

381 mars 2021

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & Environnement 6

**Risques liés aux perturbateurs endocriniens :
un défi pour le médecin généraliste**

MG & Médecine préventive 16

Du Sport sur ordonnance

Petite Clinique 17

Découverte fortuite

Revue officielle de la SSMG





Après avoir consacré des années, voire plusieurs dizaines d'années à la SSMG, dans des fonctions au sein des organes de gestion, dans la coordination des cellules spécifiques, dans la représentation de leurs pairs auprès des instances externes, dans le transfert de leur expertise à leurs consœurs et confrères à travers les formations... et cela tout en menant en parallèle une carrière bien remplie de médecins généralistes, ne voilà t'y pas qu'elles et ils se retirent sur la pointe des pieds nous laissant un peu orphelins.

Meeeeerci!!! Geneviève, Giuseppe, Évelyne, Bernard! Heureusement, vous restez membres de la SSMG de sorte que nous aurons encore l'occasion de nous rencontrer lors de nos formations! Nous vous souhaitons d'enfin pouvoir profiter à temps plein des choses qui vous tiennent à cœur: vos hobbies, vos proches et amis et surtout, de prendre du temps pour vous.



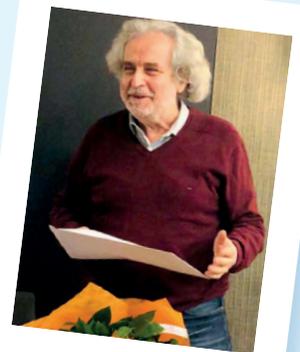
Dr Évelyne Lenoir



Dr Geneviève Bruwier



Dr Bernard Dor



Dr Giuseppe Pizzuto



3^e vague : COVID ou psy ?

Dr Patricia EECKELEERS

Médecin généraliste et membre du comité de lecture de la RMG

5590 Leignon

patricia.eeckeleers@ssmg.be

La capacité de résilience et d'autonomie face aux messages négatifs et anxiogènes n'est pas donnée à tous. Et ceux qui n'ont pas cette capacité souffrent davantage.

Je suis inquiète et très préoccupée par la situation psychologique que vit une grande partie de la population. Cette inquiétude est d'ailleurs relayée par le Collège de médecine générale^a. Quand cet édito sera publié, il y aura plus d'un an que nous sommes confinés, avec une brève interruption en été. Une récente étude de l'UMons dont la presse s'est fait l'écho, démontre que pour toutes les classes d'âge, à l'exception des 3 à 7 ans, le taux d'anxiété et de dépression augmente, touchant respectivement 36% des adolescents et 65% des jeunes adultes (19-25 ans). Au niveau dépression, le pic est maximal vers 25 ans. Cela a clairement augmenté encore à la 2^e vague^b.

Notre espèce, Homo Sapiens, est une espèce extrêmement sociable, qui a besoin des autres pour vivre et bien fonctionner.

Or, que voit-on ?

Au début, lors de la première vague, les jeunes couples avec enfants étaient en télétravail avec les enfants interdits d'école. Les adolescents étaient aussi confinés alors qu'à cet âge, on déborde d'énergie, et que les contacts avec les pairs sont importants, les copains, le sport, les sorties sont des besoins fondamentaux. Avec comme conséquences, l'apparition de burnout familial, de problèmes de couples (« ça passe ou ça casse ») et une explosion des violences conjugales et familiales.

Ensuite, ne parlons pas des MR/MRS, où, on a négligé la bombe à retardement que représentait le personnel, avec, je le rappelle, la possibilité de travailler même atteint de la COVID. Ce fut l'hécatombe annoncée, accompagnée d'un confinement poussé à l'extrême : il était évident que la valeur suprême était la vie. Mais qu'en est-il de sa qualité ? Que vaut

la vie si on est seul, loin des gens qu'on aime alors qu'on est en fin de vie ? L'inhumanité des soins liés au confinement poussée jusqu'au déni des désirs de nos aînés a été scandaleuse.

Par contre, les plus de 80% de nos octogénaires vivant non en MR/MRS n'existent tout simplement pas. Et pourtant ils continuent à faire leurs courses, tétanisés bien souvent par la peur d'être contaminés. Ce qui les fait bien souvent refuser leur aide-ménagère, leur kiné, leur infirmière et aussi le médecin avec quelques catastrophes à la clef. Et cela tout en étant bien souvent très partagés, très ambigus envers la famille : le besoin de voir leurs enfants et petit-enfants est fort. Ce qui explique certains refus net de précautions et la prise de risque : « Qui me dit que je serai encore là dans un an ? »

Et nos jeunes, nos enfants, nos ados, nos jeunes adultes, bloqués devant leur PC toute la journée, avec un travail scolaire hallucinant, des messages de l'école même la nuit et le WE, engendrant un stress énorme. Et tout cela sans pouvoir se défouler avec les copains, en faisant du sport d'équipe, sans sortie, avec très peu de relations affectives pourtant fondamentales à leur âge.

Quand je lis que les services de pédopsychiatrie débordent, que les cas d'anorexie mentale explosent, je ne peux que confirmer par les problèmes d'anxiété, phobie, et dépression réactionnelle actuels.

Une bonne partie du reste de la population reste tétanisée par la peur. Certains ne sont quasi plus sortis de chez eux depuis 1 an.

Malheureusement, la capacité de résilience et d'autonomie face aux messages négatifs et anxiogènes n'est pas donnée à tous. Et ceux qui n'ont pas cette capacité souffrent davantage.

