les moyens pour limiter la production desdits personnels. Où est l'erreur? Nos politiciens nous mènent dans le mur. S'ils veulent faire des économies, numerus clausus en droit, en sciences po, en journalisme, etc. ■

Dr Y. P., Lierneux

Le titre est de la rédaction

Beaucoup d'inconnues pour un plongeon



PAZOS MEDI-SPHERE

L'organisation flamande Domus Medica, soutenue par les cercles impliqués dans les projets pilotes soins intégrés du Nord du pays, a prévenu Maggie De Block: les clarifications demandées tardent et l'enthousiasme des MG faiblit. Lire en page 7.

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Clopidogrel Mylan 75 mg, comprimé pelliculé COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Chaque comprimé pelliculé contient 75 mg de clopidogrel (sous forme de chlorhydrate). Excipient à effet notoire : Chaque comprimé pelliculé contient 13 mg d'huile de ricin hydrogénée. **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimé pelliculé. Comprimés pelliculés de couleur rose, ronds et bi-convexes. **DONNÉES CLINIQUES Indications thérapeutiques**: *Prévention des événements athérombotiques*. 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 athérombotiques 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 antivitamine K (AVK) et qui présentent un faible risque de saignements, le clopidogrel est indiqué, en association avec l'AAS, dans la prévention des événements athérombotiques 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 du 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'insuffisance 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. •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 montré 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%). 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 Affections hématologiques et du système lymphatique**: *Peu fréquent*: Thrombocytopénie, leucopénie, éosinophilie. *Rare*: Neutropénie, y compris neutropénie sévère. *Très rare, fréquence indéterminée*: Purpura thrombopénique thrombotique (PTT), aplasie médullaire, pancytopénie, agranulocytose, thrombocytopénie sévère, hémophilie A acquise, granulocytopénie, anémie. **Affections hématologiques et du système lymphatique**: *Très rare, fréquence indéterminée*: Maladie sérique, réactions anaphylactoides, réactions allergiques croisées entre thiénoopyridines (telles que ticlopidine, prasugrel). **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. *Très rare, fréquence indéterminée*: Troubles du goût. **Affections oculaires**: *Peu fréquent*: Saignement oculaire (conjonctival, intra-oculaire, 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 gastrointestinales**: *Fréquent*: Hémorragie gastrointestinale, 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 gastrointestinale et rétro-péritonéale à issue fatale, pancréatite, colite (dont colite ulcéreuse et colite lymphocytaire), stomatite. **Affections hépatobiliaires**: *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 créatininémie. **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: 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: adverse-drugreactions@fagg-afmps.be. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ**: Mylan S.A.S. 117 allée des Parcs, 69 800 Saint Priest, France. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ**: EU/1/09/559/001-016. **MODE DE DÉLIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE**: 12/2015. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne du médicament <http://www.ema.europa.eu/>.

Générique de Plavix®

Clopidogrel Mylan

Disponible en 75 mg x 30 et x 90 comprimés pelliculés

Clopidogrel Mylan, le premier clopidogrel remboursé en B

- ✓ POUR TOUTES LES INDICATIONS
- ✓ SANS CONTRAINTES ADMINISTRATIVES
- ✓ UN IMPACT POSITIF** POUR VOS PATIENTS ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

MAINTENANT VOUS SAVEZ QUEL CLOPIDOGREL PRESCRIRE



Mylan

Better Health for a Better World

** prix au 01/06/2017, www.inami.be

Comment se (com)porte le secteur des SISD en 2017?

Un Arrêté royal du 8 juillet 2002 a ouvert la porte à la création des SISD, alias Services intégrés de soins à domicile. Plusieurs services ont ainsi été créés, notamment en Wallonie et à Bruxelles, faisant parfois suite à des projets pilotes tel celui créé à Charleroi, par exemple. L'exemple carolo, justement, est une bonne source d'informations pour savoir où en est le système en 2017. Rencontre avec le docteur Michel Jacquet, généraliste, qui en est le président, et membre de l'Inter-SISD, où se rencontrent régulièrement tous les services francophones pour échanger sur les informations reçues, les expériences et les bonnes pratiques, ainsi que pour la prise de décisions communes vis-à-vis des autorités.

«**U**n des problèmes actuels des SISD francophones est qu'il n'y en a pas partout», déplore notre interlocuteur. Une carence existe à Namur et à Mons, même s'il n'y a aucune raison de douter que cela changera à l'avenir. Chaque zone a sa spécificité, chaque SISD aussi: «Celui de Charleroi diffère de ceux que je vois ailleurs, par exemple. En ce qui nous concerne, nous avons essayé d'intégrer le service de garde de la région (le numéro d'appel unique 3333), l'ensemble des médecins, les infirmiers, les kinésithérapeutes, les pharmaciens, les hôpitaux, les CPAS, les mutuelles et les dentistes, et nous sommes en train d'y associer les diététiciens et les psychologues. Ce n'est pas aussi avancé partout».

Charleroi à la pointe depuis longtemps

Par définition, les SISD sont sensés coordonner tous les services de première ligne. A Charleroi, une première ébauche de coordination a été créée dans les années 1980 déjà. «Lors de la création des SISD, j'ai plaidé notre cause auprès de Jean-Claude Van Cauwenberghe pour que la zone couverte (420.000 habitants) corresponde à celle de notre cercle de MG», explique Michel Jacquet. «Cela fait donc 30 ou 40 ans que la coordination globale est ma manière de voir les choses.»



Médecins d'un SISD = ceux d'un cercle?

A question simple, réponse simple: non. Sur ce plan, il existe une véritable liberté pour la création d'un SISD. Les médecins généralistes doivent y être représentés (avec, en sus, la place du président qui leur est dévolue), mais sans autre précision. Si cette liberté peut être séduisante à première vue, elle remet en cause la réelle représentativité d'un SISD couvrant une région incomplète pour cause de mésentente entre plusieurs cercles MG voisins. Dommage.

L'avantage du SISD de Charleroi est de pouvoir disposer de locaux de l'ancien Hôpital Gailly, et les différentes structures (y compris la garde MG) se trouvent sur un même étage, en étroite liaison. Pour l'ensemble, une cinquantaine de personnes sont employées sur ce site.

Le lien avec la deuxième ligne

Comment Michel Jacquet voit-il les SISD? «Pour moi, ce sont des structures devant intégrer pour moitié les institutions et, pour l'autre moitié, les divers prestataires de soins. Aucun de ces membres ne doit en avoir le contrôle total. Et cela ne peut fonctionner que si nous nous connaissons bien, et qu'il existe une confiance réciproque. Le SISD représente un endroit idéal pour que tout le monde se parle. Je ne connais pas d'autre endroit où la communication est aussi bonne. Y compris avec les hôpitaux, pour une bonne liaison avec la deuxième ligne dans le cadre, par exemple, de l'hospitalisation à domicile. Mon premier but est donc, actuellement, la communication entre la première ligne (et le Réseau santé wallon) et cette deuxième ligne. Nous avons d'ailleurs lancé deux projets pilotes d'HAD à Charleroi – sur l'oncologie et sur l'antibiothérapie. Le 3333 peut aider à communiquer en journée, en dehors de la période de garde MG.»

Des accords croisés

Y a-t-il des résistances, par exemple au niveau des hôpitaux? «Pas du tout», affirme Michel Jacquet. «La communication est aussi aisée avec le Réseau

On peut encore y ajouter les projets pilotes de réseaux locaux multidisciplinaires, les projets Psy107, ou encore des groupes de travail et autres commissions de l'AViQ. En fait, il n'existe par de liste exhaustive: rien n'empêche un SISD de couvrir les besoins éventuels en podologie, logopédie, ergothérapie, repas à domicile, transport de personnes, prêt de matériel, aides familiales... ■

Dr Claude Leroy

Et les perspectives d'évolution?

Ici et là, le rôle des SISD pourrait être étendu à l'organisation de formations multidisciplinaires, au soutien des divers métiers de la santé (y compris les services sociaux) ainsi que des associations locales de prestataires de secteur ambulatoire qui le souhaitent. L'Inter-SISD propose même que les SISD remplissent la fonction de centre d'études «pour les thématiques relevant de la première ligne de soins, dans ses dimensions pluridisciplinaire. Les études pourraient être réalisées tant de leur propre initiative que pour le compte de tiers, en collaboration avec l'ensemble du secteur».

Projets soins intégrés: la clé sous le paillasson en Flandre?

Cela couvait depuis un moment.

Le terrain a investi de l'énergie dans les projets pilotes «soins intégrés aux malades chroniques»... mais les interventions indispensables, du côté des autorités, tardent: clarifications autour du financement, création du dossier partagé... Les cercles flamands en ont assez. Domus Medica a envoyé une lettre bien sentie à Maggie De Block, Jo Vandeurzen [le ministre flamand de la Santé] et Ri De Ridder.

La lettre de protestation de Domus Medica a le soutien déclaré des cercles impliqués dans tous les projets pilotes soins intégrés de Flandre, soit une grosse dizaine de projets, et du cercle flamand de Bruxelles. L'organisation professionnelle prévient que l'enthousiasme des intéressés est «*en déclin*». C'est un coup de semonce qui est adressé aux autorités: «*Tandis qu'on attend l'arrêté royal soins intégrés, l'idée d'arrêter les projets fait explicitement son chemin dans de nombreuses régions*».

Domus Medica réclame avec insistance une réaction officielle aux questions et aux doutes des MG, que *Medi-Sphere* a régulièrement relayés ces derniers mois, dont, tenant le haut de l'affiche, l'incertitude financière.

Les cercles signataires de la lettre exigent un engagement clair des pouvoirs publics sur le plan du préfinancement. Ils désapprouvent le principe voulant que les partenaires des consortiums engagent leur propre responsabilité pour cette étape. Par ailleurs, l'actuelle enveloppe de 150.000 euros/an prévue, par projet, pour financer le coordinateur et les frais de fonctionnement ne suffit pas: Domus Medica demande au moins le double, pour pouvoir honorer les efforts des prestataires qui s'impliquent activement dans le projet.

L'association flamande estime qu'il faudrait également un soutien pour l'élaboration du plan de financement. Elle rappelle qu'il est nécessaire de développer un dossier patient informatisé opérationnel, de sorte à permettre le nécessaire partage d'informations entre les différents intervenants concernés. Enfin, elle aspire à une simplification du volet administratif: les généralistes impliqués dans un projet rapportent être soumis à des exigences administratives nombreuses et complexes, le tout sur fond de lignes directrices mouvantes, car en évolution permanente.

En conclusion, Domus Medica prie les autorités, en attendant la publication de l'AR, d'élaborer des solutions acceptables à ces divers problèmes.

Cet inventaire des points qui inquiètent ou fâchent n'est pas sans rappeler celui

émis il y a quelques mois par la FAGw, l'aile wallonne du FAG (MS n°546), et les échanges entre les cercles francophones et Ri De Ridder, en mai, à la faveur d'une soirée organisée à Namur. Pour mémoire, les participants à la rencontre avaient

globalement estimé que, si certaines zones de flou s'étaient dissipées, les limites (notamment budgétaires) du Plan soins intégrés apparaissaient avec plus de netteté. ■

J.M./M.L.



DIARRHÉE

Tasectan®

Tasectan® 250mg
Tannate de gélatine
Développé pour contrôler et réduire les symptômes de la DIARRHÉE
20 sachets
Poudre à usage pédiatrique

Tasectan® 500mg
Tannate de gélatine
Développé pour contrôler et réduire les symptômes de la DIARRHÉE
15 gélules

La solution rapide & naturelle contre la diarrhée

Pour toute la famille!*

Tasectan® et la vie reprend!

CE 0373 * Hors grossesse & allaitement

THERABEL

Les médicaments au domicile: plus vite périmés qu'on ne l'imagine?

La question peut surprendre, mais elle est légitime au regard de la réglementation et des contrôles qui s'opèrent auprès des grossistes et des pharmaciens.

Que faut-il penser des médicaments stockés dans l'armoire à pharmacie familiale, par exemple, même en respectant leur date de péremption?



Une institution hébergeant de nombreux adultes handicapés s'est vue remettre récemment un courrier intitulé «Avis très important concernant les retours» et signé par son pharmacien habituel. Son contenu soulève des questions pratiques pour l'institution: «La pharmacie n'échappe pas aux réglementations et, plus particulièrement dans notre domaine, à celles relatives à la traçabilité des produits. Avec de nouvelles procédures obligatoires concernant la conservation des médicaments, il nous est imposé un contrôle strict des températures en officine pour garantir la qualité des produits dispensés. Il ne nous sera dès lors plus possible de reprendre des produits sortis de l'officine et que vous nous retourniez jusqu'ici». Et le pharmacien, au téléphone, de signaler l'existence de contrôles et les précautions qu'il prend dans la livraison quotidienne des médicaments à l'institution «cliente», dont la climatisation de ses camionnettes.

25°, une douceur parfois limite

Si ces mesures peuvent sembler évi- dentes pour les produits injectables, les vaccins ou les sirops en tout genre, elles le sont moins pour les comprimés, tablettes et autres capsules sous blister et conservés à l'abri de la lumière. Pourtant, en faisant un *fast checking* des notices de différents médicaments, on trouve très souvent – mais pas toujours – une recommandation de température limite pour la conservation, qui se situe généralement à 25 ou à 30°. Alors, qu'en est-il chez le patient qui possède de grands conditionnements, ou de la pharmacie familiale qui contient par exemple des analgésiques et des anti-inflammatoires? Si la limite des 30° n'est (peut-être) pas trop souvent dépassée dans une pièce d'habitation, il en va tout autrement pour celle de 25°. Seule une analyse de chaque comprimé pourrait dire si tel médicament est encore efficace ou pas. Irréaliste, bien entendu.

L'AFMPS compétente en première ligne

L'essentiel de la réglementation en la matière est repris dans l'AR du 14 décembre 2006, la division Distribution de la DG Inspection de l'AFMPS ayant parmi ses compétences «le contrôle des obligations légales des titulaires d'autorisation de distribution de médicaments» et tout particulièrement «la conformité aux bonnes pratiques de distribution (*Good Distribution Practices* ou GDP)». D'après l'AFMPS, «le chapitre relatif au stockage insiste par exemple sur l'obligation pour les distributeurs de stocker les médicaments (...) dans des conditions les protégeant de toute détérioration comme la lumière ou l'humidité, mais également la température. Ainsi, les médicaments doivent toujours être stockés dans les conditions prévues par le fabricant, mentionnées sur l'emballage externe». Force est pourtant de constater que ce genre de mention fait souvent défaut sur les boîtes, qui invitent alors simple-

ment à «lire la notice avant utilisation» - donc, à ouvrir les boîtes. D'autre part, ajoute l'AFMPS, «le chapitre concernant le transport mentionne également que les conditions de température soient maintenues dans les limites prévues. Ici aussi, des exigences spécifiques sont mentionnées (comme qualification des équipements utilisés et audits des sous-traitants)».

Des contrôles, et une réalité

«Des inspections régulières de routine sont réalisées par les inspecteurs de l'AFMPS, sur base d'une analyse de risques, afin de vérifier la conformité des titulaires d'autorisations aux exigences légales», ajoute encore l'Agence. Quoiqu'il en soit, un petit sondage informel nous révèle que, pour faire plaisir à leurs clients, des pharmaciens reprennent encore des boîtes de médicaments qui leur ont été vendues mais pas utilisées (pour cause de changement du traitement, etc.). Ils sont de bonne foi, mais...

des médicaments, le cas échéant. Ceux-ci sont délivrés par les pharmaciens d'officine selon des modalités fixées par l'AR du 21 janvier 2009, notamment: 'Il est organisé une présence du pharmacien qui délivre les médicaments, les dispositifs médicaux et les matières premières. Ces services comprennent la délivrance ainsi que la fourniture d'informations relatives à la qualité, la sécurité et l'efficacité de l'usage de ces produits. Ces informations sont destinées tant aux prescripteurs et au personnel soignant de la maison de repos qu'au patient, sa famille ou son mandataire. Le pharmacien assure une délivrance journalière. En outre, en présence du pharmacien, la procédure hebdomadaire d'évaluation des conditions de conservation des produits délivrés est assurée». Et d'ajouter que les maisons de repos sont inspectées par les Régions et doivent répondre aux législations régionales...

Autres institutions = MRS

L'institution hébergeant des handicapés doit être considérée, sur le plan de la gestion des médicaments, comme une maison de repos: «Toute personne hébergée dans une MRS non rattachée à une institution hospitalière desservie par une pharmacie, dans une MR agréée pour personnes âgées, dans un home pour personnes invalides, dans une maison de soins psychiatriques, dans une initiative d'habitation protégée, dans une institution pénitentiaire, dans un centre de psychiatrie légale, dans un centre d'accueil pour demandeurs d'asile ou dans un home de placement d'enfants est considérée comme une personne vivant en communauté. La même législation que pour les MR leur est applicable pour la délivrance des médicaments par les pharmaciens d'officine».

Dr Claude Leroy

Qu'en retenir?

1. La date de péremption d'un médicament doit être considérée comme toute théorique en fonction des conditions de sa conservation – surtout au domicile familial.
2. Les généralistes officiant comme médecins coordonnateurs en MRS et autres institutions assimilables feraient bien de vérifier que tout y est bien géré en fonction des législations fédérales et régionales.

Il faut encore savoir que cette réglementation vise également des produits auxquels on pense moins, à savoir les pansements et compresses stériles, qui abondent parfois dans la pharmacie familiale.

Sixième réforme de l'Etat, again and again...

