

# Coordonner pour mieux soigner

Pour le Dr Jacquet, travailler en équipe est apparu comme une évidence en 1976, déjà. Le praticien est loin d'être un inconnu dans le paysage médical (entre autres, il est le fondateur et premier président du FAGC et du FAG, et président de la coordination des soins à domicile de Charleroi), mais il ne tire aucune gloire de ses divers titres. Un seul objectif l'anime : faire de la médecine générale une pratique reconnue, forte et structurée.

Manuel Di Pietrantonio

**L**e docteur Michel Jacquet exerçait depuis 6 ans en clinique quand il a, selon lui, bien été obligé de faire ce constat : « En 1976, il est apparu que les médecins généralistes n'avaient plus leur place au sein des hôpitaux. On nous conseillait à ce moment de nous spécialiser si nous voulions rester en clinique. J'étais également convaincu qu'il fallait travailler en multidisciplinaire avec les infirmières, les kinés, les diététiciens, les psychologues et surtout, avec le tissu d'aide social carolo. A l'époque, on était pourtant encore très loin de cette perspective. Il fallait créer une vraie synergie. » C'est avec l'équipe qui l'entoure à l'hôpital qu'il décide de monter sa propre structure. Un groupe alors composée de deux MG, le Dr Bataille (son ancien stagiaire en clinique) et lui-même, d'un kinésithérapeute, M. Flament, et d'une infirmière, Mme Patteeuw. Ils achètent ensemble en 1976 un terrain à Montignies-sur-Sambre et font construire un bâtiment adapté à leurs besoins : salle d'attente, salles d'examens, salle de kiné et plusieurs bureaux. En 77, la maison médicale « La Montagnarde » est inaugurée. L'Ordre des médecins de la province du Hainaut approuve les nouveaux statuts de la structure : d'apparence anodine, c'est pourtant une première dans le genre à l'époque. Aujourd'hui, la Montagnarde est reconnue comme ASI, une Association de santé intégrée, agréée par la Région wallonne. Elle ne fait toutefois pas partie de la Fédération des maisons médicales.

## Stabilité

Les prestataires fondateurs sont toujours présents mais l'équipe s'est peu à peu agrandie. Elle compte actuellement quatre MG (dont le fils du Dr Jacquet, Thibaut), deux infirmières, deux kinés, une psychologue (active depuis 2009), deux diététiciennes, un pédicure ainsi que deux accueillantes. Une augmentation de personnel qui s'est faite progressivement sur les 34 ans d'existence de la maison médicale. Les relations avec les autres confrères de la commune et de la région se sont toujours déroulé « sans problèmes ». « J'ai toujours été sensible aux difficultés de la médecine en solo et durant ma présidence du FAG, j'ai toujours mis un point d'honneur à respecter toutes les tendances en médecine générale », indique Michel Jacquet.

## Une patientèle fidèle à son médecin

Chaque médecin a sa patientèle mais en cas de besoin, « chaque patient pourra bien entendu être pris en charge

par un confrère ». Les MG travaillent dans la structure selon un horaire préétabli, chaque jour de la semaine, entre 7 h 30 et 19 h 30 ; les patients savent donc quand leur MG attitré sera présent.

En débutant son histoire au milieu des années 70, La Montagnarde a connu l'ère 'glorieuse' du tout papier. « Les médecins disposaient des dossiers et leur gestion se faisait avec l'aide de la secrétaire ». « Mais grâce à l'outil informatique, nous avons désormais centralisé tout cela et chaque patient dispose d'un dossier informatique qui peut être consulté par chaque MG depuis l'endroit qu'il souhaite », dit-il. La Montagnarde est entièrement équipée et les collaborateurs disposent chacun d'ordinateurs portables. La base de données de patients (environ 6.000) est dupliquée sur chaque poste informatique. « Nous procédons à une synchronisation de celle-ci 3 à 4 fois par semaine, afin que les changements soient connus de tous », ajoute le Dr Jacquet. Située au centre de Montignies-sur-Sambre, dans la région de Charleroi, La Montagnarde reçoit des patients d'une grande mixité sociale, y compris des SDF. « Nous avons aussi de nombreux patients étrangers. Pour le moment ça fonctionne correctement, nous n'avons pas besoin de traducteurs », explique le MG. Au niveau du DMG, « les mutuelles ont fait un gros travail de communication, les patients viennent donc chez nous en le demandant naturellement et nous le proposons également », ajoute le généraliste. « Nous discutons également avec nos patients afin d'avoir une relation la plus sereine et efficace possible. Parfois il faut pouvoir recadrer des patients qui vont trop loin. Il y a une travail d'éducation à faire en quelque sorte. Nous leur expliquons que les patients ont des droits mais aussi des devoirs », ajoute-t-il. Les prix, eux, sont affichés dans la salle d'attente : consultations, DMG, visites à domicile et tiers payant ou pas, tout est transparent pour le patient.