Je vous souhaite de continuer à vivre du mieux que vous pouvez en attendant de vraiment pouvoir revivre.

a. [Communique_du_CMG_19.02.21.pdf](#) [en hyperlien : voir sur le site <https://www.lecmg.be/communiqués-du-cmg/>]

b. <https://www.home-stress-home.com/article/à-paraitre>



ÉDITORIAL

3

3^e vague : COVID ou psy ?

par le Dr Patricia EECKELEERS

MG & ENVIRONNEMENT

6

Risques liés aux perturbateurs endocriniens : un défi pour le médecin généraliste

par le Dr Camille DUBUS

Les scientifiques sont de plus en plus nombreux à s'inquiéter du rôle des perturbateurs endocriniens dans les pathologies dites de civilisation. Autisme, troubles de la fertilité, diabète ou cancers, les perturbateurs endocriniens semblent souvent incriminés. Pourtant, déterminer avec précision leur part de responsabilité reste compliqué. Dans cet article, nous décrivons ici les défis liés à la toxicologie très particulière de ces substances chimiques.

Un autre article, à paraître dans un prochain numéro, traitera des moyens qui peuvent être mis en œuvre pour limiter l'exposition à ces substances, en particulier chez la femme enceinte.

REVUE DES REVUES

11

par les Drs Camille DUBUS et Patricia EECKELEERS

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE

12

Le diagnostic sur le bout de l'ongle !

par les Drs Pierre FRANCES, Thibaud MOSSET, Neil METCALFE, Marie LATYPOV et Benjamin BOSCH

Je vois en consultation pour la première fois Juliette, 36 ans, qui vient me consulter car, depuis quelques mois, elle est très asthénique.

NOUVELLES DES CONGRÈS

14

Prise en charge de l'HTA

Les Entretiens de la SSMG, 26 septembre 2020

par le Dr Audrey BONNELANCE

MG & MÉDECINE PRÉVENTIVE

16

Du Sport sur ordonnance

par M. Benoit MASSART

L'association entre l'activité physique et l'état de santé est indubitable. Ce n'est d'ailleurs un secret pour personne : pratiquer une activité physique est bon pour la santé. Les liens entre la santé et le sport sont bien connus et



LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

381

mars
2021

documentés, notamment dans une récente publication de l'institut national de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en France. Les conclusions de cette expertise collective commanditée par le ministère des Sports sont sans appel : l'activité physique est un véritable « médicament » de prévention et de soin des maladies chroniques.

PETITE CLINIQUE

19

Découverte fortuite

par le Dr Jimmy FONTAINE

Monsieur V., 69 ans, arrive à mon cabinet en boitant car son genou gauche lui fait atrocement mal depuis 4 jours.

VIE DE LA SSMG

par Mireille ROILLET
et le Dr Thomas ORBAN

LES ENTRETIENS DE LA SSMG DES 24-25/04 ET 8-9/05/2021 21

DES ENTRETIENS FIDÈLES À LEUR MISSION ET 100 % EN DISTANCIEL

Le Dr Yves GUEUNING présente le programme scientifique des Entretiens de la SSMG qui, crise sanitaire oblige, seront organisés en vidéoconférences.

LE SUIVI DU PATIENT TABAGIQUE DE A À Z 22

SITE SSMG :

NOUVELLE RUBRIQUE SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE

Interviews des Drs Imane HAFID et Julien SCALTEUR, jeunes médecins généralistes et tabacologues qui nous présentent la nouvelle rubrique sur le sevrage tabagique du site de la SSMG.

RETOUR SUR L'AG DU 2/03/2021 22

UN BILAN TRÈS POSITIF

Stéphanie BRILLON, Managing Director de la SSMG, nous présente les points clés de l'Assemblée Générale du 2 mars 2021 qui s'est tenue en distanciel.

AGENDA 23

RÉPONSES AU PRÉTEST 23

Risques liés aux perturbateurs endocriniens : un défi pour le médecin généraliste

par le Dr Camille DUBUS*

* Médecin généraliste
1950 Kraainem
camille.dubus93@gmail.com

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Relecture par le Dr John PAULUIS



Les scientifiques sont de plus en plus nombreux à s'inquiéter du rôle des perturbateurs endocriniens dans les pathologies dites de civilisation. Autisme, troubles de la fertilité, diabète ou cancers, les perturbateurs endocriniens semblent souvent incriminés. Pourtant, déterminer avec précision leur part de responsabilité reste compliqué. Dans cet article, nous décrivons ici les défis liés à la toxicologie très particulière de ces substances chimiques.

Un autre article, à paraître dans un prochain numéro, traitera des moyens qui peuvent être mis en œuvre pour limiter l'exposition à ces substances, en particulier chez la femme enceinte.

ABSTRACT

Science has reached an undeniable level of evidence concerning the importance of endocrine disruptors with regards to lifestyle diseases. Nonetheless, because of some of their particularities, the endocrine disruptors are a challenge for the rules of classic toxicology.

Keywords : endocrine disruptors, environmental medicine, chemicals, toxicology.

RÉSUMÉ

La science a atteint un niveau de preuve indiscutable concernant le rôle important des perturbateurs endocriniens dans les pathologies dites de civilisation. Cependant, à cause de particularités qui leur sont propres, les perturbateurs endocriniens remettent en question les règles de toxicologie classique.

Mots-clés : perturbateurs endocriniens, médecine environnementale, substances chimiques, toxicologie.

Prétest

Vrai Faux

- Grâce aux progrès de la médecine, l'espérance de vie sans maladie chronique augmente encore.
- Selon les connaissances actuelles en toxicologie, le paradigme « C'est la dose qui fait le poison » de Paracelse n'est plus correct.
- Un mélange a pour effet l'addition des effets des substances individuelles qu'il contient.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page [23](#).

L'inquiétude du Conseil Supérieur de la Santé face aux « pathologies de civilisation »

Dans un rapport publié en 2019, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) exprime son inquiétude par rapport à l'augmentation importante de l'incidence des « pathologies de civilisation » qui désignent les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète, l'obésité, les troubles de la reproduction masculine et féminine ou encore les troubles du développement neurologique et cognitif et les maladies liées au système immunitaire.