Les maisons de repos et autres institutions non hospitalières sont-elles à considérer comme des structures professionnelles qui délivrent des médicaments? Non, elles les administrent, d'après l'AFMPS: «Les maisons de repos ne sont pas considérées comme des distributeurs de médicaments. En effet, elles font partie de communautés qui hébergent des personnes à qui sont administrés

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 notoire: 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 notoire: 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. Duloxetine 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 Duloxetine 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:* Duloxetine 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). Duloxetine 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 Duloxetine 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 prescrire 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-amine oxydase (IMAO) 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 Duloxetine 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 Duloxetine 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 (≥ 1/1 000, < 1/100), rare (≥ 1/10 000, < 1/1 000), très rare (< 1/10 000). 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, SIADH⁸. *Affections psychiatriques:* Fréquent: insomnie, agitation, baisse de la libido, anxiété, orgasmes anormaux, rêves anormaux. Peu fréquent: idées suicidaires^{5,7}, troubles du sommeil, bruxisme, désorientation, apathie. Rare: comportements suicidaires^{5,7}, manie, hallucinations, agressivité et colère⁴. *Affections du système nerveux:* Très fréquent: céphalées, somnolence. Fréquent: sensations

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.



vertigineuses, léthargie, tremblements, paresthésies. **Peu fréquent:** myoclonies, akathisie⁹, nervosité, trouble de l'attention, dysgueusie, dyskinésie, syndrome des jambes sans repos, sommeil de mauvaise qualité. **Rare:** syndrome sérotoninergique⁸, convulsions¹, agitation psychomotrice⁸, symptômes extrapyramidaux⁸. *Affections oculaires:* Fréquent: vision floue. **Peu fréquent:** mydriase, troubles visuels. **Rare:** glaucome. *Affections de l'oreille et du labyrinthe:* Fréquent: acouphènes¹. **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:** syncope², hypertension⁷, hypotension orthostatique², froidure des extrémités. **Rare:** Crise hypertensive⁸. *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-intestinale¹, gastro-entérite, éructation, gastrite, dysphagie. **Rare:** stomatite, émission de sang dans les selles, halitose, collite microscopique⁸. *Affections hépatobiliaires:* **Peu fréquent:** hépatite, augmentation des enzymes hépatiques (ALAT, ASAT, phosphatases alcalines), atteinte hépatique aiguë. **Rare:** insuffisance hépatique⁸, ictère⁸. *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-Johnson⁸, oedème de Quincke⁸. Très rare: Vascularite 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: chutes⁸, fatigue. **Peu fréquent:** douleur thoracique⁷, 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. ¹ Des cas de convulsions et d'acouphènes ont également été rapportés après arrêt du traitement. ² Des cas d'hypotension orthostatique et de syncope ont été rapportés particulièrement en début de traitement. ⁴ Des cas d'agressivité et de colère ont été rapportés en particulier en début de traitement ou après son arrêt. ⁵ Des cas d'idées suicidaires et de comportements suicidaires ont été rapportés durant le traitement par la duloxétine ou juste après son arrêt. ⁶ Fréquence estimée sur la base des effets indésirables rapportés lors de la surveillance après commercialisation ; non observés dans les essais cliniques contrôlés versus placebo. ⁷ Pas de différence statistiquement significative par rapport au placebo. ⁸ Les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets âgés (≥ 65 ans). ⁹ Fréquence estimée sur la base des données de tous les essais cliniques. *c. 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 IRSR 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: <http://www.afmps.be>, e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE:** Generics [UK] Limited, Station Close, Potters Bar, Hertfordshire, EN6 1TL, Royaume-Uni. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION(S) DE MISE SUR LE MARCHE:** 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

Pour une médecine générale «à l'écoute»

Proche de la retraite, Pierre Gontier a vu le métier profondément muer en quarante ans de pratique. Pour ses jeunes pairs, ce toubib-acupuncteur bruxellois s'inquiète du lendemain.

«**D**ès les primaires», Pierre Gontier a su qu'il serait MG. A la petite école de quartier de Gilly, «notre institutrice nous avait interrogés sur ce qu'on allait faire plus grands. Après lui avoir répondu 'docteur', j'ai piqué un fard parce qu'elle m'a dit qu'elle viendrait à ma consultation». Cette certitude précoce, le Carolo la traduira en réalité. Sans dévier d'un pouce malgré coups du sort, revers et des origines extrêmement modestes.

Elevé à l'ombre des terrils dans le cercle familial paternel proche, Pierre est vite bilingue: grand-mère et oncle parlent le patois de Lubbeek (Leuven-Tienen). Fleuristes, ces marchands de quatre saisons cultivent des bottes de tulipes, narcisses, dahlias pompons... en serre et terre. Pour faire bouillir la marmite. Lui, l'école lui sied. «Sans rien faire, plutôt timide et passant pour l'enfant sage, j'étais 1^{er} de classe.»

Impairs et chocs

Ses camarades sont quasi tous italiens, grecs et même slovaque. Leurs parents sont tous mineurs. Par la suite, «j'ai mesuré ma chance d'être accepté dans le meilleur collège de Charleroi». Chez les Jésuites du Sacré-Cœur, où se bousculent aristos, grande bourgeoisie et élites, Pierre Gontier apprend d'abord à digérer les chocs culturels et de classes. Mais aussi les subtiles variations dans l'étendue du savoir, le comportement, la discipline, les manières de penser, de raisonner, d'argumenter, de convaincre. Surtout, il lui faut digérer impairs, maladroitness et certaines profondes humiliations liées à son statut, à la marginalité. «Ça forge un caractère. Les Pères, je leur dois énormément: ouverture d'horizon, bienveillance, compréhension. J'ai aussi beaucoup bossé. Chez moi, au mieux, on m'entretenait secrétaire, assis avec une plume, ne se salissant pas les mains.» Malgré une longue hospitalisation pour tuberculose lui faisant redoubler sa 6^e, il boucle ses latines, 'prix du mérite' en poche.

«Plus qu'une blouse blanche»

Sachant saisir les chances au bond, le fils unique - émancipé par un conseil de famille salutaire - enchaîne médecine à Namur et Bruxelles. «J'avais gardé l'idée de la médecine car je voulais exercer en MG humanitaire en Afrique. Glorieuse, la MG était une évidence. Même si j'ai compris qu'être médecin c'était bien davantage qu'enfiler une blouse blanche.»

Boursier récurrent, «je bossais aussi à la Croix-Rouge, place Brugmann, pour arrondir nos fins de mois. En 2^e candi - la seule bissée -, je m'étais en effet marié; j'avais un premier fils.»



«Des évolutions, j'en ai vues. On évolue soi-même», explique le Dr Gontier

Chapelles

En 1976, enchaîner les antinomiques FNDP-Namur et ULB interpelle. Un jour, en stage hospitalier, «une sommité en chirurgie me questionne sur le nom d'une des artères qu'il soulevait tour à tour pour nous interroger tous». Fièrément, l'étudiant Gontier avance «artère thyro-cervico-linguo-faciale» pour ce qu'on appelle ici communément artère innommée. Manifestement énervé, le pontre triture, clampe, suture de plus belle. «N'y tenant plus, il s'est tourné vers moi: 'Ce n'est pas untel qui a pu vous apprendre cela. Où avez-vous fait vos candidis?' En apprenant que je venais de Namur-la-catho, furieux, il m'a viré de la salle d'op'. J'avais choisi l'ULB parce que le libre examen me parlait. J'ai dû déchanter: c'était une autre... chapelle.»

Fin '81, les débuts professionnels sont durs. «J'ai eu jusqu'à 8 postes financiers: petite pratique MG à Watermael-Boitsfort, d'autres en polyclinique et maison de repos; Croix-Rouge, collectif de consultations en soirées, etc. J'ai jonglé avec ça quelques années. Ce n'était pas ça mon rêve. Je voulais exercer à Pont-de-Loup (Fleurus-Charleroi). Mais ma femme était en larmes: terrils, Pays noir, c'était trop.»

Dans les années 90, «j'ai lâché la Croix-Rouge, et vers 2000 la polyclinique où il y avait un monde fou. C'était de l'abattage, très loin de mes idées». Pour lui, la médecine générale doit être humaniste, l'écoute doit primer.

«Aujourd'hui, on voit énormément de psychosomatiques médico-dépendants: 'Dr, je suis fatigué, je n'ai pas de raison'. Beaucoup de plaintes sont liées au travail, une vie inintéressante, un manque de sens. Les conditions d'exercice de notre métier sont de plus en plus difficiles. La société se décharge sur nous d'un tas de rôles. Nous ne sommes pas des assistants sociaux, mais nous jouons un rôle social capital.»

Philippe Golard

Stétho et... aiguilles

Se rendant compte que «tout un tas de patients échappait» à sa pratique classique, ce cartésien «passionné de migraines mal évaluées» a voulu dépasser les remèdes aux dérivés d'ergot de seigle. A l'ABMA, plus vieille école médicale d'acupuncture d'Europe, Pierre Gontier a aligné 3 années pour devenir MG acupuncteur. «J'ai été séduit par l'approche entre confrères. Pour moi, MG et acupuncture sont deux médecines parallèles. Dans mes consultations, je ne m'impose pas à mes patients allopathes. Plutôt à la demande depuis 20 ans, après avoir fait le tri. Il faut écarter les illuminés qui croient dur comme fer que l'acupuncture seule guérit les cancers.»

Agrandie, la famille déniché enfin le lieu idéal, chaussée de St-Job, à Uccle. Voilà 35 ans que le MG y a déposé trousse et stéthoscope. «J'ai fait mes débuts dans une cuisine-cave; bricoleur, je l'ai transformée en cabinet. Ma patientèle était alors mixte: personnes très modestes et gens habitant des villas avec piscine. Il n'y avait pas encore toute l'immigration européenne», celle attirée par le Lycée français, exil anti-ISF, etc.

Perte de sens

Aujourd'hui, le quartier s'est singulièrement 'bobo-isé'. La pratique a radicalement changé. «Des évolutions, j'en ai vues. On évolue soi-même.» Ainsi, «la forte densité médicale a complètement disparu ici».

Plongeur...

«J'ai découvert la plongée voici 20 ans au cours d'une initiation lors de vacances en camping dans le Midi. Je ne la pratique plus qu'en eaux chaudes. Sous l'eau, je 'poubelle': je remonte déchets, bouteilles plastiques, etc. Un jour, j'ai remonté une vieille boîte de conserve. Le moniteur l'a balancée: c'était une grenade...»

Réforme hospitalière: les pédiatres réclament le maintien des structures adaptées dans les hôpitaux

L'Association professionnelle belge des pédiatres réclame le maintien de structures pédiatriques dans les hôpitaux spécialisés et de référence, a-t-elle annoncé le 6 juin dans un memorandum publié dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier envisagée par le gouvernement fédéral.

Selon l'association, la réalité de l'activité pédiatrique hospitalière ne semble pas toujours comprise. Ainsi, si le taux d'occupation des lits n'est que de 50% en moyenne, il cache d'importantes variations saisonnières, souvent imprévisibles.

«Tous les hivers, des services de pédiatrie sont saturés et doivent transférer les enfants malades vers d'autres hôpitaux parfois éloignés», relève le Dr Michel Pletinckx, président de l'association. «Il est donc

indispensable de tenir compte de l'occupation hivernale pour juger si des lits sont oui ou non superflus. Une incapacité d'hospitaliser des enfants en cas d'épidémie serait une catastrophe.»

Par ailleurs, de plus en plus d'enfants séjournent en hospitalisation de

jour, poursuit l'association. «Les autorités désirent augmenter les hospitalisations médicales de jour mais ne prennent aucune disposition financière pour les encourager. Cette activité doit en tout cas être additionnée à celle de l'hospitalisation classique», insiste-t-on dans un memorandum.

Au niveau des services d'urgence, la présence des pédiatres permet une amélioration de la prise en charge des enfants et une économie en examens complémentaires, estime l'association, qui ajoute que le fonctionnement correct d'une maternité ne peut être assuré sans la présence d'un service de pédiatrie. ■

Tout forfaitaire: sans conséquence?

L'e principe de forfaits prospectifs tel qu'introduit maintenant dans les soins standardisés à faible variabilité minera la qualité et l'accessibilité des soins à terme. C'est ce qui se dit dans les cercles de l'Absym. En jetant tout dans un honoraire forfaitaire, l'accréditation et l'honoraire d'urgence (nuit, week-end) disparaissent des honoraires. «Pourquoi encore vouloir continuer à se former s'il n'y a plus d'incitant pour l'accréditation? Pourquoi encore aller voir une patiente en pleine nuit qui a des douleurs dans le flanc droit?» Selon l'Absym, dans le système d'un honoraire forfaitaire sans aucun incitant, il y aura davantage de risques que le chirurgien, le gynécologue ou l'infirmier aux urgences dise 'Prenez un antidouleur'. Point final! «Et cela pourrait bien avoir des retombées», met en garde le syndicat. «La Belgique obtient toujours de jolis scores en matière d'accessibilité aux soins, mais la question est de savoir si cela va durer!» ■ **P.S.**



Thérapie combinée d'oméga-3 (topique et orale) en cas d'œil sec

REMOGEN® OMEGA:

- agit sur les trois couches du film lacrymal
- hypoosmolaire
- en cas d'œil sec
- en cas d'irritation oculaire
- compatible avec le port de lentilles de contact
- sans conservateur



Code APB: 2999-837

Complément alimentaire :

- à base d'acides gras oméga-3 et de vitamine E
- les acides gras oméga-3 EPA et DHA contribuent à une fonction cardiaque normale
- le DHA contribue au maintien d'une vision
- et d'une fonction cérébrale normales



Code APB: 3460-367
NUT_AS959/2

TRB CHEMEDICA

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

■ LE «535» À OVERIJSE ■

Investir encore plus dans le bien-être des médecins et des patients



Les cabinets de médecine générale modernes ne se bornent pas à exploiter les moyens technologiques actuels pour améliorer leur efficacité: ils sont aussi aménagés pour le plaisir des yeux. Jusqu'à l'été dernier, Dirk Devroey et Karolien Vantomme exerçaient à leur domicile privé, où ils se partageaient un cabinet commun. Lorsque l'occasion s'est présentée de transformer un bâtiment situé quelques centaines de mètres plus loin, les deux généralistes n'ont pas hésité.

Séduire dès le premier regard

Leur nouveau cabinet, légèrement en retrait le long de la route régionale reliant Bruxelles à Overijse, mérite amplement d'être vu... et il ne manque d'ailleurs pas d'attirer les regards. «Depuis que nous avons emménagé ici, j'ai nettement plus de patients», nous confie le Dr Van-

Créatif et accessible

Le 30 septembre prochain se tiendra une journée 'Cabinets Ouverts', à l'initiative de l'organisation de MG flamande Domus Medica. Le principe? Permettre aux confrères de pénétrer, le nez en l'air, dans plusieurs structures ayant pris des mesures concrètes pour abaisser le seuil d'accès à la médecine générale. Medi-Sfeer, pendant flamand de Medi-Sphere, est parti en éclaireur pour explorer quelques-uns de ces cabinets innovants en avant-première...

tomme. «J'ai l'impression que les gens sont attirés par l'esthétique architecturale de notre cabinet... et comme un certain nombre de confrères de la région sont en passe de réduire leur activité ou de partir à la retraite, pas mal de patients sont à la recherche d'un nouveau généraliste.» Heureusement, elle-même et le Dr Devroey ne sont plus tout seuls pour absorber cet afflux de malades, puisqu'un troisième généraliste est aujourd'hui venu les rejoindre. Sam Aerts occupe l'un des trois cabinets de consultation prévus dans le bâtiment.

«En dépit d'un emploi du temps bien chargé, notre travail est devenu beaucoup plus agréable», poursuit Karolien Vantomme. «Un beau cabinet est attractif non seulement pour les patients, mais aussi pour le médecin.» Elle désigne d'un geste de la main l'aménagement de la pièce: une haute fenêtre laisse abondamment entrer la lumière du jour, flanquée d'un store en coton blanc qui

garantit toute la discrétion voulue et compense la ligne épurée du mobilier par une touche plus chaleureuse. Le fait de disposer d'un comptoir d'accueil avec une employée administrative/assistante de pratique est une autre amélioration majeure pour les médecins, qui n'ont désormais plus à se soucier de l'administration, du téléphone ou de l'encodage des derniers dossiers papier.