## Une voix pour tous

La Maison médicale La Montagnarde est constituée en asbl, et tout le personnel en est membre. Chaque jeudi, une réunion d'équipe est organisée, où les problèmes administratifs et médicaux sont abordés. « J'établis l'ordre du jour. Ces réunions durent deux heures au minimum et réunissent toute l'équipe. Chacun est libre d'y prendre la parole. Les cas de certains patients y sont



Le Dr Michel Jacquet (à gauche) accompagné d'une partie de son équipe médicale et administrative de La Montagnarde, à Montignies-sur-Sambre.

également débattus », insiste le Docteur Jacquet, ajoutant que l'équipe, qui se croise tous les jours dans les locaux, échange beaucoup d'informations.

Du point de vue administratif, la maison médicale possède une direction classique d'asbl, avec un président, un vice-président un secrétaire et un trésorier. Selon les propres termes du docteur Jacquet, « on ne fait pas de vote mais il faut l'unanimité chaque fois ! », notamment – et surtout ! lorsque l'on parle de l'engagement d'un nouveau collaborateur.

## Préparer le futur

« Je sens bien que les jeunes sont attirés par ce modèle d'association » conclut le Dr Jacquet. « Si je me suis lancé à l'époque, c'était par conviction. Je vois aujourd'hui que les MG solos ont du mal et que les jeunes diplômés sont hésitants à tenter seuls l'aventure. Avec cette maison médicale, je préfère d'ailleurs parler d'une équipe, j'ai une structure qui fonctionne très bien. » Arrivée l'année dernière, la benjamine de l'équipe, le Dr Donatielle Delcommune résume en quelques mots la philosophie de La Montagnarde : « même si il y a des hauts et des bas, on est avant tout une équipe interdisciplinaire soudée qui a la volonté de collaborer ». ♦

## A l'acte

Actuellement, la Maison médicale fonctionne à l'acte, un choix qui s'imposait naturellement à ses débuts. Mais il n'est pas dit que d'ici quelques années, elle ne passera pas au système de forfait. « Ce sont ceux qui me remplaceront qui décideront alors », explique le Dr Jacquet. Au niveau des frais de secrétariat, la répartition est simple puisque c'est un rapport proportionnel qui est effectué : chacun prend en charge une partie de la somme qui correspond au travail qu'il effectue à La Montagnarde.

## Des activités tous azimuts

En plus des campagnes coordonnées nationales ou communautaires sur la vaccination contre le cancer du col utérin chez la jeune fille, la promotion du mammotest et le dépistage du cancer colorectal, La Montagnarde organise ses propres activités ludiques de prévention. Une marche Santé est organisée chaque année, avec petits-déjeuners éducatifs concoctés par les diététiciennes et exercices dans les bois coordonnés par les kinés. L'accent est également mis sur la collecte de sang et la venue de nouveaux donneurs (une cinquantaine chaque année), accueillis par un copieux buffet servi par l'équipe. On peut également signaler des cueillettes de champignons encadrées par des guides nature ou une chasse aux œufs organisée pour les enfants à Pâques. Avec la participation d'un dentiste pédagogue pour éviter toute débauche de sucreries !

## Sur la route

Les MG de La Montagnarde sont dans le système de garde organisé par la FAGC à Charleroi. Un système particulier puisque les médecins sont accompagnés à domicile, dans une voiture équipée médicalement, avec chauffeur qui veille également à leur sécurité. Ils assurent aussi la continuité de soins en prenant part aux consultations du poste de garde de la région. D'autre part, sur les deux infirmières présentes dans l'équipe de la maison médicale, l'une est affectée au dispensaire alors que l'autre effectue les visites à domicile, de même pour les kinés.

**RESUME DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT** **1. DENOMINATION DU MEDICAMENT** Cymbalta 30 mg, gélule gastro-résistante. Cymbalta 60 mg, gélule gastro-résistante. **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Cymbalta 30mg : Chaque gélule contient 30 mg de duloxétine (sous forme de chlorhydrate). Excipient : chaque gélule contient 8,6 mg de saccharose. Cymbalta 60mg : Chaque gélule contient 60 mg de duloxétine (sous forme de chlorhydrate). Excipient : chaque gélule contient 17,2 mg de saccharose. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Gélule gastro-résistante. Cymbalta 30mg : Corps blanc opaque imprimé "30 mg" et coiffe bleu opaque imprimée 9543. Cymbalta 60mg : Corps vert opaque imprimé "60 mg" et coiffe bleu opaque imprimée 9542.