En effet, grâce au progrès de la médecine, la mortalité liée aux maladies infectieuses a fortement diminué et tout porte à croire que l'espérance de vie a considérablement augmenté. En réalité, le pourcentage de personnes en bonne santé n'a pas augmenté. Avec la révolution industrielle et la révolution chimique surgissent les maladies « chroniques et dégénératives », dites « non-transmissibles ». On ne meurt désormais plus tant de la variole, de la peste ou du choléra, que du cancer ou des maladies cardio-vasculaires. C'est ce qu'on appelle la transition épidémiologique. Et si l'espérance de vie a augmenté, l'espérance de vie sans maladie chronique diminue. Au Pays-Bas par exemple, l'espérance de vie sans maladie chronique a diminué de 51,4 ans à



48,1 ans chez les hommes entre 1985 à 2012, et de 48,8 ans à 40,5 ans chez les femmes. Le nombre moyen de maladies chroniques est passé de 1,3 à 1,8 entre 1992 et 2009.

Le rapport est sans appel : les experts réclament un changement global des comportements collectifs et individuels pour limiter l'exposition aux agents nocifs pour la santé, en particulier les cancérigènes, mutagènes ou perturbateurs endocriniens, afin de prévenir efficacement les pathologies de civilisation.⁽¹⁾

Qu'est-ce qu'un perturbateur endocrinien ?

Selon l'OMS, un perturbateur endocrinien est « **une substance exogène ou un mélange qui altère une ou des fonctions du système endocrinien et, par conséquent, cause des effets négatifs dans un organisme intact, sa descendance ou des (sous) populations** ». ⁽²⁾

Omniprésent, on les retrouve dans les meubles et les mousses de canapés, dans le matériel électronique, les jouets, les cosmétiques (shampooing, crème solaire, parfum), les produits d'entretien, les pesticides, les emballages alimentaires, les médicaments...⁽⁴⁾

Grâce à leur ressemblance aux hormones naturelles, ils peuvent **activer ou inhiber les récepteurs hormonaux** et ainsi impacter négativement notre santé ou celle de nos enfants. Cependant, les mécanismes d'action décrits vont au-delà de la simple interaction avec les récepteurs hormonaux. **Ils perturbent également la synthèse, le transport et la métabolisation des hormones et peuvent même modifier l'expression des gènes.**

Par ailleurs, contrairement aux hormones naturelles, les perturbateurs endocriniens interagissent parfois avec plusieurs systèmes hormonaux.⁽³⁾

Diminution de la fertilité, anomalies de la puberté, obésité, cancer du sein, troubles neuro-développementaux (troubles de l'attention, perte de points de QI, autisme). **Toutes ces pathologies sont en forte augmentation ces dernières années.** On assiste, en parallèle à cette augmentation, à une augmentation exponentielle de la production mondiale de produits chimiques. Bien sûr, la santé humaine est multifactorielle. Mais ces maladies ont bien un dénominateur commun, les perturbateurs endocriniens. Il est impossible éthiquement d'exposer un groupe d'humains à un produit chimique pour en déduire les troubles qui en résultent. Mais, même si l'évidence ne sera jamais totale, la science a atteint un niveau de preuve indiscutable pour bon nombre d'entre eux grâce à des données provenant d'études épidémiologiques et d'études expérimentales utilisant des modèles animaux ou cellulaires.⁽⁴⁾

Définition de la Commission Européenne

Selon la définition de la Commission adoptée en 2016, un perturbateur endocrinien a un mode d'action endocrinien, ce qui réduit le nombre de molécules en jeu : en effet, une substance agissant sur une protéine de transport par exemple, qui ne fait à proprement parler pas partie du système endocrinien, mais qui a des répercussions sur sa fonction, ne rentre donc pas dans la définition.

Par ailleurs, vu que le mode d'action fait désormais partie de la définition, il faudra démontrer ce mode d'action ce qui allongera le délai avant de pouvoir certifier qu'une substance est un perturbateur endocrinien. **Cette démonstration est couteuse et difficile, voire impossible.**

En fait, les perturbateurs endocriniens ont des propriétés tellement particulières que, avant de comprendre leur mécanisme d'action précis, il faut remettre en question les méthodes scientifiques traditionnelles d'évaluation de la sécurité des substances chimiques. Les perturbateurs endocriniens ne répondent pas aux règles de toxicologie classique. Nous décrivons ici pourquoi il est si compliqué de faire un lien entre perturbateur endocrinien et effet sur la santé.

Quand les perturbateurs endocriniens provoquent la toxicologie classique...

Si l'Agence Européenne des Produits Chimiques a répertorié 145 297 substances chimiques avant 2008, l'on estime que 2000 nouvelles substances chimiques sont mises sur le marché chaque année. Seulement 1% environ de ces produits chimiques ont été étudiés.⁽¹⁾

Les voies d'exposition sont multiples : on peut y être exposé par voie cutanée, par inhalation ou par ingestion d'aliments et d'eau. Ces substances peuvent traverser la barrière placentaire pour être transmises au fœtus ou passer dans le lait maternel. Reproduire en laboratoire des conditions identiques à celles rencontrées chez l'homme reste un véritable défi.

Par ailleurs, les perturbateurs endocriniens présentent de nombreuses particularités. La célèbre citation de Paracelse « c'est la dose qui fait le poison », qui régnait en maître en toxicologie depuis le xv^e siècle semble désormais obsolète. Mais c'est toujours sur cette logique que sont basées les recommandations en termes d'exposition aux perturbateurs endocriniens. Les mécanismes de ces molécules ne sont pourtant pas aussi simples et linéaires.



Chaque médecin **compte 2 à 3 patients non diagnostiqués atteints d'hépatite C chronique ...** qui peuvent aussi être guéris¹

Généraliste

Il est recommandé que les **personnes à haut risque** d'infection par le VHC soient dépistées par un **test d'anticorps**^{2,4,6}

Usage au moins une fois de **drogues intraveineuses ou intranasales**



Personnes **incarcérées** ou **ayant été incarcérées**



Partenaires sexuels et entourage familial de sujets atteints d'hépatite C, y compris les partenaires sexuels multiples, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, etc.