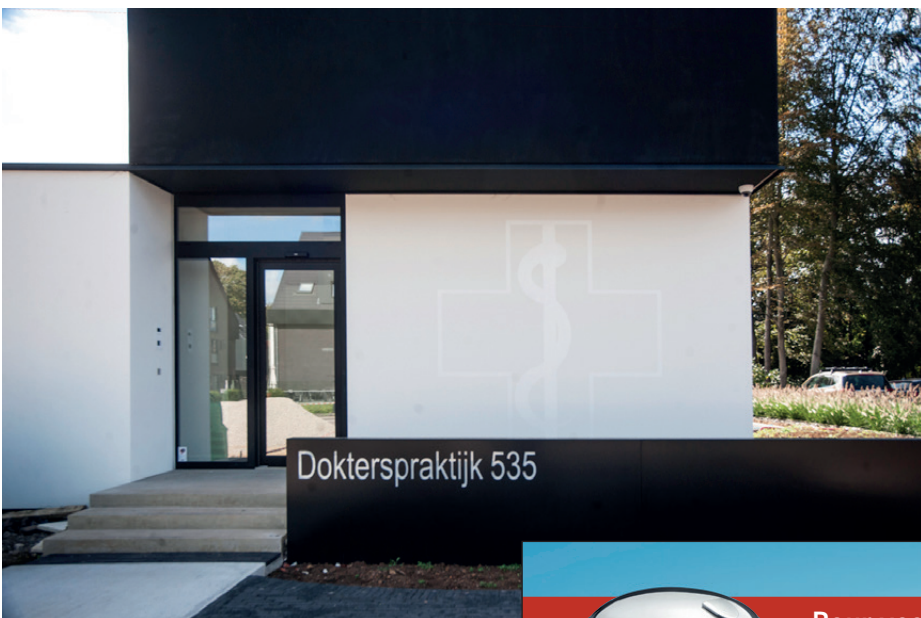
Un cabinet (presque) énergétiquement neutre

Les patients accèdent au 535 par une porte en verre coulissante dont l'ouverture automatique est contrôlée par un capteur. Le hall d'entrée s'étale en hauteur jusqu'au plafond du dernier étage, où de larges baies vitrées contribuent à renforcer encore l'impression de lumière et d'espace. La salle d'attente est installée tout au fond, au-delà du comptoir d'accueil et des cabinets proprement dits; sa porte-fenêtre donne sur une jolie pièce

d'eau égayée de fontaines. «Alors que les cabinets d'autrefois devaient simplement abriter le matériel nécessaire, les temps ont bien changé», souligne le Dr Devroey. «Le patient attend aujourd'hui un certain confort – une télévision dans la salle d'attente, par exemple. Ce genre d'accessoire consomme évidemment un peu d'électricité en plus, mais grâce à une excellente

Souriez pour la photo!

En ce qui concerne la sécurité, l'équipe du 535 dispose, en sus des caméras de surveillance, d'un bouton panique dans tous les cabinets. Il suffit de l'activer pour déclencher l'alarme du bâtiment et avertir automatiquement les trois autres membres de l'équipe sur leur GSM. La possibilité de payer par carte ou par app permet aussi de limiter la quantité d'argent comptant présente sur place. Enfin, chaque visiteur qui sonne à la porte est non seulement filmé mais aussi pris en photo.



isolation, une pompe à chaleur et des panneaux solaires, le bâtiment est heureusement quasi neutre sur le plan énergétique.» D'autres mesures ont également été prévues pour minimiser la consommation d'énergie. La porte-fenêtre de la salle d'attente, par exemple, dispose d'un encadrement en béton très profond qui lui permet d'être exposée le moins possible au soleil au plus chaud de l'été, ce qui rend superflu un système d'air conditionné.

Contrôle par smartphone

Dirk Devroey ouvre la porte de ce qui s'avère être une véritable salle des machines, où est installé l'appareillage contrôlant les panneaux solaires, l'éclairage LED, la domotique, les caméras qui surveillent les couloirs et l'extérieur du bâtiment, etc. Il y a même un routeur

Une balise pour le patient

«Un cabinet comme le nôtre est pour le patient un point de référence durable», souligne Karolien Vantomme. «Si l'un de nous décide de réduire son activité, la continuité reste assurée puisque l'adresse et le reste de l'équipe restent les mêmes. Pour le médecin, le fait d'avoir un cabinet extérieur à son domicile permet aussi de mieux séparer travail et vie privée. Tant que nous travaillons de chez nous, nous étions sans cesse tentés de contrôler nos e-mails en-dehors des heures de travail et de régler tel ou tel problème qui aurait parfaitement pu attendre le lendemain.»

spécifique pour la centrale téléphonique, entièrement programmable. De nombreux éléments peuvent également être actionnés ou contrôlés par smartphone interposé – un système qui permet par exemple de vérifier depuis n'importe quel endroit du monde quelles pièces sont occupées ou d'éteindre la lumière à distance si le dernier à quitter les lieux n'y a pas pensé.

Possibilités d'expansion

Et l'été? Il abrite actuellement une cuisine/salle de réunion avec une

jolie vue sur le jardin voisin, ainsi qu'une chambre à coucher pour le médecin de garde. «Nous n'en aurons probablement plus besoin si notre région se dote d'un poste de garde», observe le Dr Devroey, sans toutefois se prononcer sur la réaffectation de la pièce. «Nous n'avons pas l'intention d'élargir notre équipe pour l'instant, mais la possibilité existe. Le bâtiment peut d'ailleurs encore être agrandi, puisque l'étage ne couvre actuellement qu'une partie de la surface au sol. Le reste n'est qu'un toit plat.» ■

Dr Michèle Langendries

www.dokterspraktijk535.be

Pour vos patients atteints de diabète de type 2

forxiga
(dapagliflozin)

UNE NOUVELLE FAÇON DE
CONTRÔLER L'HYPERGLYCÉMIE
AVEC DES BÉNÉFICES ADDITIONNELS*, 1-5



▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique "Effets indésirables" pour les modalités de déclaration des effets indésirables. 1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : Forxiga 5 mg, comprimés pelliculaires ; Forxiga 10 mg, comprimés pelliculaires. 2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE : Forxiga 5 mg : chaque comprimé contient du propylène glycol monohydraté de dapagliflozine équivalent à 5 mg de dapagliflozine. Excipient à effet notoire : Chaque comprimé contient 25 mg de lactose anhydre. Forxiga 10 mg : chaque comprimé contient du propylène glycol monohydraté de dapagliflozine équivalent à 10 mg de dapagliflozine. Excipient à effet notoire : Chaque comprimé contient 50 mg de lactose anhydre. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique "Liste des excipients" du RCP. 3. FORME PHARMACEUTIQUE : Comprimé pellicule (comprimé). Forxiga 5 mg : comprimés pelliculaires, jaunes, biconvexes, ronds, d'un diamètre de 0,7 cm avec « 5 » gravé sur une face et « 1427 » gravé sur l'autre face. Forxiga 10 mg : comprimés pelliculaires, jaunes, biconvexes, en forme de losange, d'approximativement 1,1 x 0,8 cm de diagonale, avec « 10 » gravé sur une face et « 1428 » gravé sur l'autre face. 4. DONNÉES CLINIQUES : 4.1. Indications thérapeutiques : Forxiga est indiqué chez les adultes âgés de 18 ans et plus atteints de diabète de type 2 pour améliorer le contrôle glycémique, en Monothérapie. Lorsqu'un régime alimentaire et l'exercice physique seuls ne permettent pas d'obtenir un contrôle glycémique adéquat chez les patients pour lesquels l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance. Association thérapeutique : En association avec d'autres médicaments hypoglycémisants incluant l'insuline, lorsque ces derniers, combinés à un régime alimentaire et à l'exercice physique, ne permettent pas d'obtenir un contrôle glycémique adéquat (voir rubriques "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi", "Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions" et "Propriétés pharmacodynamiques" du RCP pour les données disponibles sur les différentes associations). 4.2. Posologie et mode d'administration : Posologie : Monothérapie et association thérapeutique : La dose recommandée est 10 mg de dapagliflozine une fois par jour en monothérapie et en association avec les autres médicaments hypoglycémisants incluant l'insuline. Lorsque la dapagliflozine est utilisée en association avec l'insuline ou un schéma posologique d'insuline, comme les sulfamides hypoglycémisants, une dose plus faible d'insuline ou d'un schéma posologique d'insuline peut être envisagée pour réduire le risque d'hypoglycémie (voir rubriques "Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions" du RCP et "Effets indésirables"). Populations particulières : Insuffisance rénale : L'efficacité de dapagliflozine dépend de la fonction rénale et l'efficacité est réduite chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée et vraisemblablement absente chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère. Forxiga n'est pas recommandée chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée à sévère (patients avec une clairance de la créatinine [ClCr] < 60 ml/min ou avec un taux de filtration glomérulaire estimé [TFGe] < 60 ml/min/1,73 m², voir rubriques "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" du RCP, "Effets indésirables", "Propriétés pharmacodynamiques" et "Propriétés pharmacocinétiques" du RCP). Aucun ajustement de la posologie n'est indiqué chez les patients atteints d'une insuffisance rénale légère. Insuffisance hépatique : Aucun ajustement de la posologie n'est nécessaire chez les patients atteints d'insuffisance hépatique légère ou modérée. Chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère, la dose initiale recommandée est 5 mg. Si le traitement est bien toléré, la dose peut être augmentée à 10 mg (voir rubriques "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" et "Propriétés pharmacocinétiques" du RCP). Sujets âgés (≥ 65 ans) : En général, aucun ajustement de la posologie n'est recommandé selon l'âge. La fonction rénale et le risque de déplétion volumétrique doivent être pris en compte (voir rubriques "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" et "Propriétés pharmacocinétiques" du RCP). En raison d'une expérience thérapeutique limitée chez les patients âgés de 75 ans et plus, l'initiation d'un traitement par la dapagliflozine n'est pas recommandée. Population pédiatrique : La tolérance et l'efficacité de dapagliflozine chez les enfants âgés de 0 à < 18 ans n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Mode d'administration : Forxiga peut être pris par voie orale, une fois par jour, à tout moment de la journée, au cours ou en dehors des repas. Les comprimés doivent être avalés entiers. 4.3. Contre-indications : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique "Liste des excipients" du RCP. 4.4. Effets indésirables : Résumé du profil de sécurité : Dans le cadre d'une analyse poolée prospective de 13 études contrôlées versus placebo, 2 360 patients ont été traités par dapagliflozine 10 mg et 2 295 par placebo. L'effet indésirable le plus fréquemment rapporté était l'hypoglycémie, qui dépendait du traitement initial utilisé dans chaque étude. La fréquence des épisodes hypoglycémiques mineurs était similaire entre les groupes de traitement, incluant le placebo, avec des exceptions pour les études en association avec les sulfamides hypoglycémisants et en association avec l'insuline. Un taux plus important d'hypoglycémie a été observé dans les associations thérapeutiques avec les sulfamides et l'association à l'insuline (voir Hypoglycémie ci-dessous). Liste tabulée des effets indésirables : Les effets indésirables suivants ont été identifiés dans les essais cliniques contrôlés versus placebo. Aucun ne s'est révélé dose-dépendant. Les effets indésirables mentionnés ci-dessous sont classés par fréquence et par classe de systèmes d'organes (SOC). Les différentes catégories de fréquence adoptent la convention suivante : très fréquent (≥ 1/10), 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). Tableau 1. Effets indésirables issus d'études contrôlées versus placebo* : Classe de systèmes d'organes : Infections et infestations : Fréquent : Vulvovaginite, balanite et infections génitales associées^{1a-c} ; Infection des voies urinaires^{1a-d} ; Peu fréquent : Infection fongique¹. Classe de systèmes d'organes : Troubles du métabolisme et de la nutrition : Très fréquent : Hypoglycémie (quand utilisée avec SU ou insuline)¹ ; Peu fréquent : Déplétion volumétrique^{1a-c} ; Soif¹ ; Rare : Acidocétose diabétique¹. Classe de systèmes d'organes : Affections du système nerveux : Fréquent : Sensations vertigineuses. Classe de systèmes d'organes : Affections gastrointestinales : Peu fréquent : Constipation¹ ; Sécheresse buccale¹. Classe de systèmes d'organes : Affections musculo-squelettiques et systémiques : Fréquent : Douleur dorsale¹. Classe de systèmes d'organes : Affections du rein et des voies urinaires : Fréquent : Dysurie¹ ; Polyurie¹ ; Peu fréquent : Nycturie¹. Altération de la fonction rénale¹. Classe de systèmes d'organes : Affections des organes de reproduction et du sein : Peu fréquent : Prurit vulvaire¹ ; Prurit génital¹. Classe de systèmes d'organes : Investigations : Fréquent : Augmentation de l'hématocrite¹ ; Diminution de la clairance rénale de la créatinine¹ ; Dyslipidémie¹ ; Peu fréquent : Élévation de la créatinémie^{1a-c} ; Élévation de l'urémie¹ ; Perte de poids¹. * Le Tableau présente des données recueillies sur 24 semaines (court terme), n'excluant pas l'administration d'un traitement antidiabétique de secours. ^{1a} Voir paragraphe correspondant ci-dessous pour plus d'informations. La vulvovaginite, la balanite et les infections génitales associées incluent, par exemple les termes recommandés préférentiels : infection mycosique vulvovaginale, infection vaginale, balanite, infection génitale fongique, candidose vulvovaginale, vulvovaginite, balanite candidosique, candidose génitale, infection génitale masculine, infection génitale, infection génitale masculine, infection pénienne, vulvite, vaginite bactérienne, abcès vulvaire. ^{1b} Infection des voies urinaires inclut les termes préférés suivants, mentionnés par ordre de fréquence rapportée : infection des voies urinaires par Escherichia coli, infection des voies urinaires, pyélonéphrite, trigonite, uréthrite, infection rénale et prostatite. ^{1c} La déplétion volumétrique regroupe, par exemple, les termes recommandés préférentiels suivants : déshydratation, hypovolémie, hypotension. ^{1d} La polyurie regroupe les termes préférés suivants : polyakiurie, polyurie, augmentation du volume urinaire. ^{1e} Les variations moyennes par rapport à la valeur initiale de l'hématocrite étaient 2,30% pour dapagliflozine 10 mg versus 0,33% pour le placebo. Des valeurs de l'hématocrite > 55% ont été rapportées chez 1,3% des sujets traités par dapagliflozine 10mg versus 0,4% des sujets recevant le placebo. ^{1f} La variation moyenne en pourcentage par rapport à la valeur initiale pour la dapagliflozine 10 mg versus placebo, respectivement, était : cholestérol total 2,5% versus 0,0% ; HDL cholestérol 6,0% versus 2,7% ; LDL cholestérol 2,9% versus -1,0% ; triglycérides -2,7% versus -0,7%. Voir la rubrique "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" du RCP. ^{1g} Rapportés chez ≥ 2% des sujets et chez ≥ 1% des sujets avec au moins 3 sujets de plus dans le groupe traité par la dapagliflozine 10 mg par rapport au groupe placebo. ^{1h} Rapportés par l'investigateur comme possiblement relié, probablement relié ou relié au traitement de l'étude et rapportés chez ≥ 0,2% des sujets et ≥ 0,1% chez au moins 3 sujets de plus dans le groupe traité par dapagliflozine 10 mg par rapport au groupe placebo. Description de certains effets indésirables : Hypoglycémie : La fréquence de l'hypoglycémie dépendait du type de traitement initial utilisé dans chaque étude. Pour les études de la dapagliflozine en monothérapie, en association à la metformine ou en association à la sitagliptine (avec ou sans metformine), la fréquence des épisodes mineurs d'hypoglycémie s'est avérée similaire (≤ 5%) entre les groupes de traitement, y compris le placebo jusqu'à 102 semaines de traitement. Dans toutes les études, les événements majeurs d'hypoglycémie ont été peu fréquents et comparables entre les groupes traités par la dapagliflozine ou le placebo. Les études en association aux sulfamides hypoglycémisants et aux traitements par insuline avaient des taux plus élevés d'hypoglycémie (voir rubrique "Interactions avec d'autres médicaments et autres formes d'interactions" du RCP). Dans une étude en association au glimépiride, aux semaines 24 et 48, des épisodes mineurs d'hypoglycémie ont été rapportés plus fréquemment dans le groupe traité par dapagliflozine 10 mg et glimépiride (6,0% et 7,9%, respectivement) que chez les patients ayant reçu le placebo et le glimépiride (2,1% et 2,1%, respectivement). Dans une étude en association à l'insuline, des épisodes d'hypoglycémie majeure ont été rapportés, respectivement aux semaines 24 et 104, chez 0,5% et 0,5% du groupe de patients traités par dapagliflozine 10 mg et insuline, et chez 0,3% du groupe de patients traités par placebo et insuline aux semaines 24 et 104. Aux semaines 24 et 104, des épisodes mineurs d'hypoglycémie ont été rapportés respectivement chez 40,3% et 53,1% des patients ayant reçu dapagliflozine 10 mg et insuline et chez 34,0% et 41,6% des patients ayant reçu le placebo et insuline. Dans une étude en association à la metformine et à un sulfamide hypoglycémiant conduite jusqu'à 24 semaines, aucun épisode d'hypoglycémie majeure n'a été rapporté. Des épisodes mineurs d'hypoglycémie ont été rapportés chez 12,8% des sujets qui ont reçu la dapagliflozine 10 mg plus metformine et un sulfamide hypoglycémiant et chez 3,7% des sujets qui ont reçu un placebo plus metformine et un sulfamide hypoglycémiant. Déplétion volumétrique : Des effets associés à une déplétion volumétrique (y compris, des cas de déshydratation, d'hypovolémie ou d'hypotension) ont été rapportés chez 1,1% et 0,7% des patients ayant reçu respectivement la dapagliflozine 10 mg et le placebo. Des réactions graves sont survenues chez < 0,2% des patients, et se sont réparties de manière équilibrée entre les patients traités par dapagliflozine 10 mg et le placebo (voir rubrique "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" du RCP). Vulvovaginite, balanite et infections génitales associées : Des cas de vulvovaginite, de balanite et d'infections génitales associées ont été rapportés respectivement chez 5,5% et 0,8% des patients ayant reçu dapagliflozine 10 mg et le placebo. La plupart des infections étaient légères à modérées, et les patients ont répondu à un traitement standard initial et ont rarement entraîné l'arrêt du traitement par dapagliflozine. Ces infections ont été plus fréquentes chez les femmes, et les patients ayant un antécédent étaient plus susceptibles d'avoir une infection récurrente. Infections des voies urinaires : Les infections des voies urinaires ont été plus fréquemment rapportées chez les patients ayant reçu dapagliflozine 10 mg comparativement au placebo (respectivement, 4,7% versus 3,5%, voir rubrique "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" du RCP). La plupart des infections étaient légères à modérées, les patients ont répondu à un traitement standard initial et ont rarement entraîné l'arrêt du traitement par dapagliflozine. Ces infections ont été plus fréquentes chez les femmes, et les patients ayant un antécédent étaient plus susceptibles d'avoir une infection récurrente. Augmentation de la créatinine : Les effets indésirables liés à une augmentation de la créatinine ont été regroupés (par ex. : diminution de la clairance de la créatinine rénale, altération de la fonction rénale, augmentation de la créatinémie et diminution du débit de filtration glomérulaire). Ce groupe d'effets indésirables a été rapporté respectivement chez 3,2% des patients recevant la dapagliflozine 10 mg et chez 1,8% des patients recevant le placebo. Chez les patients avec une fonction rénale normale ou une altération légère de la fonction rénale (valeur initiale du TFGe ≥ 30 à < 60 ml/min/1,73 m²), ce groupe d'effets indésirables a été rapporté chez 1,3% des patients recevant la dapagliflozine 10 mg et chez 0,8% des patients recevant le placebo. Ces réactions ont été plus fréquentes chez les patients avec une valeur initiale du TFGe ≥ 30 à < 60 ml/min/1,73 m² (18,5% dapagliflozine 10 mg vs 9,3% placebo). Des évaluations complémentaires des patients qui avaient présenté des événements indésirables liés à un trouble rénal ont montré que la plupart des patients avaient des modifications de la créatinémie inférieures ou égales à 0,5 mg/dl par rapport à la valeur initiale. Les augmentations de la créatinine ont été généralement transitoires lors d'un traitement continu ou réversibles après l'arrêt du traitement. Hormone parathyroïdienne (PTH) : De faibles augmentations du taux de PTH dans le sang ont été observées avec des augmentations plus importantes chez les patients ayant des concentrations initiales de PTH plus élevées. L'ostéodensitométrie chez les patients ayant une fonction rénale normale ou légèrement altérée n'a pas montré de perte osseuse durant une période de traitement de deux ans. Tumeurs malignes : Lors des essais cliniques, la proportion globale de patients présentant des tumeurs malignes ou non spécifiées était similaire entre les patients traités par la dapagliflozine (1,50%) et ceux traités par placebo/comparateur (1,50%), et il n'y a pas eu de signal de cancer générique ou de malignité dans les données animales (voir rubrique "Données de sécurité préclinique" du RCP). En prenant en compte les cas de tumeurs survenant dans différents systèmes d'organes, le risque relatif associé à la dapagliflozine était supérieure à 1 pour certains tumeurs (vessie, prostate, sein) et en dessous de 1 pour d'autres (par exemple sang et système lymphatique, ovaires, voies rénales), n'engendrant pas d'augmentation globale du risque de survenue de tumeur associée à la dapagliflozine. Le risque accru/diminué n'était statistiquement significatif dans aucun système d'organes. Compte tenu de l'absence de cas de tumeur dans les études non cliniques ainsi que le délai court entre la première exposition au médicament et le diagnostic des tumeurs, une relation causale est considérée comme peu probable. Puisque le déséquilibre numérique des tumeurs du sein, de la vessie et de la prostate doit être considéré avec attention, il sera aussi pleinement investigué dans les études post-commercialisation. Population spécifique : Patients âgés (≥ 65 ans) : Des effets indésirables liés à une atteinte ou insuffisance rénale ont été rapportés chez 7,7% des patients traités par dapagliflozine et 3,3% des patients traités par placebo (voir rubrique "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" du RCP). L'effet indésirable lié à la fonction rénale le plus fréquemment rapporté était l'élévation de la créatinémie. La majorité de ces effets ont été transitoires et réversibles. Chez les patients de ≥ 65 ans, les effets indésirables liés à la déplétion volumétrique les plus fréquemment rapportés comme l'hypotension, ont été observés chez 1,7% et 0,8% des patients traités par dapagliflozine et par placebo respectivement (voir rubrique "Mises en garde spéciales et précautions d'emploi" du RCP). Déclaration des effets indésirables suspectés : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles ; Site internet : www.afmps.be, e-mail : adversedrugreactions@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>. 5. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : AstraZeneca AB, SE151 85 Södertälje, Suède. 6. NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ : Forxiga 5 mg : EU/1/12/795/001 14 comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/002 28 comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/003 98 comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/004 30 x 1 (unidos) comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/005 90 x 1 (unidos) comprimés pelliculaires. Forxiga 10 mg : EU/1/12/795/006 14 comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/007 28 comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/008 98 comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/009 30 x 1 (unidos) comprimés pelliculaires ; EU/1/12/795/010 90 x 1 (unidos) comprimés pelliculaires. 7. STATUT LEGAL DE DELIVRANCE : Médicament soumis à prescription médicale. 8. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : 04/2016. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <http://www.ema.europa.eu/>.