**4. DONNÉES CLINIQUES** **4.1 Indications thérapeutiques** Traitement du trouble dépressif majeur. Traitement de la douleur neuropathique diabétique périphérique. Traitement du trouble anxie généralisée. Cymbalta est indiquée chez l'adulte. Pour plus d'informations, voir rubrique 5.1. **4.2 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, 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 démontré. 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 anxie généralisée** La posologie initiale recommandée chez les patients présentant un trouble anxie généralisée 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'intérêt recommandée chez la plupart des patients. Chez les patients présentant un trouble dépressif majeur associé, la posologie initiale comme d'habitude est de 30 mg une fois par jour (veuillez également lire les recommandations de posologie ci-dessus). Des doses allant jusqu'à 120 mg par jour sont efficaces en termes de sécurité d'emploi, mais doivent être évaluées dans des essais cliniques. Chez les patients présentant une réponse insuffisante, la dose devra être augmentée à 120 mg par jour. **Douleur neuropathique diabétique périphérique** La posologie initiale et recommandée est de 60 mg une fois par jour, à prendre au cours ou en dehors des repas. La sévérité d'insuffisance de posologies supérieures à 60 mg une fois par jour, jusqu'à une dose maximale de 120 mg par jour, administrée plusieurs fois par jour, a été évaluée au cours des essais cliniques. Les concentrations plasmatiques de duloxétine ont montré une grande variabilité inter-individuelle (voir rubrique 5.2). De ce fait, chez certains patients, en cas de réponse insuffisante, 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) (voir rubrique 5.1).

**4.3 Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Association aux inhibiteurs de la mono-amine oxydase (MAO) non sélectifs, irréversibles (voir rubrique 4.5). Maladie hépatique entraînant une insuffisance hépatique (voir rubrique 4.5). Insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min, voir rubrique 4.3). Arrêt du traitement L'arrêt brutal du traitement doit être évité. Lors de l'arrêt du traitement par Cymbalta, 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 (voir rubriques 4.4 et 4.8). Si des symptômes non tolérables apparaissent lors de la diminution de la dose ou à l'arrêt du traitement, le retour à la dose précédemment prescrite peut être envisagé. Le médecin pourra ensuite reprendre la diminution de la dose, mais à un rythme plus progressif. **Mode d'administration** Voie orale

**4.4 Effets indésirables à Résumé du profil de sécurité** Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients traités par Cymbalta 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

à partir de la notification spontanée et lors des études cliniques contrôlées versus placebo (incluant au total 7819 patients, 4823 sous duloxétine et 2996 sous placebo) conduites dans la dépression, le trouble anxie généralisée et la douleur neuropathique diabétique.

**Tableau 1 : Effets indésirables Estimation de fréquence :** Très fréquent (> 1/10), fréquent (> 1/100, < 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.

## la dépression en rémission



Affection	Très fréquent	Fréquent	Peu fréquent	Rare	Très rare
Infections et infestations			Laryngite		
Affections du système immunitaire				Réaction anaphylactique, Manifestations d'hypersensibilité	
Affections endocrinianes				Hypothyroïdie	
Troubles du métabolisme et de la nutrition		Baisse de l'appétit	Hyperglycémie (rapportée particulièrement chez les patients diabétiques)	Déshydratation, Hyponatrémie, SIADH*	
Affections psychiatriques		Insomnie, Agitation, Baisse de la libido, Anxiété, Orgasmes anormaux, Rêves anormaux	Idées suicidaires*, Troubles du sommeil, Bruxisme, Déorientation, Apathie	Comportements suicidaires*, Manie, Hallucinations, Agressivité et colère*	
Affections du système nerveux	Céphalées (14,4 %), Somnolence (10,4 %),	Sensations vertigineuses, Léthargie, Tremblements Paresthésies	Myoclonies, Akathisie*, Nervosité, Trouble de l'attention, Dysgueuse, Dyskinésie, Syndrome des jambes sans repos, Sommeil de mauvaise qualité	Syndrome sérotoninergique*, Convulsions*, Agitation psychomotrice*, Symptômes extrapyramidaux*	
Affections oculaires		Vision floue	Mydriase, Troubles visuels	Glaucome	
Affections de l'oreille et du labyrinthe		Acouphènes*	Vertiges, Otolgies		
Affections cardiaques		Palpitations	Tachycardie, Rythme supraventriculaire, principalement à type de fibrillation auriculaire		
Affections vasculaires		Bouffées de chaleur, Augmentation de la pression artérielle*	Hypertension*, Fröideur des extrémités, Hypotension orthostatique*, Syncope*	Crise hypertensive*	
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales		Bâillements	Gêne pharyngée, Epistaxis		
Affections gastro-intestinales	Nausées (24,1 %), Sécheresse de la bouche (13,1 %)	Constipation, Diarrhée, Douleur abdominale Vomissements Dyspepsie, Flatulence	Hémorragie gastro-intestinale*, Gastro-entérite, Eructation, Gastro-	Stomatite, Halitose, Emission de sang dans les selles	
Affections hépatobiliaries			Augmentation des enzymes hépatiques (ALAT, ASAT, phosphatasées alcalines), Hépatite*, Atteinte hépatique aiguë	Insuffisance hépatique*, Ictère*	
Affections de la peau et du tissu sous-cutané		Hypersudation, Eruption cutanée,	Sueurs nocturnes, Urticaire, Dermatite de contact, Sueurs froides, Réactions de photosensibilité, Augmentation de la tendance aux ecchymoses	Syndrome de Stevens-Johnson*, Édème de Quincke*	
Affections musculo-squelettiques et systémiques		Douleurs musculo-squelettiques, Spasmes musculaires	Contractions musculaires, Tension musculaire	Trismus	
Affections du rein et des voies urinaires		Dysurie	Rétention urinaire, Retard mictionnel Nocturie Polyurie, Baisse du débit urinaire	Odeur anormale de l'urine	
Affections des organes de reproduction et du sein		Dysfonction érectile, Trouble de l'éjaculation, Ejaculation retardée,	Hémorragie gynécologique, Troubles menstruels, Dysfonctionnement sexuel	Symptômes ménopausiques, Galactorrhée, Hyperprolactinémie	
Troubles généraux et anomalies au site d'administration		Fatigue	Douleur thoracique* Chutes*, Sensations anormales Sensation de froid, Soif, Frissons, Malaise Sensation de chaud, Trouble de la marche		
Investigations		Perte de poids	Prise de poids, Augmentation de la créatinine phosphokinase (CPK), Hyperkaliémie	Hypercholestérolémie	