Génération **baby-boomers** (1950 - 1975)



Patients **dialysés**



Personnes ayant eu une **transfusion sanguine** ou intervention chirurgicale majeure avant le 1^{er} juillet 1990 en Belgique



Personnes ayant eu des tatouages, piercing, ou acupuncture, sans utilisation de matériel à usage unique ou personnel



Patients **infectés** par le **VIH** et/ou le **VHB**



Personnes ayant une **élévation persistante des transaminases hépatiques** sans cause connue

ALT

Enfants nés de mères **infectées par le VHC**



Personnes originaires de, ou ayant reçu des soins dans des pays à forte prévalence de VHC (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud)



Personnes ayant des antécédents d'**ictère inexpliqué**



Personnes ayant une **asthénie sans cause connue**



Personnes ayant eu une blessure **par piqûre d'aiguille**



LES FAITS PRINCIPAUX SUR L'HÉPATITE C POUR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE^{3,6}

L'hépatite C est une maladie infectieuse silencieuse - souvent asymptomatique - causée par le virus de l'hépatite C (VHC) qui affecte principalement le foie et qui:

- entraîne une **infection chronique** pour 70 % des patients
- évolue vers la **cirrhose** dans 15 à 30 % des cas sur une période de 20 ans
- est une cause majeure de la **transplantation hépatique**⁴

Que faire^{5,6} ?

IMPORTANT: les anticorps ne sont **PAS** protecteurs !

Tous les patients peuvent être traités, **presque tous seront guéris**

TEST d'anticorps anti-VHC

En cas de positivité, la présence d'hépatite C active doit être **confirmée par un test PCR - (ARN-VHC)**

STOP

Votre patient n'est actuellement **pas infecté** par le VHC

Gastro-entérologue

Que savoir⁶ ?

Anticorps positifs et test PCR positif = infection active au VHC (après six mois = chronique)

TEST PCR: déterminer l'ARN-VHC⁵

Renvoi éventuel du patient pour un suivi général

STOP

Anticorps positifs et test PCR négatif = infection résolue spontanément ou infection au VHC traitée et guérie

BILAN MÉDICAL

- Évaluation non invasive de la fibrose (test sanguin, fibroscan)
- **PAS besoin de biopsie** hépatique standard

TRAITEMENT

- Le traitement **oral**⁷ est désormais remboursé pour tous les patients chroniques s'il est prescrit par un gastro-entérologue/hépatologue
- Distribution via la pharmacie de l'hôpital
- Attention aux interactions médicamenteuses (DDIs)⁸
- **PAS** d'injections
- **PAS** d'interféron
- Durée typique: 8-12 semaines

VOUS SOUHAITEZ **PLUS** D'INFORMATION ? Consultez le site: <https://www.hepatichealth.com/be>

Références : **1.** Meet the Expert interview avec Prof. Dr. P. Stärkel par Dr. Aerts M.: Chaque médecin compte deux à trois patients non diagnostiqués atteints d'hépatite C chronique... qui peuvent eux aussi être guéris, La référence médicale, Edition 2020, octobre, p. 68-69. **2.** <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/hepatites-a-b-c-d-et-e/populations-a-risque#quelles-sont-les-personnes-risque> **3.** Bourgeois S, Blach S, Blach C, Laleman W, Mathel C, Mulkay JP, Ravazi H, Robaey G, Stärkel P, Van Damme P, Van Vlierberghe H, Vandijck D, Vandijck C. Achieving WHO recommendations for Hepatitis C Virus Elimination in Belgium. Acta Gastroenterol Belg. 2016 Apr-Jun;79(2):222-6. PMID: 27382942. **4.** Van Damme P, Laleman W, Stärkel P, Van Vlierberghe H, Vandijck D, Hindman SJ, Razavi H, Moreno C. Hepatitis C epidemiology in Belgium. Acta Gastroenterol Belg. 2014 Jun;77(2):277-9. PMID: 25090833. **5.** EASL recommendations on treatment of hepatitis C: Final update of the series. J Hepatol. 2020 Nov;73(5):1170-1218. doi: 10.1016/j.jhep.2020.08.018. Epub 2020 Sep 15. PMID: 32956768. **6.** <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hepatitis-c> **7.** Cave: an RNA test is reimbursed only once, unless in special situations (RIZIV/INAMI nomenclature art 24bis: https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/nomenclatureart24bis_20190401_01.pdf) **8.** <https://www.hep-druginteractions.org/>

Effets à faible dose

Une faible dose est définie par une dose inférieure à celles utilisées lors des évaluations toxicologiques classiques ou survenant dans l'intervalle des expositions humaines typiques. La toxicologie traditionnelle nous dit donc que « pour une très faible dose, l'effet sur la santé est négligeable ». Ce n'est plus vrai.

Même une exposition à très faible dose peut avoir des répercussions sur le système endocrinien, surtout si l'exposition survient lors d'une période critique du développement.

Dynamique dose-réponse non traditionnelle

De nombreuses études décrivent des effets non proportionnels à la dose : *in vitro* (en laboratoire) mais également *in vivo* (dans des conditions naturelles), l'on observe qu'une quantité infime d'hormones peut avoir un effet important, alors que si la dose est plus importante, elle entraîne une inhibition de l'effet. Parfois, l'effet peut même réapparaître pour des doses encore plus importantes. En effet, certains perturbateurs endocriniens ont des dynamiques « dose-réponse » non traditionnelles, non linéaires, et même non monotones, comme l'ont décrit Vandenberg et al.⁽⁵⁾ On comprend donc que **l'évaluation du risque d'une substance chimique en fonction d'un « seuil de toxicité » n'a plus de sens.** Par ailleurs, ces « seuils » varient également en fonction de l'âge.

Ces concepts étaient bien connus pour les actions des hormones et des neurotransmetteurs mais ce n'est que récemment qu'ils sont mis en évidence chez les perturbateurs endocriniens. Il n'est donc pas non plus possible de prédire les effets à faible dose en observant les effets obtenus à forte dose.