Références : 1. RCP Forxiga® dernière version. - 2. Inzucchi SE et al. Management of Hyperglycemia in Type 2 diabetes 2015: a patient centered approach. Diabetes Care 2015;38:140-149. - 3. Baxendale C. Renal excretion inhibitors to treat diabetes. Trends in Pharmaceutical Sciences, February 2011, Vol. 32, No. 2. - 4. Wright EM. Am J Physiol Renal Physiol 2001;280:F10-18. - 5. Gerich JE. Diabetes Obes Metab 2000;2:345-50. - 6. IMS Health data, March 2016. Forxiga® n'est pas indiqué pour la prise en charge de l'obésité ni de l'hypertension. Le changement de poids était un critère d'évaluation secondaire dans les essais cliniques. * versus placebo. § www.inami.be.



AstraZeneca

■ INSUFFISANCE CARDIAQUE ■

Les MG ouest-flandriens balisent un parcours de soins transmural

Le HZW, le cercle Zuid-West-Vlaanderen (du sud de la Flandre occidentale), a été l'une des principales chevilles ouvrières d'un itinéraire clinique destiné aux insuffisants cardiaques. Il repose sur un algorithme décisionnel qui précise comment et par qui un patient doit être encadré et traité après une hospitalisation.

Le développement du trajet de soins insuffisance cardiaque s'inscrit dans une collaboration de longue durée entre le HZW et les hôpitaux de la région. «A un moment donné, nous avons été sollicités séparément par chacun des hôpitaux de notre zone pour participer au développement de parcours de soins transmurals», explique le président de cercle Stefaan Viaene. «Pour nous, ce n'était pas gérable. Nous leur avons donc demandé de mettre en place une plateforme commune... et l'idée a immédiatement séduit. Grâce à cette initiative, nos généralistes peuvent désormais collaborer d'une façon coordonnée avec tous les hôpitaux en même temps.»

Après le carnet préopératoire, premier «bébé» de cette collaboration fructueuse, les partenaires se sont attelés à un itinéraire clinique pour l'insuffisance cardiaque. Son pilier est un algorithme décisionnel qui précise comment et par qui le patient doit être encadré et traité après une hospitalisation. Il prévoit par exemple le passage systématique du généraliste une semaine après le renvoi du patient, ce qui permet notamment de vérifier s'il n'est pas nécessaire d'ajuster le traitement diurétique. Un nouveau contact avec le cardiologue intervient ensuite après un à trois mois.

L'algorithme est synthétisé dans un petit recueil à l'usage du généraliste qui

repréend également des informations plus générales sur l'insuffisance cardiaque reposant sur les directives internationales les plus récentes. Un second document, destiné à l'information du patient, comporte en outre un journal de bord à l'aide duquel lui-même et tous les soignants concernés peuvent échanger des informations écrites. Une troisième brochure, enfin, reprend des informations et instructions pour les soins à domicile.

L'efficacité d'un tel parcours de soins est clairement démontrée, avec à la clé un impact bénéfique sur la qualité de vie, le pronostic et le nombre d'hospitalisations. Les médecins de Flandre occidentale tablent aussi sur une implication maximale du patient, grâce à un auto-monitoring dont les résultats sont consignés dans le carnet de bord. Des séances d'information seront organisées par les hôpitaux dans les semaines à venir afin d'impliquer dans le projet tous les généralistes de la région.

Dr Michèle Langendries

Une collaboration multidisciplinaire qui ne cesse de s'élargir

Au départ, le HZW collaborait uniquement avec les trois hôpitaux implantés sur son territoire (l'AZ Groeninge à Courtrai, l'AZ Delta Roulers-Ménin, et O.L.V. van Lourdes à Waregem). Très rapidement, trois autres établissements (Jan Yperman à Ypres, la Sint-Jozefskliniek à Izegem et l'hôpital Sint-Andries à Tiel) ont demandé à prendre le train en marche, suivis par les cercles correspondants (Midden-West-Vlaanderen, Westhoek, Ingelmuuster-Izegem-Lendeledede, Wervik-Geluwe et Oosten van West-Vlaanderen) et les autres organisations de première ligne. Née dans le sud de la Flandre occidentale, l'initiative couvre donc désormais près de la moitié de la province!

Victime de l'immobilisme politique

Les soignants ouest-flandriens avaient d'excellentes raisons d'investir leur temps et leur énergie dans un parcours de soins pour l'insuffisance cardiaque, puisque la mortalité qui est associée à celle-ci reste dramatiquement élevée. En 2008, l'Inami a bien publié un rapport de consensus comportant une série de recommandations pour la gestion de cette problématique... mais celles-ci sont jusqu'ici toutes restées lettre morte!

Autant dire que les chiffres non plus n'évoluent guère, et la moitié des patients décèdent encore et toujours dans les 5 ans qui suivent le diagnostic. Le rapport de consensus de l'Inami avançait quatre mesures:

- La reconnaissance et le financement d'un infirmier spécialisé dans l'insuffisance cardiaque, qui veille au départ de l'équipe hospitalière multidisciplinaire à un transfert fluide du patient de la deuxième vers la première ligne.

- Une revalidation ambulatoire dans un centre agréé. A l'heure actuelle, la revalidation n'est en effet accessible qu'aux patients hospitalisés.
 - Une trajectoire de soins favorisant la collaboration entre première et deuxième ligne.
 - La reconnaissance de l'insuffisance cardiaque en tant que pathologie F, afin que le traitement puisse être dispensé dans le cadre des soins à domicile par un kiné formé à cet effet.
- A ce jour, aucune de ces recommandations n'a été entendue par le monde politique. «Après avoir fait chou blanc sous Laurette Onkelinx, nous croisons les doigts pour que Maggie De Block



accepte de nous prêter l'oreille», commente David Derthoo, cardiologue à l'AZ Groeninge. En attendant, les médecins de la province ont donc pris les devants en mettant en place un trajet de soins de leur propre initiative... ■

M.L.

BELLOZAL



ENQUÊTE

L'hôpital idéal



du point de vue
du généraliste

Participez
à notre enquête
et tentez de remporter
l'un des 3 chèques cadeaux
MediaMarkt d'une valeur de
500 euros mis en jeu!
Vous pouvez également
participer à l'enquête sur
<http://enquete.medi-sphere.be>





I. Orientation

1. Sur quels critères vous appuyez-vous pour adresser un patient avec une pathologie simple/complexe à l'hôpital X? (cotation de 1 - le moins important - à 10 - le plus important - pour chaque critère)

| Critères | Pathologie simple | Pathologie complexe |
|--|-------------------|---------------------|
| 1. La réputation de l'hôpital | | |
| 2. La réputation du service | | |
| 3. La réputation du spécialiste | | |
| 4. La proximité | | |
| 5. L'accessibilité (coût) | | |
| 6. La disponibilité (attente) | | |
| 7. La prise de rendez-vous via un agenda électronique | | |
| 8. L'utilisation des nouveaux moyens de communication (e-Health) | | |
| 9. La qualité des interactions MG/médecins de cet hôpital | | |
| 10. Le souhait de votre patient | | |
| 11. Les retours d'expérience de vos patients | | |
| 12. Les expériences de vos confrères généralistes | | |
| 13. Vos relations privilégiées avec le spécialiste | | |
| 14. Le statut universitaire de l'hôpital | | |
| 15. Les appareillages et techniques innovantes | | |

II. Vos relations avec vos hopitaux de prédilection

2. Comment évaluez-vous vos liens avec les hôpitaux de votre région (distance maximum 50 km)?

Excellents ☐ Bons ☐ Moyens ☐ Mauvais ☐

3. Comment évaluez-vous vos liens avec les spécialistes hospitaliers?

Excellents ☐ Bons ☐ Moyens ☐ Mauvais ☐

4. Trouvez-vous que les hôpitaux universitaires offrent de meilleurs soins?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐

5. Préparez-vous l'hospitalisation de vos patients en concertation avec l'hôpital?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

6. Êtes-vous averti de l'hospitalisation (d'un) de vos patients (s'il s'est adressé directement à l'établissement)?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

7. Estimez-vous que votre avis est pris en considération lors de l'hospitalisation d'un de vos patients?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

8. Recevez-vous le rapport de sortie dans les 48 à 72 heures de la sortie de votre patient?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

9. Êtes-vous associé au suivi ambulatoire de vos patients?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

10. Avez-vous été sollicité pour participer à des projets pilotes de l'un ou l'autre hôpital de votre région?

Oui ☐ Non ☐

11. Si oui, lesquels?

12. Êtes-vous averti des nouvelles techniques et nouveaux traitements disponibles dans les hôpitaux de votre région (distance maximum 50 km)?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

13. Estimez-vous que la prise en charge multidisciplinaire dans l'hôpital doit être davantage élargie aux MG?

D'accord ☐ Pas d'accord ☐ Pas d'avis ☐

14. Êtes-vous sollicité par les hôpitaux de votre région (distance maximum 50 km) pour participer à des modèles de soins transmuraux?

Oui ☐ Non ☐

15. Si oui, selon quel modèle:

- A. formules d'hospitalisation à domicile ☐
 B. séjours raccourcis avec suivi à domicile ☐
 C. soins intégrés avec implication des spécialistes ☐

16. Seriez-vous intéressé par la mise en place d'un système de télé-expertise (demande d'un avis d'un confrère spécialiste à distance), utilisant les technologies modernes?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐

17. Seriez-vous intéressé par recevoir une newsletter digitale des hôpitaux de votre région vous informant de leurs actualités?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐

III. Soins intégrés

18. Estimez-vous que la communication entre vous et les services hospitaliers doit être améliorée?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐

19. Si oui, par quels moyens?

- a) réunions locales ☐
- b) communications téléphoniques ☐
- c) communications téléphoniques via une ligne dédiée aux généralistes ☐
- d) courriels électroniques ☐
- e) échanges informatiques ☐
- f) newsletter régulière sur les pratiques hospitalières ☐

20. Vos patients sont-ils positifs par rapport à leur séjour hospitalier?

Souvent ☐ Parfois ☐ Rarement ☐ Jamais ☐

21. Si rarement ou jamais, quels sont les griefs les plus souvent exprimés?

- mauvais accueil ☐
- mauvaise communication ☐
- mauvaise nourriture ☐
- peu d'explications au sujet du traitement ☐
- peu de prise en compte des besoins personnels ☐
- durée des visites ☐
- suivi ☐
- respect de l'intimité et de la vie privée ☐
- qualité des soins insuffisante pour la pathologie concernée ☐

22. Comment évaluez-vous le système hospitalier de votre région en termes de:
(cotation de 1 - mauvais - à 10 - excellent - pour chaque critère)

- accessibilité
- proximité.....
- qualité des soins.....
- sécurité des soins.....
- résultats du point de vue santé.....
- absence de liste d'attente.....

23. Souhaiteriez-vous une meilleure intégration des lignes de soins?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐

24. Etes-vous d'avis que le médecin généraliste doit être le coordinateur des soins (post-hospitaliers) de ses patients?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐

25. Faut-il obliger les médecins spécialistes à informer systématiquement le généraliste titulaire du DMG après avoir vu un de ses patients?

Oui ☐ Non ☐ Pas d'avis ☐



IV. Réseaux hospitaliers

Maggie De Block a lancé une réforme du paysage hospitalier belge. D'ici 2018, les établissements devraient avoir formé des réseaux de façon à couvrir une population d'environ 400.000 personnes. Ils sont supposés favoriser l'accessibilité et la continuité des soins... Que pensez-vous des affirmations suivantes?

26. La mise en réseau des hôpitaux sera bénéfique pour les soins aux patients.

D'accord ☐ Pas d'accord ☐ Pas d'avis ☐

27. La mise en réseau des hôpitaux va diminuer/augmenter l'accessibilité des soins (de par l'augmentation des prix)?

Diminuer ☐ Augmenter ☐ Pas d'avis ☐

28. La mise en réseau des hôpitaux va diminuer l'accessibilité des soins (de par l'allongement des distances).

D'accord ☐ Pas d'accord ☐ Pas d'avis ☐

29. Le rôle des médecins généralistes sera encore plus important une fois les réseaux hospitaliers en place.

D'accord ☐ Pas d'accord ☐ Pas d'avis ☐

V. Podium hospitalier

30-31. Quels sont les 3 hôpitaux dans lesquels vous référez le plus vos patients?

| Pour des pathologies simples | Pour des pathologies complexes |
|------------------------------|--------------------------------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |

32. Quels sont, selon vous, les spécialistes les plus réputés dans votre région (distance maximum 50 km)? Indiquez le nom (ou l'équipe de...) et la spécialité.

1.
2.
3.
4.
5.

33. Quels sont, selon vous, les services les plus réputés dans votre région (distance maximum 50 km)?

1. Le service..... de l'hôpital.....
2. Le service..... de l'hôpital.....
3. Le service..... de l'hôpital.....
4. Le service..... de l'hôpital.....
5. Le service..... de l'hôpital.....