\* Des cas de convulsions et d'acouphènes ont également été rapportés après arrêt du traitement. <sup>1</sup> Des cas d'hypotension orthostatique et de syncope ont été rapportés particulièrement en début de traitement. <sup>2</sup> Voir rubrique 4.4. <sup>3</sup> Des cas d'agressivité et de colère ont été rapportés en particulier en début de traitement ou après son arrêt. <sup>4</sup> Des cas d'idées suicidaires et de comportements suicidaires ont été rapportés durant le traitement par duloxétine ou juste après son arrêt (voir rubrique 4.4). <sup>5</sup> Fréquence estimée sur la base des effets indésirables rapportés lors de la surveillance après commercialisation ; non observés dans les essais cliniques contrôlés versus placebo. <sup>6</sup> Pas de différence statistiquement significative par rapport au placebo. <sup>7</sup> Les chutes étaient plus fréquentes chez les sujets âgés (>65 ans) que chez les sujets jeunes (< 65 ans).

**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), troubles du sommeil (incluant insomnies et rêves agités), fatigue, somnolence, agitation ou anxiété, nausées et/ou vomissements, tremblements, céphalées, irritabilité, diarrhée, hyperhidrose et vertiges. Généralement, pour les ISRS et les IRSNA, ces symptômes sont d'intensité élevée 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 (voir rubriques 4.2 et 4.4).

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, mais l'augmentation moyenne était de 0,3 % plus importante dans le groupe duloxétine. 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. <sup>8</sup> Pas de différence statistiquement significative entre les groupes duloxétine et placebo. <sup>9</sup> DONNÉES PHARMACEUTIQUES 6.1 Liste des excipients

**Gélule :** Hypromélose Succinate d'acétate d'hypromélose, Saccharose, Sucre en microfibres, Talc, Dioxyde de titane (E171), Triethylcitrate, Coupe de la gélule : 30 mg ; Géluline, Laurylsulfate de sodium, Dioxyde de titane (E171), Indigoïne (E132), Encré verte comestible, Encré verte comestible, Encré blanche comestible, Encré blanche

comestible, Encré jaune comestible (E171), Propylène glycol, Shellac, Povidone. **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Eli Lilly and Company, Indianapolis, IN, USA. **8. DATE DE LA PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de la première autorisation : 17 décembre 2004 Date du dernier renouvellement : 24 juin 2009 **9. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** : juillet 2011 **10. DATE DE MISE À JOUR DU STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'Agence européenne du médicament (EMA) <http://www.ema.europa.eu>

NL-3991 RA Haute-Pierre 3 BUREAU(S) D'AUTORISATION(S) DE MISE SUR LE MARCHÉ EU/1/04/296/001 EU/1/04/296/002 9. DATE DE LA PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION Date de la première autorisation : 17 décembre 2004 Date du dernier renouvellement : 24 juin 2009 10. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE : juillet 2011 STATUT LEGAL DE DELIVRANCE Médicament soumis à prescription médicale. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site Internet de l'Agence européenne du médicament (EMA) <http://www.ema.europa.eu>

CYELB/08/2011/499

Lilly

Cymbalta®  
duloxetine HCl