Effet cocktail

Historiquement, les toxicologues partaient du principe qu'un mélange avait pour effet l'addition des effets des substances individuelles qu'il contenait. Un mélange composé de substances chimiques à une concentration inférieure à leur seuil de toxicité respectif ne pouvait pas avoir d'effet toxique. En 2002, Elisabete Silva, Nissanka Rajapakse et Andres Kortenkamp prouvent le contraire : en mélangeant différents composants xenoestrogéniques, c'est-à-dire étrangers aux corps humains (xeno-) et mimant les œstrogènes, à des concentrations inférieures à leur NOEC (No observed effect concentration), dont le PCB, parabène, benzophénone, bisphénol A, la génistéine, un effet œstrogénique significatif a été observé.

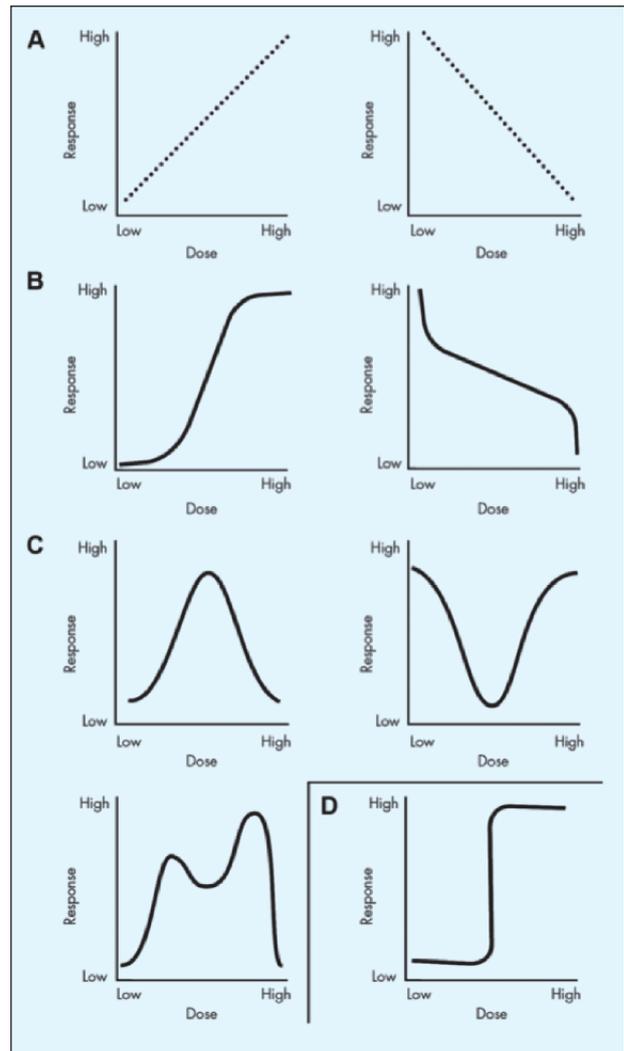


Figure 1. Exemples de courbes dose-réponse (source : Vandenberg 2012).

Parfois, 0 + 0 + 0 + 0 = 1. Les effets d'une exposition à un mélange de substances sont parfois bien cumulatifs, grâce à des mécanismes d'action identiques, ou par une action sur les mêmes cibles.⁽⁶⁾

De plus, Delfosse et al. ont également démontré qu'en mélangeant du 17 α -éthinyloestradiol et un pesticide organochloré persistant, le trans-nona-chlore (TNC), présentant tous deux une faible efficacité lorsqu'ils sont étudiés séparément, ceux-ci se lient de façon coopérative à leur récepteur, conduisant à une activation synergique. **Ce mélange se lie avec une avidité 100 fois plus importante que les deux composés seuls** et il induit une réponse biologique à des doses auxquelles chaque composé seul aurait été inactif. Cette étude apporte, en plus d'un nouvel éclairage de l'effet d'un perturbateur endocrinien à très faible dose, la preuve de concept de l'action synergique d'un mélange (cocktail) de composés via leur interaction simultanée avec un récepteur nucléaire.⁽⁷⁾



Délai entre exposition et effet

La latence de réponse entre l'exposition et l'effet peut être très courte comme très longue. Prenons l'exemple du Distilbène, massivement prescrit entre 1940 et 1970 pour prévenir les fausses couches. Si le médicament n'avait pas d'effet secondaire grave chez les mamans, l'enfant qu'elles portaient a dû en subir les conséquences : non seulement le risque de cancer du vagin chez leurs filles devenues adultes était nettement plus important que dans la population non-exposée, mais on assista également à une augmentation du risque d'infertilité et d'avortements spontanés. Actuellement, on reconnaît même que les conséquences de la prise du Distilbène touchent la troisième génération...^[8,9]

Épigénétique

Pour punir la population de ne pas soutenir l'effort de guerre nazi à la fin de la Seconde Guerre Mondiale, les Allemands bloquèrent les livraisons de nourriture aux Pays-Bas. Cet événement dramatique fut appelé «Hongerwinter», hiver de la faim. Des études ont démontré *a posteriori* que les enfants exposés *in utero* à la famine avaient plus de risque de développer un surpoids ou une obésité. Cette association n'a pas été démontrée chez les enfants dont les mamans ont été dénutries plus tardivement lors de leur grossesse, renforçant l'hypothèse que l'impact de l'environnement est plus important au début de la gestation. Même si les mécanismes exacts n'ont pas encore été élucidés, les données sont solides pour confirmer l'hypothèse que l'épigénétique, et ici plus précisément la méthylation de l'ADN, fait le lien entre l'influence d'une exposition environnementale précoce et la santé métabolique à long terme.^[10] La famine a en quelque sorte sélectionné des gènes de protection qui favorisent la prise de poids afin d'augmenter l'adaptation de l'espèce à son environnement.

L'environnement peut donc, sans altérer la séquence d'ADN, modifier l'expression des gènes, par méthylation des résidus cytosines de l'ADN ou par modification post-traductionnelle des histones par exemple. Ces modifications dites épigénétiques sont parfois héréditaires et transmises aux générations suivantes.^[3] Les petites-filles des femmes ayant pris du Distilbène pendant leur grossesse en sont malheureusement la preuve.