Données personnelles

Afin de pouvoir traiter – de façon strictement ANONYME – et segmenter vos réponses de façon utile, merci de compléter la fiche ci-dessous. Ces données seront également nécessaires pour l'attribution des chèques cadeaux MediaMarkt d'une valeur de 500 euros par tirage au sort.

Nom

Prénom

Mail

N° Inami

Sexe :

Homme ☐
Femme ☐

Age

25 ans à 35 ans compris ☐
36 ans à 45 ans compris ☐
46 ans à 55 ans compris ☐
56 ans à 65 ans compris ☐
Plus de 65 ans ☐

Province

Antwerpen ☐
Brabant wallon ☐
Hainaut ☐
Liège ☐
Limburg ☐
Luxembourg ☐
Namur ☐
Oost-Vlaanderen ☐
Région Bruxelles-Capitale ☐
Vlaams-Brabant ☐
West-Vlaanderen ☐

Université dans laquelle vous avez obtenu votre diplôme

KUL ☐
UG/RUG ☐
UA ☐
UCL ☐
ULB ☐
ULg ☐
VUB ☐
Autre:.....

Remplissez cette enquête en ligne
sur **<http://enquete.medi-sphere.be>**
ou envoyez ce formulaire papier par la poste,
sous enveloppe timbrée,
à **Medi-Sphere,**
avenue des Fougères, 6
à 1950 Kraainem
avant le 15 juillet.
Merci de votre participation

**Concerne : Modification des modalités de remboursement de Coruno® 16 mg
et Corvaton® 2mg (forme orale)**

Cher Docteur,

Therabel se voit contraint de vous informer d'une modification des modalités de remboursement de ses spécialités **Coruno® 16 mg et Corvaton® 2 mg**. À partir du 1er août 2017, ces spécialités ne seront plus remboursées en Chapitre I (catégorie B), mais en **Chapitre IV (catégorie Bf) pour les patients ayant déjà bénéficié d'un remboursement avant cette date**.

Cela signifie que ces spécialités continueront d'être remboursées pour les patients ayant déjà été traités avant le 1/08/2017, pour des périodes renouvelables de 12 mois, à condition que le médecin (généraliste ou spécialiste) remplisse la simple déclaration selon laquelle le patient répond à ce critère.

Si vous utilisez un logiciel de prescription, ce document pourra être aisément rempli à partir de celui-ci et l'accord de remboursement sera immédiat.

Si ce n'est pas le cas, vous pouvez obtenir des formulaires de déclaration :

- > soit en téléchargeant le formulaire de notre site internet
<http://www.therabel.be/fr/coruno-corvaton-bf/>
- > soit en nous envoyant un e-mail avec mention de vos coordonnées à info.be@therabel.com

Par contre, indépendamment de notre volonté, les patients chez qui un traitement avec Coruno®/Corvaton® doit être instauré pour la première fois après le 31/07/2017 ne bénéficieront d'aucun remboursement.

Nous vous signalons que cette mesure est associée à une diminution de prix de Coruno® (28 et 42 comprimés) de 10 %.

Ce changement des modalités de remboursement fait partie d'une vague de dispositions prises par le gouvernement pour faire des économies dans le budget des Soins de Santé.

Nous déplorons cette situation mais espérons que la santé des patients ne sera pas compromise par de telles décisions, et que vous conserverez votre confiance envers Coruno® et Corvaton® pour traiter vos patients atteints d'angor stable.

Bien à vous,

Véronique Verstraeten
Regulatory Affairs Director

Valérie Hermans
Product Manager Cardiology

En cas de questions, n'hésitez pas à nous contacter via info@therabel.be ou au 02/3704611

Prévention du HPV en 2017



Cet article a pu être rédigé grâce à la participation du Pr Willy Poppe, gynécologue attaché à l'UZ Leuven et spécialisé dans le papillomavirus humain (HPV, *Human papillomavirus*), ainsi que dans le diagnostic et le traitement des lésions pré-malignes du bas appareil génital. Dans un numéro précédent de *Medi-Sphere*, nous avons abordé les virus HPV de type génital. Dans ce numéro, nous nous penchons sur la politique de vaccination en 2017.

Le Pr Willy Poppe
(gynécologue, UZ Leuven)

«Nous devons lutter contre le HPV en vaccinant les deux sexes.»

Politique de vaccination en 2017

Dans les écoles flamandes, plus de 90% des jeunes filles de première secondaire sont vaccinées contre le HPV. Le Pr Poppe se réjouit de ce résultat: nous sommes les meilleurs élèves d'Europe en la matière, ce qui est indubitablement dû au fait que ces vaccinations sont réalisées dans le cadre de la médecine scolaire. D'après une étude récente, deux doses de vaccin suffisent avant l'âge de 15 ans. Pour tous les vaccins commercialisés actuellement (Cervarix®, Gardasil 4® et Gardasil 9®), une administration au mois 0 et une autre entre les mois 6 et 12 suffisent à immuniser la patiente. Le vaccin doit de préférence être administré entre 9 et 15 ans. Au-delà, on maintient les 3 doses (Cervarix®: 0-1-6 mois, Gardasil® 4 et 9: 0-2-6 mois).

«À l'heure actuelle, le Gardasil 9® présente un avantage considérable, dans la mesure où il offre une protection étendue contre les types de HPV à haut risque. Il couvre plus de virus que le Gardasil 4® ou le Cervarix 2®, lequel confère, comme le soulignent à juste titre certaines publications, une immunité croisée contre plusieurs types de HPV supplémentaires que le vaccin proprement dit ne contient pas. Toutefois, cette immunité croisée n'agit plus au bout de 4 ans. Le Gardasil 9® ne présente pas ce problème, car il vaccine également contre ces types d'antigènes», estime le Pr Poppe.

Les vaccinations effectuées entre 25 et 45 ans offrent une protection équivalente aux vaccinations précoces. Il convient toutefois de noter que les vaccins ont un effet préventif et non thérapeutique: lorsque l'infection a déjà eu lieu, ils ne permettent pas d'accélérer la clairance virale ni d'empêcher le développement de complications. «La nécessité de se faire vacciner pour une femme de plus de 25 ans dépend de son comportement sexuel et du risque de contracter de nouvelles infections.

Dans ce contexte, il est important d'avertir les patientes que les préservatifs (tout comme les autres contraceptifs) n'offrent aucune protection contre le HPV. Selon certaines études, le préservatif ralentit la transmission d'un partenaire à l'autre, mais ne suffit pas à éliminer le risque.» Le Pr Poppe recommande la vaccination pour les femmes qui n'ont pas de relation stable et ont plusieurs partenaires sexuels. La vaccination contre le HPV ne concerne donc pas seulement les jeunes femmes, mais aussi celles d'âge moyen, si elles adoptent un comportement à risque.

Vacciner aussi les garçons

Par ailleurs, le Pr Poppe plaide ardemment en faveur de la vaccination des garçons à l'école (comme c'est déjà le cas en Australie). Les vaccins Gardasil® ont été testés aussi bien sur des garçons que sur des filles (*gender-neutral*); en revanche, on ne dispose encore d'aucune donnée concernant l'administration du Cervarix® à des hommes. La vaccination des garçons n'est pas seulement essentielle comme moyen de protection supplémentaire contre les infections pouvant être contractées au contact de femmes non vaccinées, mais aussi (et surtout) contre les infections potentielles pouvant provenir de relations sexuelles entre deux hommes. Il est grand temps de veiller à protéger également la population homosexuelle contre les risques liés au HPV (voir «autres emplacements possibles d'une infection au HPV»). Étant donné que deux doses suffisent, cette vaccination préventive des garçons dans le cadre de la médecine scolaire est tout à fait réalisable au niveau financier, surtout si l'on tient compte des répercussions des soins pour les infections au HPV sur le budget des soins de santé. «La rubéole, elle aussi, a seulement disparu lorsque nous avons commencé à vacciner les garçons en plus des filles. Depuis lors, elle ne pose plus problème», rappelle le Pr Poppe. Il poursuit: «Nous devons paralyser le virus en le combattant dès le départ via la vaccination des deux sexes».

Le lobby anti-vaccination

Le Comité consultatif mondial de la Sécurité vaccinale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) examine régulièrement les données relatives à l'innocuité des vaccins contre le HPV, sur la base des études publiées et des données de surveillance provenant de divers pays. Un rapport de mars 2014 indique que les vaccins présentent un «excellent profil d'innocuité». Cependant, le lobby anti-vaccination répand ses idées en permanence par le biais de la presse et d'Internet. «Bien évidemment, on trouvera toujours des personnes qui ont connu des effets secondaires. La plupart de ces effets sont toutefois légers et temporaires (nausées, syncope, réactions locales). Les effets secondaires sévères, comme le syndrome de Guillain-Barré, sont extrêmement rares. Ce sont malheureusement ces cas rares qui sont documentés et médiatisés... Mais mettre en danger la santé de toute une population par peur d'effets secondaires observés chez 1 à 2 personnes sur 100.000 vaccinations, et dont il n'est pas prouvé qu'ils sont liés au vaccin, est une absurdité». Telle est l'opinion tranchée du Pr Poppe.

(partie 2)



«Les préservatifs n'offrent aucune protection optimale contre le HPV.»

En tant que médecin, on peut avoir une discussion sérieuse avec les patients à ce sujet et leur rappeler qu'il existe des organismes indépendants (la FDA, l'EMA, les associations pharmaceutiques des différents pays) qui contrôlent chaque jour l'action et les effets secondaires à long terme des vaccins. Jusqu'à présent, les rapports ne contiennent aucun élément qui justifierait une quelconque inquiétude, et les effets secondaires décrits se limitent à un «risque de fond»; ils ne sont donc pas plus fréquents chez les personnes vaccinées qu'au sein de la population non vaccinée. Le Pr Poppe reproche au lobby anti-vaccination de s'intéresser à des cas individuels sans tenir compte d'une éventuelle causalité, générant ainsi une atmosphère négative et une inquiétude inutile auprès de la population.

Les frottis «classiques»: peut mieux faire!

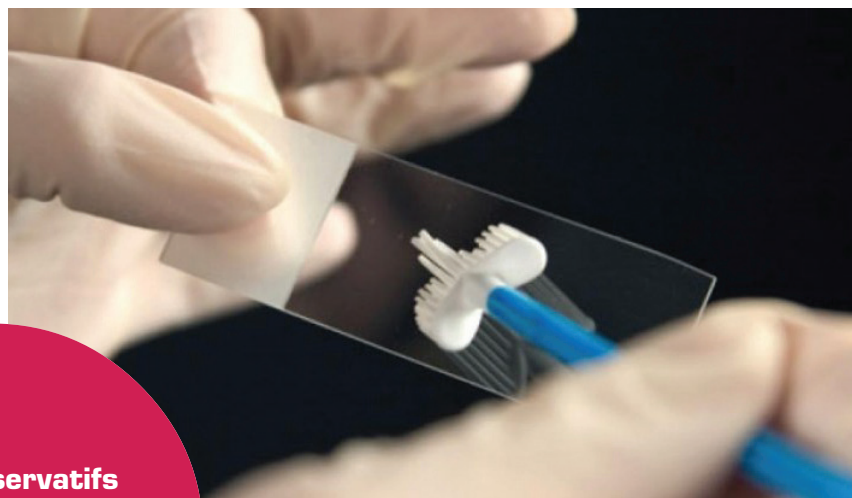
En Belgique, la route est encore longue en ce qui concerne les frottis classiques, selon le Pr Poppe. Il estime que le dépistage devrait être organisé de la même manière que le dépistage des cancers du sein et du côlon. Les personnes du groupe cible âgées de 25 à 65 ans devraient être invitées à se faire dépister tous les 3 ans, et le suivi devrait être réalisé de manière organisée. «Nous devons mettre en place une "organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus". Les ébauches de ce projet existent depuis des années, mais ne se concrétisent pas. Jusqu'à ce jour, nous disposons uniquement d'une circulaire adressée aux femmes qui n'ont plus subi de frottis depuis plus de trois ans. Rien de plus. Nos patientes atteintes du cancer du col de l'utérus appartiennent aux 40% de femmes du groupe cible qui n'ont pas subi de dépistage régulier, voire aucun dépistage: seulement 60% des femmes âgées entre 25 et 65 ans se soumettent

à un test de dépistage tous les trois ans! Il est donc urgent d'organiser le dépistage: inviter les patientes du groupe cible à passer l'examen, et les relancer lorsqu'elles ne le font pas. Nous devons trouver un moyen de nous assurer que 80% des femmes subissent un frottis tous les trois ans. Nous serons alors parvenus à un pourcentage de dépistage préventif satisfaisant.»

À partir de 30 ans: le HPV en dépistage primaire

Concernant le dépistage du cancer du col de l'utérus, il existe actuellement une tendance à opter pour le dépistage du HPV plutôt que pour une cytologie classique (examen microscopique du frottis). Ce changement devra également être concrétisé, car on a remarqué que le dépistage primaire du HPV permet de détecter un nombre nettement plus élevé de lésions précurseurs (CIN III ou adénocarcinome in situ) qu'un dépistage primaire par cytologie. Par conséquent, l'incidence et la mortalité du cancer du col de l'utérus sont en baisse. Il vaut mieux attendre l'âge de 30 ans avant d'effectuer un tel dépistage du HPV, afin d'éviter toute anxiété inutile liée aux examens positifs pour le HPV qui n'impliquent pas de risque plus élevé de cancer. «Pour l'instant, les recommandations européennes sont en cours de rédaction. Il sera conseillé de réaliser une cytologie classique comme dépistage primaire entre 25 et 30 ans, puis de passer à un dépistage primaire du HPV à partir de 30 ans, et ce jusqu'à l'âge de 60-65 ans.» Cette réglementation engendrera une diminution considérable des coûts, car toutes les femmes présentant un dépistage HPV négatif peuvent être suivies à bien plus long terme et ne doivent repasser un examen qu'après

Le frottis classique.



5 à 8 ans, ce qui permettra de réduire le nombre d'examens.

Les femmes dont le dépistage HPV est positif doivent passer un second test pour détecter une éventuelle lésion précurseur. Le deuxième test consiste en un examen microscopique du frottis tel que nous le connaissons déjà, mais peut aussi se faire sous la forme d'une lecture par machine d'un marqueur moléculaire, le Ki 67, qui est un marqueur de prolifération (cette solution est moins exposée au jugement subjectif de la personne qui examine le frottis). «P16 et Ki 67 sont deux colorations que l'on devrait pouvoir tester sur un frottis. Si l'analyse de cette coloration aboutit à un résultat positif par les deux méthodes de détection, la patiente présente un risque significatif de développer une infection au HPV compliquée. Il faut donc lui recommander une colposcopie. Si la coloration ou la cytologie du dépistage du HPV est négative, la patiente doit repasser le test un an plus tard afin de voir si l'infection au HPV non compliquée est toujours présente.»

Un regard vers l'avenir

L'avenir se concentre principalement sur les vaccins contre le HPV destinés au traitement, à savoir les vaccins thérapeutiques anti-HPV. À l'heure actuelle, aucun vaccin n'a malheureusement pu contribuer à la guérison d'une infection au HPV16 ou au HPV18. Malheureusement, nous voyons les vaccins candidats échouer les uns après les autres au cours des essais de phase II. Nous disposons aujourd'hui de vaccins préventifs très efficaces (et d'autres sont encore en phase de développement, lesquels pourraient offrir une protection encore plus large),

mais la recherche pour l'élaboration de vaccins thérapeutiques anti-HPV s'avère très difficile, malgré le temps et l'énergie consacrés à ces projets. A priori, nous ne sommes pas en mesure de trouver un bon vaccin thérapeutique dans un futur proche. En attendant, la méthode de traitement standard reste la conisation, même si nous espérons toujours mettre au point des traitements non chirurgicaux à plus long terme. «Pour l'instant, mieux vaut prévenir que guérir», conclut le Pr Poppe. ■

Dr Mario Hartman

Retrouvez plus d'infos et toutes les références des articles et méta-analyses sur la sécurité et les effets secondaires des vaccins anti-HPV sur <http://www.vaxinfo.be/spip.php?rubrique35&lang=fr>

«Plus de 90% des cancers du col de l'utérus touchent des femmes appartenant aux 40% qui ne se soumettent pas à un dépistage régulier.»

■ PRIX FRANQUI 2017 ■

Coup de projecteur sur la conscience

Le Pr Steven Laureys est le lauréat du prestigieux Prix Francqui 2017. Une récompense octroyée par un jury international qui souligne la qualité des travaux menés par le neurologue et son équipe du Coma Science Group de l'Université de Liège.



◀ Pr Steven Laureys

Coma, état «végétatif», *locked-in syndrome*... Le Pr Steven Laureys est un des spécialistes mondiaux des états altérés de conscience chez les patients sévèrement cérébrolésés, mais aussi durant l'anesthésie, le sommeil et l'hypnose. Il y a quelques années, il a proposé une nouvelle échelle d'évaluation des comas permettant de poser un diagnostic plus précis chez les patients cérébrolésés. Ses recherches l'ont aussi conduit à analyser le fonctionnement cérébral en état de méditation, en apnée prolongée, chez les astronautes et chez les personnes ayant vécu une expérience de mort imminente (NDE, voir ci-contre).

Une épidémie silencieuse

«Ce prix représente une reconnaissance pour ce travail qui est un vrai défi d'un point de vue clinique et parce que ces patients sont négligés par la médecine», explique Steven Laureys qui dirige le Coma Science Group au Giga de l'ULg et au service de neurologie du CHU Liège. «Les patients qui survivent après un coma et qui ne peuvent pas communiquer, ce n'est pas une pathologie 'sexy'. Or, il y a encore beaucoup de barrières à l'accès à une rééducation spécialisée qui est pourtant nécessaire, d'autant plus pour les jeunes traumatisés crâniens. Notre équipe essaie de parler de cette épidémie silencieuse».

D'un point de vue scientifique, c'est une aussi belle reconnaissance pour l'étude de la conscience humaine, estime-t-il encore: «C'est un des grands défis pour la science de comprendre comment la matière devient pensée. Le plus important pour moi c'est que, pour cette pathologie, ces patients et leur famille, ce prix

représente aussi une reconnaissance parce qu'il y a encore trop de mes collègues qui pensent que ce que je fais ne sert à rien. Cela me fâche et m'attriste. Ces situations sont des drames humains et rien n'est pire que d'ignorer cette problématique».

Dans les années 90, quand Steven Laureys a commencé à travailler sur le sujet (avec Nicholas Schiff, neurologue à New-York), il était relativement seul. Petit à petit, d'autres labos s'y sont mis et, aujourd'hui, le Coma Science Group collabore avec plusieurs centres dans des réseaux européens, et avec des financements américains.

Eveil non répondant

Le Prix Francqui, assorti de 250.000€, est remis à un chercheur de moins de 50 ans. Et, cette année, il reflète un changement d'attitude. «Historiquement, on a commis l'erreur de voir la conscience comme étant tout ou rien, poursuit-il: il y avait le coma, la mort cérébrale, et puis ces patients en état végétatif persistant. On sait maintenant que c'est beaucoup plus subtil: il y a eu la définition d'état de conscience minimale, qu'on a encore sous-catégorisé en état de conscience minimale '-' et '+'».

Sur le terrain, on voit donc de moins en moins de patients complètement végétatifs. On parle d'ailleurs aujourd'hui d'un «éveil non répondant». «Il faut éviter ce nom à connotation négative, 'végétatif',

on ne peut pas comparer des êtres humains à des légumes. L'Académie américaine vient de reprendre ce terme d'éveil non répondant, ce qui illustre que notre vision change, devient plus nuancée».

L'équipe s'emploie à traduire les nouvelles connaissances pour augmenter la qualité de vie des patients. «Il est très important de faire la différence entre un peu conscient et pas conscient du tout, parce que cela change la prise en charge. Ce n'est pas pour ça qu'il faut s'acharner, ni donner de faux espoirs aux familles. Nous sommes aussi impliqués dans les décisions d'arrêt le traitement: c'est très compliqué mais on ne peut pas construire sur du sable, c'est pourquoi il faut bien documenter le diagnostic. Les différents tests que nous avons développés aident à réduire l'incertitude». Même si ce débat, qui n'est pas que médical, reste très complexe: quelle vie vaut la peine d'être vécue?

Au rang des projets, l'équipe a récemment démontré qu'on pouvait améliorer la plasticité neuronale après un coma grâce à la stimulation électrique non invasive à courant continu. En parallèle, elle poursuit différents projets dont l'Human Brain Project qui vise à modéliser le cerveau.

Dogmes et fierté

A la question de savoir ce qui le rend le plus fier, le Pr Laureys avance la création de son équipe. «Cette vision historique de réfléchir en termes de Facultés

est dépassée et nous freine. Au Giga Conscience, nous sommes répartis en trois labos: le Coma Science Group pour les altérations pathologiques, mais aussi l'équipe anesthésie pour les altérations pharmacologiques, et l'équipe hypnose et douleur. La moitié sont des cliniciens, des neuropsychologues et des kinés, et l'autre partie sont des mathématiciens, des ingénieurs et des physiciens. Le défi est de faire interagir ces communautés». Autre motif de fierté: avoir mis notre pays et Liège sur la carte internationale de la conscience. «J'espère que nos universités belges vont monter dans le ranking. Il faut être plus ambitieux, attirer des chercheurs et accepter que nos doctorants partent à l'étranger et continuer à collaborer avec eux».

Les travaux du groupe ont également donné un coup de balai à quelques dogmes, tels que celui qui disait que la conscience était partout dans notre cerveau: «Or, on a démontré qu'il y a un réseau spécifique à la conscience, ou plutôt deux: le réseau de la conscience de l'environnement (fronto-pariétal extérieur) et celui de la conscience de soi». Autre dogme mis en défaut: celui qui dit que si on ne voit aucun changement dans les premiers mois, cela ne vaut plus la peine. «Or, il y a encore parfois, même si c'est rare, des améliorations qui peuvent se voir des années après. Mais il ne faut pas avoir trop d'arrogance, on ne comprend pas encore la conscience humaine: ce langage neuronal qui fait que ces milliards de connexions cérébrales donnent naissance aux pensées, aux émotions... Plus j'étudie le phénomène», conclut Steven Laureys, «plus je suis humble et impressionné par la complexité de notre cerveau, de notre corps».

Martine Versonne

■ LES 10 ARTICLES LES PLUS PERTINENTS POUR LE QUOTIDIEN DU GÉNÉRALISTE EN 2016 (5/10) ■

Sucre et tabac: même combat?

Il a fallu près de 50 ans pour que la communauté internationale se préoccupe réellement des méfaits du tabac et on connaît le rôle qu'a joué le lobby du tabac dans ce contexte. Faut-il mettre l'industrie sucrière dans le même panier que l'industrie du tabac? C'est ce que pensent les auteurs d'un article du *JAMA Internal Medicine*, arguments à l'appui (1).

une consommation qui atteint un tiers de la consommation journalière recommandée si l'on considère les boissons sucrées (une cannette contient neuf cuillères à café de sucre!), et un sixième de la consommation totale si l'on s'en tient aux bonbons, biscuits...

Et c'est bien le rôle du médecin de travailler cette connaissance, un rôle difficile dans le contexte actuel où l'industrie alimentaire se dédouane tout en culpa-

bilisant le consommateur en faisant passer le message que c'est à lui de gérer ses apports... Encore faudrait-il qu'il dispose des bonnes informations, raison pour laquelle l'éditorialiste du *JAMA* écrivait avec beaucoup d'humour qu'il lirait avec plaisir sur l'étiquette des produits alimentaires: «Contient x cuillères à café de sucre», plutôt qu'une succession de chiffres auxquels il ne comprend pas grand-chose... ■

Dr Dominique-Jean Bouilliez

1. Kearns C, Schmidt L, Glantz S. Sugar Industry and Coronary Heart Disease Research: A Historical Analysis of Internal Industry Documents. *JAMA Intern Med.* 2016 Nov 1;176(11):1680-1685.

Publié en 2016, le *Fiscal policies for diet and prevention of non-communicable diseases: technical meeting report, 5-6 May 2015, Geneva, Switzerland* de l'OMS statuait sur l'intérêt de taxer les boissons sucrées de 20% au moins afin de ralentir l'épidémie de diabète de type 2 et d'obésité. Mais ce document est resté plutôt confidentiel au sein de nombreux gouvernements, peut-être lié au lobbying de l'industrie des softs. Les auteurs rappelaient à ce titre les millions de dollars investis par le plus connu de ces industriels dans des recherches dont l'objectif est de prouver l'innocuité de son produit tout en pointant le rôle primordial, voire majeur, du manque d'exercice physique. L'essentiel cependant est de retenir à l'instar d'une étude publiée dans le *PLoS One* en 2013 (rassemblant les données les plus probantes de la littérature) que la prévalence du diabète de type 2 est multipliée par 11 pour chaque palier supplémentaire de 150 calories ingérées journalièrement d'origine sucrée (contenu moyen d'une cannette). Ce calcul a été réalisé après exclusion de nombreux facteurs confondants dont le poids de départ, l'intensité de l'activité physique, les autres apports alimentaires. Les auteurs ont également montré que le risque de diabète de type 2 n'est pas lié uniquement à la prise de poids mais bien à la consommation de boissons sucrées.



Quant au risque cardiovasculaire, on sait qu'il est augmenté de 30% chez les personnes dont l'apport calorique est constitué à plus de 25% par des hydrates de carbone, un constat que l'on peut mettre en parallèle avec une réduction très rapide de ce risque lorsque l'on réduit l'apport additionnel en sucres de 25 à 10%.

D'autres aspects de santé peuvent être pointés. Ainsi en va-t-il de la santé dentaire mise en péril par la présence de sucres additionnels dans de nombreux composants: jus de fruits, sirops, miel... Les caries dentaires représentent ainsi 5-10% des dépenses annuelles en soins de santé dans les pays industrialisés! Il est donc urgent, conclut l'OMS, que les médecins attirent l'attention de leurs patients sur les risques encourus par la consommation de sucres additionnels,


GARDASIL® 9
[Human Papillomavirus
9-valent Vaccine, Recombinant]

LE PREMIER VACCIN HPV 9-VALENT

Gardasil® 9 est indiqué pour l'immunisation active des invidus à partir de 9 ans contre les maladies dues aux HPV suivantes¹:

-  **lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus aux types d'HPV contenus dans le vaccin**
-  **verrues génitales (condylomes acuminés) dues à des types d'HPV spécifiques**

GARDASIL® 9 EST UNE COMBINAISON DES 4 TYPES D'HPV INITIAUX DANS GARDASIL® AVEC 5 TYPES D'HPV ONCOGENES SUPPLEMENTAIRES^{1,2}

Gardasil® 9 est remboursé en catégorie Bf pour toutes les filles à partir de 12 jusqu'à 18 ans inclus et ce suivant la posologie recommandée. Prix public: € 134,45. Ticket modérateur bénéficiaire ordinaire: € 11,90. Ticket modérateur intervention majorée: € 7,90.

Avant de prescrire, veuillez consulter la notice scientifique complète.
HPV = Papillomavirus humain

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique 4.8 pour les modalités de déclaration des effets indésirables. **1. DENOMINATION DU MEDICAMENT** Gardasil® 9, suspension injectable. Gardasil® 9, suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin Papillomavirus Humain 9-valent (recombinant, adsorbé). **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** 1 dose (0,5 ml) contient environ : Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 6² 30 microgrammes; Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 11² 40 microgrammes; Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 16² 60 microgrammes; Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 33² 20 microgrammes; Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 45² 20 microgrammes; Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 52² 20 microgrammes; Protéine L1 de Papillomavirus Humain¹ de type 58² 20 microgrammes. ¹Papillomavirus Humain = HPV; ²Protéine L1 sous la forme de pseudo particules virales produites sur des cellules de levure (*Saccharomyces cerevisiae* CANADE 3C-5 (souche 1895)) par la technique de l'ADN recombinant; ³Adsorbé sur sulfate d'hydroxyphosphate d'aluminium amorphe (Al: 0,5 milligrammes) comme adjuvant. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Suspension injectable. Suspension injectable en seringue préremplie. Liquide clair avec un précipité blanc. **4. INFORMATIONS CLINIQUES** **4.1 Indications thérapeutiques** Gardasil 9 est indiqué pour l'immunisation active des invidus à partir de 9 ans contre les maladies dues aux HPV suivantes : lésions précancéreuses et cancers du col de l'utérus, de la vulve, du vagin et de l'anus dus aux types d'HPV contenus dans le vaccin; verrues génitales (Condylomes acuminés) dues à des types d'HPV spécifiques. Voir les rubriques 4.4 et 5.1 pour des informations importantes sur les données soutenant ces indications. Gardasil 9 doit être utilisé selon les recommandations officielles. **4.2 Posologie et mode d'administration** **Population** **Sujets âgés de 9 à 14 ans inclus au moment de la première injection** Gardasil 9 peut être administré selon un schéma en 2 doses (voir rubriques 5.1). La deuxième dose doit être administrée au moins de 5 mois après la première dose. Si la deuxième dose est administrée moins de 5 mois après la première dose, une troisième dose devra toujours être administrée. Gardasil 9 peut être administré selon un schéma en 3 doses (à 0, 2, 6 mois). La deuxième dose doit être administrée au moins un mois après la première dose, et la troisième dose doit être administrée au moins 3 mois après la deuxième dose. Les trois doses doivent être administrées en moins d'un an. **Sujets âgés de 15 ans et plus au moment de la première injection** Gardasil 9 doit être administré selon un schéma en 3 doses (à 0, 2, 6 mois). La deuxième dose doit être administrée au moins un mois après la première dose, et la troisième dose doit être administrée au moins 3 mois après la deuxième dose. Les trois doses doivent être administrées en moins d'un an. Gardasil 9 doit être utilisé selon les recommandations officielles. Il est recommandé aux sujets qui ont reçu une première dose de Gardasil 9 de terminer le schéma de vaccination avec Gardasil 9 (voir rubrique 4.4). La nécessité d'une dose de rappel n'a pas été établie. Aucune étude utilisant un schéma mixte (interchangeabilité) de vaccins HPV n'a été réalisée avec Gardasil 9. Les sujets qui ont été précédemment vaccinés selon un schéma en 3 doses avec un vaccin HPV quadrivalent types 6, 11, 16 et 18 (Gardasil), ci-après appelé vaccin qHPV, peuvent recevoir 3 doses de Gardasil 9 (voir rubrique 5.1). **Population pédiatrique (enfants âgés de moins de 9 ans)** La tolérance et l'efficacité de Gardasil 9 chez les enfants âgés de moins de 9 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible (voir rubrique 5.1). **Femmes âgées de plus de 27 ans ou plus** La tolérance et l'efficacité de Gardasil 9 chez les femmes âgées de 27 ans et plus n'ont pas été étudiées (voir rubrique 5.1). **Mode d'administration** Le vaccin doit être administré par voie intramusculaire. Le vaccin doit être injecté de préférence dans la région deltoïdienne de la partie supérieure du bras ou dans la région antéro-latérale supérieure de la cuisse. Gardasil 9 ne doit pas être injecté par voie intravasculaire, sous-cutanée ou intradermique. Le vaccin ne doit pas être mélangé, dans la même seringue, avec d'autres vaccins ou solutions. Pour les instructions concernant la manipulation du vaccin avant administration, voir la rubrique 6.6. **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients du vaccin listés dans la rubrique 6.1. Les sujets ayant présenté précédemment une hypersensibilité après une administration antérieure de Gardasil 9 ou du vaccin qHPV ne doivent pas recevoir Gardasil 9. **4.4 Effets indésirables A. Résumé du profil de tolérance** Dans l'étude clinique, les sujets ont reçu Gardasil 9 le jour de leur inclusion et approximativement 2 mois et 6 mois plus tard. La tolérance a été évaluée en utilisant des carnets de surveillance pendant 14 jours après chaque injection de Gardasil 9. Un total de 15 776 sujets (10 495 sujets âgés de 16 à 26 ans et 5 281 adolescents âgés de 9 à 15 ans au moment de l'inclusion) ont reçu Gardasil 9. Quelques sujets (0,1 %) ont interrompu l'étude en raison d'effets indésirables. Les effets indésirables les plus fréquemment observés avec Gardasil 9 ont été des réactions au site d'injection (rapportées chez 84,8 % des vaccinés dans les 5 jours suivant un rendez-vous vaccinal) et des céphalées (rapportées chez 13,2 % des vaccinés dans les 15 jours suivant un rendez-vous vaccinal). Ces effets indésirables étaient en général d'intensité légère ou modérée. **B. Résumé tabulé des effets indésirables Etudes cliniques** Les effets indésirables considérés comme pouvant être liés à la vaccination ont été classés en fonction de leur fréquence. Les fréquences sont classées de la façon suivante : Très fréquent (≥ 1/10), Fréquent (≥ 1/100 à <1/10), Classe de Système organe/Fréquence/Effets indésirables. **Affections du système nerveux** : Très fréquent : céphalées; Fréquent : sensations vertigineuses. **Affections gastro-intestinales** : Fréquent : nausées. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** : Très fréquent : douleur, gonflement, érythème; Fréquent : fièvre, fatigue, au site d'injection : prurit, ecchymose. Dans une étude clinique conduite chez 1 053 adolescents (âgés de 11 à 15 ans en bonne santé, l'administration concomitante de la première dose de Gardasil 9 avec un vaccin combiné de rappel diphtérique, tétanique, coquelucheux (acellulaire, multicomposé) et poliomyélite (inactivé) a montré qu'il y avait plus de réactions au site d'injection (gonflement, érythème), de céphalées et de fièvre rapportées. Les différences observées étaient < 10 % et chez la majorité des sujets, les événements indésirables étaient rapportés avec une intensité faible à modérée (voir rubrique 4.5). **Expérience après la mise sur le marché** Les événements indésirables suivants ont été spontanément rapportés lors de l'utilisation après la mise sur le marché du vaccin qHPV et pourraient également être observés avec Gardasil 9. L'expérience après la mise sur le marché concernant la tolérance du vaccin qHPV est pertinente pour Gardasil 9 puisque les 2 vaccins ont en commun des protéines L1 de 4 méremes types d'HPV. Comme ces événements ont été rapportés spontanément à partir d'une population de taille incertaine, il n'est pas toujours possible d'estimer de manière fiable leur fréquence ni d'établir pour tous les événements un lien de cause à effet avec la vaccination. **Infections et infestations** : Cellulite au site d'injection. **Affections hématologiques et du système lymphatique** : Purpura thrombopénique idiopathique, lymphadénopathie. **Affections du système immunitaire** : Réactions d'hypersensibilité incluant des réactions anaphylactiques/anaphylactoïdes, bronchospasme et urticaire. **Affections du système nerveux** : Encéphalomyélite aigue disséminée, syndrome de Guillain-Barré, syncopie parfois accompagnée de mouvements tonico-cloniques. **Affections gastro-intestinales** : Vomissements. **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 le système national de déclaration: en 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@afmps.be), au 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). **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** MSD vaccins, 162 avenue Jean Jaurès, 69007 Lyon, France. **8. NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** EU/1/15/1007/001, EU/1/15/1007/002, EU/1/15/1007/003. **9. DATE DE PREMIERE AUTORISATION/RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de première autorisation: 10/06/2015. **10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** 02/2017. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'Agence Européenne des Médicaments: http://www.ema.europa.eu. **DÉLIVRANCE**: uniquement sur prescription médicale.