Les périodes de sensibilité

La sensibilité d'une personne aux perturbateurs endocriniens varie en fonction des périodes de la vie. L'embryon, en plein développement, a besoin

d'un équilibre hormonal parfait lors de la formation de son cerveau : chaque interférence provenant de l'extérieur peut avoir des conséquences très importantes. Les périodes auxquelles l'être humain est le plus sensible sont donc des périodes pendant lesquelles des phénomènes hormonodépendants ont lieu : la **vie fœtale, les premières années de la vie et la puberté**. L'accent est mis surtout sur les « 1000 premiers jours » de l'enfant : cette période est déterminante pour son développement et la santé de l'adulte qu'il deviendra.

Le « seuil de toxicité » dont on parlait au point 3.2 peut donc varier en fonction de l'âge, mais d'autres facteurs comme le stress peuvent également abaisser ce seuil. Déterminer une dose de toxicité sur base de tests n'est pas faisable.^[11]

Il est primordial de protéger les femmes enceintes et les jeunes enfants. Ceux-ci montrent des niveaux d'imprégnation plus élevés que chez l'adulte^[12] expliqués par les contacts « main-bouche » plus fréquents et une immaturité métabolique.

Un appel au principe de précaution !

Ces particularités liées aux hormones et aux perturbateurs endocriniens expliquent pourquoi il est très difficile, voire impossible, de déterminer avec précision la part de responsabilité de chaque molécule chimique dans une pathologie donnée. Démontrer un lien de certitude entre un produit chimique et un effet sur la santé peut prendre des années. Peut-on se permettre d'attendre ? Suffisamment d'éléments suggèrent la plausibilité des conséquences négatives des perturbateurs endocriniens sur notre santé.

À cause de leurs caractéristiques développées ci-dessus, l'absence de tests pour identifier la toxicité des substances affaiblit la réglementation européenne. Le règlement REACH de l'Union Européenne adopté en 2007 prévoit l'identification des risques de la substance chimique fabriquée par les entreprises. Mais actuellement, les preuves d'innocuité reposent sur l'identification de seuils de concentration sans effet néfaste observé, ce qui est largement insuffisant.^[13]

Comme l'illustre si bien le Dr Jean-Pierre Bourguignon, il ne faut pas comprendre le mécanisme de pesanteur pour se reculer du bord de la falaise et se protéger du risque de chute. Le principe de précaution s'impose. Avec le soutien de la COCOM, la cellule environnement de la SSMG s'engage à renforcer la formation des médecins généralistes par rapport aux enjeux de la médecine environnementale. Le médecin généraliste, par sa proximité et

la légitimité que lui apporte sa formation scientifique, occupe une position privilégiée pour aider le patient à prendre conscience des risques liés à son mode de vie.

Bibliographie

1. C. S. de la Santé, « Nr. 9404 Hygiène de l'environnement physico-chimique (limitation de l'exposition aux agents mutagènes ou perturbateurs endocriniens) et importance des expositions en début de vie », mai 2019.
2. A. Bergman, United Nations Environment Programme, and World Health Organization, State of the science of endocrine disrupting chemicals - 2012 an assessment of the state of the science of endocrine disruptors. Geneva : WHO : UNEP, 2013. Disponible sur <http://www.who.int/ceh/publications/endocrine/en/index.html>
3. B. Demeneix, Cocktail toxique : comment les perturbateurs endocriniens empoisonnent notre cerveau. Odile Jacob, 2017.
4. J. Flaws, P. Dardimopoulou, H.B. Patisaul, A. Gore, L. Raetzman, L.N. Vandenberg, « Plastiques, santé et produits chimiques perturbateurs endocriniens, un guide pour les organisations d'intérêt public et les décideurs politiques sur les produits chimiques perturbateurs endocriniens et les plastiques », par l'Endocrine Society et l'IPEN, décembre 2020.
5. L. N. Vandenberg, T. Colborn, T. B. Hayes, J. J. Heindel, D. R. Jacobs, D.-H. Lee, T. Shioda, A. M. Soto, F. S. vom Saal, W. V. Welshons, R. T. Zoeller, and J. P. Myers, « Hormones and Endocrine-Disrupting Chemicals : Low-Dose Effects and Nonmonotonic Dose Responses, » Endocrine Reviews, vol. 33, pp. 378-455, juin 2012.
6. E. Silva, N. Rajapakse, and A. Kortenkamp, « Something from nothing - Eight Weak Estrogenic Chemicals Combined at Concentrations below NOECs Produce Significant Mixture Effects, » Environmental Science & Technology, vol. 36, pp. 1751-1756, avril 2002.
7. P. Balaguer, V. Delfosse, M. Grimaldi, and W. Bourguet, « Structural and functional evidences for the interactions between nuclear hormone receptors and endocrine disruptors at low doses, » Comptes Rendus Biologies, vol. 340, pp. 414-420, sept. 2017.
8. T. Colborn, D. Dumanoski, and J. P. Myers, L'Homme en voie de disparition ? Terre vivante, 1997.
9. C. Monneret, « What is an endocrine disruptor?, » Comptes rendus biologies, vol. 340, no. 9-10, pp. 403-405, 2017.
10. E. W. Tobi, R. C. Slieker, R. Luijk et al, « DNA methylation as a mediator of the association between prenatal adversity and risk factors for metabolic disease in adulthood, » Science Advances, vol. 4, no. 1, janvier 2018.
11. J.-P. Bourguignon, Perturbateurs endocriniens, comment les cerner pour s'en protéger ? Mardaga, 2019.
12. Santé Publique France « Polluants du quotidien : données inédites chez les enfants et les adultes » consulté le 28/01/2021, disponible sur <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2019/polluants-du-quotidien-donnees-inedites-chez-les-enfants-et-les-adultes>
13. La Revue Prescrire, « Risques confirmés des perturbateurs endocriniens », Tome 40 n° 444, pp. 773-778, octobre 2020.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Un perturbateur endocrinien est une substance chimique qui déséquilibre le système hormonal et provoque ainsi des effets négatifs chez l'organisme exposé.
2. Certaines mutations dans l'expression des gènes peuvent se transmettre de génération en génération.
3. En plein développement, l'enfant est particulièrement sensible à ces interférences hormonales, surtout lors des « 1000 premiers jours de vie ».
4. À cause de leurs propriétés particulières, démontrer un lien de causalité entre un perturbateur endocrinien donné et une maladie reste très difficile. Cependant, les preuves sont suffisantes pour invoquer le principe de précaution face à ces substances chimiques.