Références: 1. Gardasil® 9: SPC 02/2017. 2. Gardasil® SPC 03/2017.

MSD Belgium SPRL. Clos du Lynx, 5 / 1200 Bruxelles
VACC-1205903-0015 • Date of last revision: 05/2017.



4 placements alternatifs pour diversifier



Actions, obligations, sicavs... toujours la même rengaine. Et si, pour varier les plaisirs, vous envisagiez l'un ou l'autre placement alternatif afin de diversifier votre portefeuille? Les possibilités ne manquent pas. Voici quelques exemples d'instruments financiers moins connus du grand public, qui ne sont pas forcément ni plus risqués, ni plus complexes, que les investissements traditionnels.

Tout investisseur sérieux est amené à diversifier son portefeuille. En fonction des objectifs financiers et de l'horizon de placement, chacun veille à trouver le juste équilibre entre actions, obligations et liquidités, soit directement, soit via des fonds ou des sicavs. Néanmoins, d'autres types de placements dits «alternatifs» parce que moins courants peuvent également être envisagés dans une optique de diversification. Ces produits financiers peuvent répondre à deux objectifs distincts des investisseurs: soit élargir la répartition des risques, soit constituer une source supplémentaire de rendement potentiel.

SIR: investir dans l'immobilier sans brique

Les Sociétés immobilières réglementées (SIR) sont la nouvelle dénomination des SICAFI, qui avaient elles-mêmes succédé aux certificats fonciers il y a une vingtaine d'années. Si ces derniers ont connu de nombreuses mésaventures, c'est justement pour éviter pareilles déconvenues

que le législateur a fortement encadré le fonctionnement de ces sociétés depuis 1995, en instaurant les SICAFI, depuis lors devenues les SIR.

A l'instar d'une sicav ou d'un fonds commun de placement, une SIR est une société qui investit le capital qui lui est confié dans différents actifs afin d'en faire fructifier la valeur. Les sicav traditionnelles investissent dans des actions, des obligations, des instruments monétaires, des matières premières, etc. Les SIR investissent leur actif dans des biens immobiliers. L'investisseur particulier peut dès lors souscrire à des parts qui sont cotées en Bourse. De leur côté, les gestionnaires de la SIR s'assurent de la bonne santé de leur parc immobilier, de la perception des loyers, du vide locatif, etc.

Il existe en Belgique une quinzaine de SIR dont certains noms sont assez connus du grand public: Cofinimmo, Befimmo ou Home Invest Belgium par exemple. Comme pour les sicavs, chaque société est spécialisée dans un

ou plusieurs sous-segments du marché immobilier: les bureaux, le résidentiel, l'horeca, le secteur hospitalier, le commerce de détail, etc.

Il ne faudrait toutefois pas confondre les SIR avec les promoteurs immobiliers, très actifs également en Belgique, mais dont les activités sont moins réglementées. Contrairement aux entreprises de promotion immobilière, les SIR n'ont pas vocation à spéculer sur la valeur de marché des biens. Pour prendre un exemple récent: construire un centre commercial dans l'espoir de le revendre rapidement pour encaisser une plus-value n'est pas une activité autorisée pour les SIR.

Bien évidemment, comme tout placement boursier, l'investissement dans une SIR comporte des risques (taux d'intérêt, endettement, vide locatif, valorisation, etc.) qu'il convient d'analyser avec un conseiller spécialisé. Néanmoins, depuis leur lancement en 1995, ces produits affichent une remarquable stabilité sur le long terme. Début 2016, une enquête du journal *L'Echo* faisait état d'un rendement annuel

votre portefeuille

moyen net de l'ordre de 4%. Comment s'expliquent ces belles performances? Le cadre législatif est extrêmement rigoureux et proscrit de nombreuses pratiques qui pourraient être dommageables pour les investisseurs. Ainsi, le niveau d'endettement et la diversification du portefeuille d'une SIR répondent à des critères légaux très stricts. De même, ces sociétés sont légalement obligées de distribuer chaque année au moins 80% de leur bénéfice à leurs actionnaires, sous la forme de dividende.

Les fonds indiciels ou ETF

Les fonds indiciels ou *Exchange Traded Funds* (ETF) constituent une autre variante de la sacro-sainte sicav qui attire tellement d'investisseurs belges. La spécificité du fonds indicial réside dans son sous-jacent. Traditionnellement, le gestionnaire d'une sicav classique va, dans sa politique d'investissement, prendre position sur un secteur bien particulier du marché qu'il estime en mesure de générer de la plus-value. On peut ainsi souscrire à des sicavs qui misent sur la croissance du marché des énergies vertes, sur le potentiel de rendement des obligations des pays émergents, sur l'innovation du secteur pharmaceutique européen ou encore sur les dividendes versés par les actions de sociétés américaines. Le nombre de thématiques des sicavs n'a de limite que l'imagination de leurs gestionnaires.

A l'inverse, un fonds indicial joue la carte de la gestion passive. Pour l'expliquer de manière un peu triviale: il ne se mouille pas en misant sur un secteur ou un autre, mais se contente de répliquer la performance d'un indice boursier dans son ensemble. Prenons un exemple très concret: un fonds indicial qui répliquerait les performances de l'indice BEL20 offrirait à ses souscripteurs un rendement similaire à celui qu'ils obtiendraient en achetant individuellement des actions de chaque société qui compose le BEL20 et en respectant leur pondération au sein de l'indice.

Ce type de fonds commence à susciter un intérêt croissant au sein des investisseurs particuliers, au point que plusieurs enseignes belges annoncent qu'elles intégreront prochainement ce type de produits à leur offre existante. Néanmoins, la plupart des plateformes de trading en ligne les proposent déjà depuis longtemps.

Par ailleurs, ces produits passifs présentent des frais de gestion moins élevés comparés aux sicavs activement gérées. Logique: leur mode passif exige une structure de gestion peu complexe et donc moins coûteuse.

Investir dans une start-up

C'est une tendance en plein développement qui s'inscrit dans la lignée de l'économie collaborative. Bon nombre d'investisseurs s'intéressent désormais au parcours que suit leur argent. Quitte à financer des projets d'entreprises, autant en faire profiter aux initiatives locales. La démarche n'est pas étrangère à une demande générale des consommateurs pour une plus grande transparence. De même qu'on choisit ses fruits et légumes en examinant leur provenance, on veut désormais une vision claire sur l'utilisation qui est faite de l'argent qu'on investit.

Cette nouvelle demande trouve une réponse dans les plateformes de financement participatif. En Belgique, la plus connue demeure bien évidemment MyMicroInvest, mais ce n'est pas la seule. Plusieurs enseignes proposent désormais à leurs clients un accès direct à ce nouveau marché via une plateforme en ligne directement hébergée sur leur site internet. Le principe est relativement simple: on vous présente plusieurs projets d'entreprises qui ont besoin de fonds supplémentaires pour se développer et vous sélectionnez selon vos propres critères celles à qui vous souhaitez confier une partie de votre argent. Les projets sont très variés et touchent à tous les domaines: le lancement d'une nouvelle application mobile, un artisan qui souhaite intensifier sa cadence de production de meubles design, un magasin de vêtements éco-responsables, etc.

Votre investissement peut prendre deux formes: une participation directe dans le capital de l'entreprise ou un prêt qui vous sera remboursé à l'échéance moyennant le paiement d'un intérêt. Afin d'éviter un emballement incontrôlable qui pourrait mener à la formation d'une bulle spéculative, le législateur belge a émis quelques règles: les investissements de ce type sont autorisés jusqu'à un plafond de 100.000 euros par an et par investisseur particulier. En contrepartie, une carotte fiscale est proposée pour encourager cette pratique: vous récupérez 45% de votre investissement de départ dans une micro-entreprise via votre déclaration fiscale (30% dans le cas de PME).

Bien évidemment, ce type de placement n'est pas dénué de risque. Même la micro-entreprise la plus sympathique et la plus innovante peut un jour s'écrouler pour de multiples raisons (mauvaise gestion, conditions de marché défavorables, émergence de nouveaux concurrents, etc.). Bref, ces placements a priori faciles qui se réalisent en quelques clics nécessitent tout de même une attention

particulière et une inspection minutieuse des informations mises à disposition par les entreprises candidates.

Les produits structurés indexés sur l'inflation

Au lendemain de la crise de 2008, les produits structurés ont été accusés de tous les maux. S'ils peuvent difficilement être tenus pour responsables de la crise des subprimes, ils en ont toutefois subi les conséquences de plein fouet. Résultat: après la faillite ou la nationalisation forcée d'une série d'enseignes bancaires, de nombreux particuliers qui avaient cru bon d'investir dans ces produits ont soudain réalisé qu'une partie de leurs économies était partie en fumée. En cause? Des structures complexes (qui jouaient par exemple sur des multiples de taux de change entre diverses devises ou sur la pente de la courbe des taux), peu compréhensibles et des mécanismes de «garantie» du capital que n'avaient visiblement pas compris la plupart des souscripteurs.

En Belgique, la réaction n'a pas tardé et l'autorité des marchés financiers (FSMA) a rapidement imposé un moratoire sur ce type d'instruments financiers en bannissant les «structures complexes» et en imposant aux banques qui les commercialisent d'être beaucoup plus explicites dans les informations qui sont fournies, en particulier sur les risques, le rendement potentiel et l'éventuel mécanisme de garantie du capital investi. En effet, un produit structuré commercialisé par une banque A peut tout à fait être émis à la base par une banque B et être garanti par une banque C...

La décision de la FSMA a eu pour effet d'assainir ce marché qui est dès lors revenu à des pratiques plus raisonnables et transparentes et des produits au fonctionnement beaucoup plus simple à décoder. Parmi ceux-ci, les produits structurés au rendement indexé sur l'inflation restent une solution qui peut avoir sa place dans un portefeuille diversifié, en particulier en ces temps où les prix repartent à la hausse (2,28% d'augmentation annuelle en avril 2017 en Belgique).

Comment cela fonctionne-t-il? Un produit structuré est un instrument de dette, autrement dit une obligation. Vous investissez un capital de départ qui vous sera restitué en tout

ou en partie à l'échéance qui est déterminée à l'avance. Le rendement de votre placement est déterminé par un scénario qui est clairement exposé dans le prospectus de vente, c'est ce que l'on appelle la structure du produit. Votre rendement (le coupon) peut ainsi être lié à l'évolution d'un taux, d'un indice boursier, d'un panier d'actions ou, dans le cas présenté ici, à l'inflation. Prenons l'exemple d'un produit d'une durée de 5 ans qui vous propose un coupon annuel qui offre 1% de plus que l'inflation belge. Dans ce cas, vous toucherez chaque année un coupon brut calculé en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation. Ainsi, une inflation annuelle de 2,28% comme ce fut le cas en avril dernier vous donnerait droit à un coupon brut de 3,28%. Ce coupon serait alors recalculé chaque année. A l'échéance (en 2022 donc), vous récupérerez votre investissement de départ... à condition que le droit au remboursement à l'échéance figure bien dans la politique d'investissement. Ce n'est en effet pas toujours le cas.

En cas de droit au remboursement intégral à l'échéance, ce type de placement indexé sur l'inflation peut s'envisager comme une manière de sécuriser une partie de votre portefeuille contre une hausse des prix. Néanmoins, ces placements ne sont pas sans risque: une faillite ou un défaut de l'émetteur ou du garant peuvent vous faire perdre une partie, voire la totalité de votre placement. Autant dès lors sélectionner les contreparties qui bénéficient d'un rating élevé. Par ailleurs, ces produits sont cotés sur le marché secondaire. Autrement dit, si vous souhaitez récupérer votre argent avant l'échéance, vous devrez revendre votre produit à son cours de marché qui peut monter... ou descendre. ■

Albin Wantier

PETITES ANNONCES

Offre d'emploi

Les Centres hospitaliers Jolimont – sites Tubize-Nivelles – recrutent un médecin généraliste pour travailler dans une unité de gériatrie/revalidation. Tima de 8/10.

Contact: carine.jaumotte@jolimont.be

MG Maître de stage à Marcinelle cherche assistant ou MG pour travailler en association. 2 cabinets, télésecrétariat, dmi, consultations uniquement sur rdv, patientèle variée, DR ROGER Daphné rogerdaphne@skynet.be 071/363144.

Secrétaire médicale indépendante dactylographie votre courrier depuis mon domicile (matériel Olympus). Expérimentée dans le domaine médical depuis 15 ans. Motivée, sérieuse, organisée et dynamique. Travail soigné et rapide. GSM: 0499/26.16.87.

Cause départ à la retraite, à remettre cabinet de médecine esthétique et diététique à Charleroi. Rens 0475/31.70.94.

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 à 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. Tel 04/342.22.53 ou 0496/41.43.22.

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. Tel 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. 200 euros. Tel: 0470/24.93.67.

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

Immobilier

A louer séparément ou en un lot-Bouge (Namur). 2 plateaux de 120m² modulables, de plain pied. 2 grands

parkings privés à proximité du CHR Namur et de Saint Luc Bouge ainsi que des bus, autoroutes et voie de communication. Libre le 1/7/2017. Loyer à discuter. Contact 0497/473287, f.dervaux@portima.be.

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.

A louer RDC CAB. MED./spécialiste/dentiste/paraméd.: 60M² (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 530m² + 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.

Vacances

A louer Drome provençale face au Mont Ventoux (Barret-de-Liourre): mas typique isolé au milieu des champs de lavande (1,5ha). Vue magnifique. Piscine 10x5. 4 ch. dont 1 studio, 3 sdb. Idéal pour 8 pers. Commerces à 6km (Montbrun-les-bains). GR nombreux. Libre début juillet et fin aout. Visible sur immoweb et luberonweb. Tel 065/669346 ou 0475/477612.

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, rivière. 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. Tel 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. Tel: 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 rigga" 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.

Vous aussi souhaitez publier une annonce dans nos prochaines éditions?

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

VOYAGEZ L'ESTOMAC LÉGER !
sans somnolence

Antimetil®
à base de gingembre

ESTOMAC LÉGER · LICHTE MAAG
gingembre · gember
Extrait standardisé à 10% de gingérols
Gestandaardiseerd extract met 10% gingerol
30 x

PETITS COMPRIMÉS faciles à avaler
50 mg d'extrait sec de **gingembre** standardisé à 10% de gingérols

ESTOMAC LÉGER · LICHTE MAAG
Antimetil® gom
gingembre · gember
Extrait standardisé à 10% de gingérols
Gestandaardiseerd extract met 10% gingerol
Goût citron · Citroensmaak
SANS SUCRE · ZONDER SUIKER
24 x

GOMMES À SUCER · Goût citron
25 mg d'extrait sec de **gingembre** standardisé à 10% de gingérols

Tilman® Votre santé par les plantes

Antimetil · 10,50€
CNK : 2697-373
Antimetil gom · 10,50€
CNK : 3361-615
www.antimetil.be

VOLVO S60 POLESTAR 2017

Désormais reconnu comme un vrai constructeur premium, Volvo en adopte toutes les règles. Comme construire un département sportif digne de ce nom et en charge des modèles affûtés. La S60 est la première à hériter du blason Polestar. Et ça ne fait que commencer.

Première



Comme AMG pour Mercedes en son temps, Polestar, préparateur bien connu, est désormais passé dans le giron de Volvo qui va utiliser ce département spécialisé comme nouvelle division sportive pour ses véhicules de série. L'enjeu se veut d'autant plus important que Volvo a désormais acquis son statut de constructeur premium à l'image du trio allemand, de Jaguar ou de Land Rover. Merci au chinois Geely qui a racheté la marque il y a quelques années et qui n'a dressé aucune entrave au développement du Suédois.

Au contraire: la Chine a largement investi pour hisser Volvo vers les sommets. En toute logique, cette stratégie intégrait le développement de Polestar qui deviendra rapidement l'égal de Audi Sport, BMW M ou Mercedes-AMG. Pour l'heure, la S60 est le premier modèle à recevoir ce prestigieux blason. Mais ce n'est qu'un premier tir car d'ici peu le XC90 et le nouveau XC60 devraient aussi adopter la même griffe. En attendant les autres...

Quatre cylindres

Pour les connaisseurs, la S60 Polestar n'est pas nouvelle puisqu'elle mène déjà carrière depuis 3 ans. Alors pourquoi en parler? Parce qu'elle vient de troquer son 6 cylindres de 3l pour un 2l 4 cylindres plus puissant (celui du XC90 T6 de 306ch). Car chez Volvo, la règle est désormais de tout assumer avec cette unique mécanique considérée comme plus propre et qui s'avère, bien évidem-

ment, moins chère à produire. Le secret? Un abondant recours à la suralimentation, pour compenser la réduction de cylindrée, et de cylindres ici. Sur le papier, ça marche puisque le nouveau 4 cylindres affiche 367ch, soit 17ch de mieux que le 6 en ligne (et 61 de mieux que le T6 du XC90), une puissance qui fait d'ailleurs de lui le 4 cylindres présentant le plus haut rendement du marché après le 2l AMG de la Mercedes Classe A (381ch).

Chasse au CO₂

Les travaux menés par les motoristes sont évidents: une pression de suralimentation portée à 2 bars, un nouveau profil d'arbre à came d'échappement, de nouveaux ressorts de soupapes, une pompe à essence plus puissante et de nouveaux circuits d'admission et d'évacuation des gaz. Revers de la médaille, le couple maxi n'est plus aussi généreux que celui de l'ancien 6 cylindres puisqu'on obtient 470Nm ici au lieu de 500Nm. Compensation: la valeur maximale est disponible sur une plus large plage, s'étendant désormais de 3.100 à 5.100tr/min. Bref, si l'on en croit les chiffres, le 2 litres devrait se montrer davantage plein et disponible que le 6 en ligne. A voir!

Il faut être honnête: le 4 cylindres n'a pas l'aura du 6 en ligne. Car outre une sonorité plus artificielle et feutrée, ce moteur semble perdre en caractère. Mais c'est logique, la copieuse suralimentation

contribuant à lisser son tempérament et à offrir une poussée franche mais à la personnalité moins marquée. Bref, les envolées sont plus lyriques mais on ne s'en rend pas vraiment compte. Et d'une certaine manière, on en profite moins, la mécanique étant moins communicative et moins exaltée. Un fait qui découle aussi de la boîte automatique à 8 rapports signée Aisin AW dont la tendance est de lisser la réponse. Chapeau en revanche pour la gestion qui n'a plus rien d'approximatif. Revue par Polestar, la gestion orchestre les passages de rapports avec douceur et progressivité même si on peut encore lui reprocher d'être un peu lente – ce n'est évidemment pas comme une boîte à double embrayage –, notamment sur le mode manuel. Mais que voulez-vous, désormais, ce sont plus les grammes de CO₂ qui font la loi que les chevaux. Et justement, le niveau d'émission de cette nouvelle Polestar interpelle: il chute de 231 à 179g/km, de quoi éluder presque tous les malus régionaux. En cela, la nouvelle S60 Polestar est gagnante sur toute la ligne!

Rigoureuse

Polestar s'est évidemment fait un malin plaisir à revoir le châssis de la S60. Résultat: des amortisseurs Öhlins à réglages manuels et des nouveaux ressorts annoncés 80% plus fermes que sur un S60 R. Excusez du peu! On note également l'adoption d'une barre anti-rapprochement pour parfaire

la rigidité générale et le choix d'un nouveau coupleur Haldex pour la transmission intégrale. Sa gestion a été revue par les ingénieurs de Polestar et il se permet d'envoyer, ici, plus de couple vers l'essieu arrière sur le mode Sport+, histoire d'optimiser l'équilibre et l'agilité. Il en ressort ce qu'on attendait, à savoir une voiture saine, prévenante et équilibrée qui, aux limites, dérive des 4 roues, mais toujours en tirant vers un léger sous-virage rassurant. Pas question de retrouver l'exubérance d'une BMW M3, ce qui n'était d'ailleurs pas le but.

En cela, la S60 Polestar est efficace, mais pas joueuse pour un sou, même lorsque la transmission renvoie plus de couple vers l'arrière. La surprise, en revanche, nous provient surtout du confort de marche qui, malgré la présence de jantes de 20 pouces et de pneus de taille ultra-basse, restitue à peu de choses près le caractère ouaté d'une S60 traditionnelle. Chapeau à nouveau! Car cette attitude permet d'envisager une utilisation quotidienne et elle révèle en tout cas une sportive d'une polyvalence rare. Et c'est là sans doute la plus belle réussite de Polestar: réaliser un grand écart comme seul notre Jean-Claude Van Damme nationale en a le secret... ■

Arnaud Dellicour



de cordée

Arkopharma
LABORATOIRES



CHONDRO-AID ARKOFLEX **EXPERT**

ARTICULATIONS

JOUR
NUIT



Le 1^{er} anti-arthrosique naturel
adapté à la chronobiologie cellulaire



JOUR

MOBILITE ET SOUPLESSE
ARTICULAIRES → Curcuma
+ Ovomet®



NUIT

FORMATION des CARTILAGES,
TENDONS et OS → Manganèse
+ Glucosamine sulfate



Commandez ici vos échantillons et vos carnets
ou surfez sur arkopharma.rmnet-corner.be



Trois adresses pour déguster un café de qualité

1. MOK Leuven, 165, Diestsestraat à 3000 Louvain. Tél.: 0495/31.67.18.
<https://mokcoffee.be>. Ouvert du lundi au vendredi de 08h à 18h
 ainsi que le samedi de 10h à 18h.



Désormais, il n'est plus possible de se plaindre de la qualité du café en Belgique. Dans toutes les villes du pays, il y a au moins un coffee bar digne de ce nom. Espresso, slow coffee, Aeropress, Chemex... on ne compte plus les manières de déguster son petit serré. À Louvain, une petite adresse séduit plus que les autres: MOK. D'emblée, le cadre invite à s'arrêter. L'esprit du lieu est tout entier voué

à la convivialité. On choisit l'espresso (2,20 euros) en version «houseblend». Préparé sur une La Marzocco, le café arrive à température idéale. Il séduit par ses notes fruitées. Bonne nouvelle, MOK a récemment ouvert une enseigne à Bruxelles, au 196 de la rue Antoine Dansaert.

2. Yuka, 166, Boulevard Anspach à 1000 Bruxelles.
 Tél.: 0477/35.04.06. Ouvert tous les jours de 8h à 20h.

Coincé entre deux imposants bâtiments du boulevard Anspach, Yuka appartient à un passionné de café qui y a mis tout son cœur, Moussa Ben Messoud, et dont c'est la première affaire. C'est sous la forme d'un couloir que se présente cet «espresso bar». A l'entrée, quelques tabourets offrent une pause en vitrine. Au milieu, un beau

comptoir en bois clair. À l'arrière, une petite salle ornée d'un mur en briques nues. Ce qui est vraiment remarquable ici, c'est le soin apporté au café. Moussa s'est amusé à en démonter tout le processus de production pour offrir le meilleur qui soit. Pour ce faire, il travaille en direct avec un torréfacteur belge qui lui concocte des «blends» sur mesure. Ainsi du «Blue», un mélange composé de 50% de grains brésiliens, 20% de grains originaires du Costa-Rica, 15% en provenance du Guatemala et 15% d'Éthiopie. Le tout pour un assemblage assez rond avec très peu d'acidité. On apprécie le fait que Moussa moule lui-même ses grains. Sans oublier que lui aussi travaille avec la Rolls des machines à café: une La Marzocco. Le résultat de toute cette chaîne est vraiment remarquable en version «noire de noire» pour un shot de 3cl (2,30 euros).

Outre le café vraiment exquis, la force de Yuka réside dans le contact naturel et plein de spontanéité que le patron instaure avec les clients. Moussa aime les gens et ça se sent. On apprécie aussi le fait qu'il propose des jus de fruits frais de saison, de bons thés - notamment à la menthe fraîche - et quelques délicieuses pâtisseries - dont un gâteau au caramel au beurre salé - signées par l'Atelier de Max.

3. Grand Maison, 37, Quai de la Goffe à 4000 Liège. Tél.: 0484/47.79.93.
www.grandmaison.be. Ouvert lundi, mercredi, jeudi et vendredi de 7h30 à 17h,
 ainsi que le samedi de 9h30 à 16h.

Liège n'a pas raté la vague du café. La preuve avec Grand Maison, un «espresso bar» ouvert par une graphiste et une architecte. Le pitch? Une belle demeure qui s'ouvre sur une terrasse ensoleillée. Le café? On opte pour l'espresso du mois (2,20 euros) qui lors de notre passage faisait valoir 50% Brésil, 30% Burundi et 20% Éthiopie. Le tout pour un résultat subtil en saveur, mais chargé en caféine. La bonne nouvelle est que l'on peut grignoter sur place, aussi bien salé - soupes, croques... - que sucré - l'excellent banana bread.



Tendance: la cuisine des îles

Frottée au soleil et zestée aux influences multiples, la cuisine des îles a des allures de fantôme culinaire. A proprement parler, la cuisine des îles n'existe pas. On devrait plutôt parler «des» cuisines des îles, et encore, cela ne suffirait pas à rendre compte de ce paysage morcelé, complexe et savoureux. Ce raccourci que s'autorisent à prendre les continents - comme si une étendue de terre posée sur ce globe pouvait revendiquer un autre statut que celui de l'insularité - ne doit pas être pris pour une offense. Au contraire. Si l'Europe, et plus généralement l'Occident, sont prompts à simplifier ces mosaïques, c'est parce que les îles incarnent un fantôme ultime, celui d'une nourriture flibustière soumise aux vents du large. Loin de la gastronomie des terroirs, identitairement crispée, la cuisine des îles donne envie de liberté. C'est enivrée de rhum que l'on rêve de goûter à ses fruits juteux et à ses sucres exotiques. Bref, cette gastronomie insulaire fouette notre imaginaire. Une bonne adresse pour la découvrir? Madagasikara à Bruxelles. Au programme: Ravitoto, des feuilles de manioc doux pilées et sautées au porc; un très fin canard préparé avec une sauce à la vanille et aux litchis; le curry jaune qui panache ail, gingembre et curcuma; ou encore, un grand classique, le Romazava qui mélange poulet, bœuf et brèdes (un assortiment de feuilles et herbes aromatiques).

Madagasikara, 10, rue de Flandre, à 1000 Bruxelles. Tél.: 0473/44.40.74. <http://madagasikara.be>. Ouvert de 12h à 14h30 et de 19h à 22h30, fermé le lundi, le mercredi midi et le dimanche.

Chiffre: 5

Campari vient de lancer un nouveau bar apéritif éphémère: Gaspare. Cet endroit s'est fixé pour objectif d'éveiller nos 5 sens. Le tout réalisé sur base d'une étude sensorielle menée par la VUB et en collaboration avec Malaika Brengman, professeur en marketing et en comportement des consommateurs. En clair, rien n'a été laissé au hasard: des couleurs et textures de l'intérieur à l'ambiance musicale sur la terrasse, jusqu'aux amuse-bouche proposés. «L'environnement dans lequel on déguste un apéritif a une influence sur la manière dont nous en ressentons les saveurs. Les couleurs peuvent par exemple éveiller certaines émotions, les sons peuvent renforcer une ambiance et les odeurs peuvent nous mettre dans une disposition spécifique. Tous les sens ont dès lors un impact précis sur l'expérience de dégustation d'un apéritif. Et si l'ensemble coïncide bien d'un point de vue sensoriel, nous nous sentons alors bien et communiquons ce bonheur autour de nous. Créer l'environnement dans lequel servir un cocktail parfait est un exercice intéressant. Bien que le Campari Tonic et le Negroni sont tous les deux très amers, chaque apéritif a besoin d'une présentation propre pour être apprécié à sa juste valeur», explique Brengman. Envie de jouer les souris de laboratoire? Gaspare sera accessible au public jusqu'au 30 juin dans la Jordaenshuis à Anvers.

www.piazzagaspare.be

Michel Verlinden



manhaē

UN ACCOMPAGNEMENT PENDANT TOUTE LA PÉRIODE MÉNOPAUSIQUE.

Manhaē est une solution nutritionnelle,
sans aucune source de phytoestrogènes,
adaptée à toutes les femmes en période
de pré-ménopause et ménopause.



LA SOLUTION
ORALE



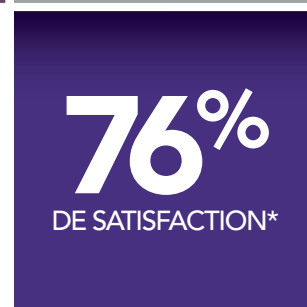
SANS
PHYTŒSTROGÈNES



DES ÉTUDES
SCIENTIFIQUES

UNE FORMULE UNIQUE :

- EPA et DHA : sont des acides gras polyinsaturés à longue chaîne de la famille des Oméga-3 et sont apportés par les Endophospholipides® et l'huile de poisson.
- Huile de bourrache : apporte du GLA
- Fer, vitamines B9 et E, bêta-carotène, zinc
- Flavonoïdes de *Citrus* (orange douce)



DES ÉTUDES SCIENTIFIQUES :

- Étude multicentrique 2005 – Biofortis – Essai n° 3705
- Étude multicentrique 2007 – Biofortis – Essai n° 6807
- Étude clinique randomisée en double aveugle contre placebo 2009
*Proclaim – Essai n° 2413

1 capsule par jour à avaler au cours du repas principal

CNK : 2451-607 – Existe aussi en format 3 mois – CNK : 2896-462 – NUT/PL 347/147.

Complément alimentaire.



Manhaē préserve la féminité de chaque femme.

Cette annonce est strictement destinée aux professionnels de la santé.

Nutrisanté
Laboratoires

Strengthen your organism

■ INFIRMIER EN CABINET MG ■

Soulagement et complémentarité

L'université d'Anvers vient de dresser un premier bilan à propos de sa formation d'infirmier en cabinet de médecine générale, qui a débuté l'automne dernier. Les échos sont unanimement positifs. La fonction ouvre de nouvelles perspectives pour alléger la charge de travail du MG.



Pour mémoire, l'université d'Anvers a choisi de concrétiser l'idée voulant qu'à l'avenir, pour absorber au mieux les besoins d'une population vieillissante et cumulant les pathologies chroniques, le MG soit secondé dans son cabinet par un collaborateur se chargeant non pas de l'aspect administratif mais bien de certaines tâches médicales, y compris dans le champ préventif. Elle a inauguré en octobre 2016 une formation d'infirmier assistant de pratique, qui a attiré une petite quarantaine de participants.

«Nous avons engagé un infirmier dans notre cabinet médical car nous avons constaté qu'il était devenu impossible de pratiquer correctement certaines interventions», ont affirmé à l'unanimité les médecins venus témoigner à un récent colloque de l'université d'Anvers. C'est également ce qui a motivé le Pr Roy Remmen, du *Centrum voor Huisartsgezondheidskunde* (le département de médecine générale) lorsqu'il y a plus d'un an, il s'est adressé au service de soins infirmiers et d'obstétrique de l'université: un infirmier en cabinet médical serait d'une grande aide pour les généralistes. «Aujourd'hui, les généralistes prennent en charge 1.100 patients en moyenne»,

précise Roy Remmen. «Mais je pense que nous pourrions aller jusqu'à 1.400 - 1.700 patients si nous arrivons à collaborer avec un assistant ou un infirmier.»

Neuf engagements

Le programme proposé par l'université d'Anvers inclut un volet théorique. Celui-ci porte sur des sujets très diversifiés, comme l'organisation du cabinet médical, la communication, la prévention et le suivi des maladies chroniques selon les principes des soins intégrés, et notamment de la gestion de cas. Mais, fait notable, les infirmiers participants suivent 360 heures de stage au sein du cabinet d'un généraliste.

Les organisateurs tablaient au départ sur la participation de 20 personnes. Ce chiffre était largement sous-estimé: 38 personnes, titulaires au minimum d'un baccalauréat en soins infirmiers, se sont inscrites à la formation. Les infirmiers expérimentés étaient particulièrement intéressés: 64% du groupe étaient diplômés en soins infirmiers depuis au moins 10 ans. Un quart était même diplômé depuis 20 ans. Entre-temps, 32 étudiants ont terminé le stage. Parmi eux, neuf ont été engagés comme infirmiers en cabinet MG.

Mix de tâches nouvelles et déléguées

Les infirmiers sont affectés à différentes missions. Ils démarrent par exemple une consultation de prévention des MST, ou effectuent des visites à domicile pour analyser l'environnement social du patient. Un constat récurrent émis au colloque concerne la complémentarité: l'infirmier de pratique soumet des idées pour l'accompagnement du patient que le généraliste n'avait jamais envisagées. Les patients communiquent parfois plus facilement certaines données à l'infirmier de cabinet qu'au généraliste, surtout s'il s'agit de sujets intimes. Pour les patients, il peut être plus aisé de rencontrer l'infirmier sur rendez-vous, par exemple pour une prophylaxie à base d'HBPM, plutôt qu'avoir à bloquer leur agenda jusqu'à ce que l'infirmier à domicile arrive chez eux. Un autre aspect non négligeable: dans le cadre du programme de formation d'infirmier en cabinet médical, l'université d'Anvers propose aussi une formation en spirométrie.

Lors du colloque, une personne dans l'auditoire s'est interrogée sur le concept. Les infirmiers en cabinet médical semblent endosser beaucoup de tâches nouvelles.

Et du côté des francophones?

En 2016, le cabinet de Maxime Prévot a consulté les parties prenantes et formé un groupe de travail «Assisteo» avec les représentants des infirmiers et des généralistes dans le but de co-construire un modèle de collaboration MG/infirmier. Il annonce pour cette année la mise en place d'une recherche-action, via un marché public, pour tester des formules qui devront se décliner dans les différents environnements de pratique (milieu rural/semi-rural/urbain, cabinet individuel/goupé, mono-disciplinaire ou pluridisciplinaire...). On insiste beaucoup, chez le ministre régional, sur le côté participatif du processus, pour façonner les modèles *bottom-up*. Maxime Prévot déclare espérer implémenter durant cette législature le futur dispositif, fondé sur les résultats des diverses expériences menées, avec généralisation de ce qui peut l'être. Le système perdra sa vieille appellation Assisteo (un dérivé d'Impulseo), pour ne pas sous-entendre une inégalité entre les membres du duo.

J.M.

Ceci induit-il réellement un soulagement pour le généraliste? Les MG ayant déjà tenté l'expérience ont confirmé avoir observé une véritable diminution de leur charge de travail. L'infirmier de pratique assure en effet une alternance de nouvelles tâches et de tâches déléguées.

Dr Michèle Langendries

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 Virlée

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