La Rédaction



par les D^{rs} Camille DUBUS
et Patricia EECKELEERS

médecins généralistes

contactRMG@ssmg.be

Colchicine dans les coronaropathies chroniques

Une étude récente^a a montré l'intérêt des propriétés anti-inflammatoires de la colchicine à 0,5 mg dans la prévention en cas d'infarctus aigu du myocarde. Cette étude randomisée, contrôlée et en double aveugle comparait la prise de 0,5 mg de colchicine à un placebo dans le suivi des coronaropathies chroniques.

5 522 patients ont été randomisés. La durée moyenne du suivi a été de 28,6 mois.

L'incidence des récurrences d'infarctus, des revascularisations et de la mortalité d'origine cardiaque a été diminuée (6.8% dans le groupe colchicine versus 9.6% dans le groupe placebo).

En revanche, la mortalité d'origine non cardiaque était plus élevée dans le groupe colchicine (0.7% versus 0.5%). (PE)

The LO DO CO2 trial investigators Colchicine in patients with chronic coronary disease N Engl J Med 2020; 383: 1838-1847. DOI: 10.1056/NEJMoa2021372

AVERTISSEMENT

La «Revue des revues» vous propose des comptes-rendus d'articles parus dans la littérature internationale. Le comité de lecture (CL) de la «Revue de la Médecine Générale» estime, pour différentes raisons, que ces articles sont susceptibles d'intéresser les médecins généralistes. Ceci ne veut pas dire que le CL est nécessairement d'accord avec le contenu des articles présentés. Que chaque lecteur se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

Les articles sont disponibles au secrétariat de la SSMG.

a. In the Colchicine Cardiovascular Outcomes Trial (COLCOT) N Engl J Med 2019; 381: 2497-2505. DOI: 10.1056/NEJMoa1912388

Antibiotiques et infections bucco-dentaires

Le KCE a récemment publié le «Guide clinique pour la prescription prudente d'antibiotiques en pratique dentaire». Nous assistons à une augmentation importante des bactéries multirésistantes sans que de nouveaux antibiotiques soient mis sur le marché, ce qui nous oblige à les utiliser de façon rationnelle et réfléchie. Selon le KCE, les antibiotiques sont souvent prescrits mais rarement indiqués en dentisterie; l'approche la plus efficace de la gestion de l'infection sera le plus souvent un traitement dentaire.

Ce qu'on retiendra pour la médecine générale :

- les antibiotiques ne sont pas recommandés chez les patients souffrant d'un **abcès parodontal** sans signes d'extension locale de l'infection ou de signes systémiques (fièvre, cellulite, malaise, lymphadénopathie);
- si c'est le cas, on peut envisager de prescrire l'amoxicilline 500 mg 3x/ jour pendant 3 à 7 jours ou, en cas d'allergie, l'azithromycine 500 mg 1x/ jour pendant 3 jours ou la clarithromycine 500 mg, 2x / jour pendant 7 jours.

Une antibioprofylaxie peut être envisagée chez les patients à **haut risque d'endocardite infectieuse** qui doivent subir une intervention dentaire invasive, (manipulation des gencives ou de la région péri-apicale des dents, perforation des muqueuses).

Les patients à haut risque d'endocardite sont :

porteurs d'une valve prothétique ou de matériel prothétique (biologique, mécanique ou homogreffe) ou avec antécédents d'endocardite infectieuse ou souffrant d'une cardiopathie congénitale.

Nous administrerons alors 30 à 60 min avant le geste de l'amoxicilline 2 g chez l'adulte, ou 600mg de clindamycine en cas d'allergie, et chez l'enfant 50 mg/kg d'amoxicilline, ou 20 mg/kg de clindamycine en cas d'allergie. (CD)

Leroy R et al. Guide clinique pour la prescription Prudente d'antibiotiques en pratique dentaire. – Synthèse. Good Clinical Practice (GCP) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020. KCE Reports 332.B D/2020/10.273/21.

Mots-clés : antibiotiques, parodontite, endocardite infectieuse, abcès dentaire.

Le diagnostic sur le bout de l'ongle !

par les D^{rs} Pierre FRANCES*, Thibaud MOSSET**, Neil METCALFE***, Marie LATYPOV**** et Benjamin BOSC*****

* Médecin généraliste
F – 66650 Banyuls-sur-mer
frances.pierre66650@gmail.com

** Interne en médecine générale
F – 34000 Montpellier

*** Médecin généraliste
Programme Hippocrates
York (UK)

**** Externe
F – 34000 Montpellier

***** Externe
F – 67000 Nîmes

Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Je vois en consultation pour la première fois Juliette, 36 ans, qui vient me consulter car depuis quelques mois elle est très asthénique.

Elle vient de l'est de la France et, très fière, elle explique adhérer à un mouvement altermondialiste pour la paix dans le monde et pour favoriser l'amitié entre les peuples.

À côté de cette appartenance, elle nous dit que, pour effectuer ses tâches quotidiennes, elle « doit se faire violence » sinon rien ne serait effectué.

Je lui demande alors de venir vers la table d'examen pour pratiquer un examen clinique.

Au décours de cet examen, je remarque, au niveau ORL, un état dentaire déplorable ; situation en rapport avec une importante toxicomanie (tabac, cannabis) qu'elle revendique fièrement.

L'inspection de la patiente nous interroge quelque peu.

En effet, ses ongles présentent une particularité que je n'ai pas souvent observée : la lunule des ongles a une couleur très particulière ; elle est rosée.

Au niveau pleuropulmonaire, il existe des crépitations discrets au niveau des 2 bases.

La tension artérielle de Juliette est importante à 160/100 mm d'Hg.

Le reste de mon examen clinique se révèle normal.

Quel est votre diagnostic ?

Quelle prise en charge allez-vous conseiller ?

ABSTRACT

History of an asthenic patient with red lunula.

Keywords : red lunula, cardiac failure, asthenia.

RÉSUMÉ

Histoire d'une patiente asthénique avec des lunules rouges.

Mots-clés : lunule rouge, insuffisance cardiaque, asthénie.



DESIGNATION DU MEDICAMENT Enstilum® 50 microgrammes/0,5 mg/g mousse pour application cutanée. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Un gramme de mousse pour application cutanée contient 50 microgrammes de calcipotriol (sous forme monohydrate) et 0,5 mg de bétaméthasone (sous forme dipropionate). **FORME PHARMACEUTIQUE** Mousse pour application cutanée. **INDICATIONS THERAPEUTIQUES** Traitement topique du psoriasis vulgaire chez les adultes. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Posologie: Traitement des poussées: Enstilum® doit être appliqué une fois par jour sur les lésions. La durée de traitement recommandée est de 4 semaines. Après cette période, s'il est nécessaire de continuer ou de reprendre le traitement, celui-ci doit être poursuivi après avis médical et sous surveillance régulière. Traitement d'entretien à long terme: Un traitement d'entretien à long terme peut être envisagé chez les patients ayant répondu à un traitement de 4 semaines par Enstilum® une fois par jour. Enstilum® doit être appliqué deux fois par semaine sur deux jours non consécutifs sur les zones précédemment affectées par le psoriasis vulgaire. Les applications doivent être espacées de 2 à 3 jours sans traitement par Enstilum®. En présence de signes de rechute, le traitement des poussées tel que décrit ci-dessus doit être réinstauré. Dose maximale: La dose maximale journalière d'Enstilum® ne doit pas dépasser 15 g. Cela signifie qu'un flacon de 60 g doit durer pendant au moins 4 jours de traitement. 15 g correspondent à la quantité délivrée par le flacon si on appuie en continu sur le bec diffuseur pendant environ 1 minute. Une application de deux secondes délivre approxi-

mativement 0,5 g. Pour information, 0,5 g de mousse doit couvrir une surface de peau correspondant à peu près à la main d'un adulte. En cas d'utilisation d'autres produits topiques contenant du calcipotriol en plus d'Enstilum®, la dose totale de produits contenant du calcipotriol ne doit pas dépasser 15 g par jour. La surface corporelle totale traitée ne doit pas dépasser 30%. **Populations particulières:** **INSUFFISANCE RENALE ET HEPATIQUE:** La sécurité et l'efficacité d'Enstilum® chez des patients atteints d'une insuffisance rénale sévère ou de troubles hépatiques sévères n'ont pas été évaluées. **POPULATION PEDIATRIQUE:** La sécurité et l'efficacité d'Enstilum® chez les enfants âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Les données actuellement disponibles chez les enfants de 12 à 17 ans sont décrites aux rubriques « Effets indésirables » et 5.1 du RCP complet, mais aucune recommandation sur la posologie ne peut être faite. **Mode d'administration:** Voie cutanée. Le flacon doit être agité pendant quelques secondes avant utilisation. Enstilum® doit être appliqué par pulvérisation en maintenant le flacon à au moins 3 cm de la peau. La mousse peut être pulvérisée en maintenant le flacon dans n'importe quelle orientation sauf horizontalement. Enstilum® doit être pulvérisé directement sur les lésions de psoriasis puis massé délicatement. S'il est utilisé sur le cuir chevelu, Enstilum® doit être pulvérisé dans la paume de la main, puis appliqué sur les zones touchées du cuir chevelu avec le bout des doigts. Les instructions de lavage des cheveux sont fournies dans la notice. Se laver les mains après avoir utilisé Enstilum® (sauf si Enstilum® est utilisé pour traiter les mains) pour éviter tout transfert accidentel sur d'autres parties du corps ainsi qu'une absorption non souhaitée du médicament au niveau des mains. L'application sous pansement occlusif doit être évitée car elle augmente l'absorption systémique des corticoïdes. Il est recommandé de ne pas prendre de douche ni de bain immédiatement après l'application d'Enstilum®. Laissez la mousse sur le cuir chevelu et/ou la peau pendant la nuit ou pendant la journée.

CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients. Enstilum® est contre-indiqué en cas de psoriasis érythrodermique et pustuleux. En raison de la présence de calcipotriol, Enstilum® est contre-indiqué chez les patients ayant des antécédents de troubles du métabolisme calcique. En raison de la présence de corticoïde, Enstilum® est contre-indiqué dans les cas suivants s'ils affectent la zone de traitement: lésions de la peau d'origine virale (par exemple herpès ou varicelle), infections cutanées d'origine fongique ou bactérienne, infections parasitaires, atteinte cutanée en relation avec une tuberculose, dermatite périorale, atrophie de la peau, vergetures, fragilité du réseau veineux, ichtyose, acné vulgaire, acné rosacée, rosacée, ulcères et plaies. **EFFETS INDESIRABLES** L'estimation de la fréquence des effets indésirables repose sur l'analyse cumulée des données issues des études cliniques. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés au cours du traitement sont les réactions au site d'application. Les effets indésirables sont présentés par classe de système-organe MedDRA (SOC), et les effets indésirables individuels sont présentés au sein de chaque SOC par ordre décroissant de fréquence. Dans chaque catégorie de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre décroissant de gravité. 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). **Infections et**

infestations: peu fréquent: folliculite. **Affections du système immunitaire:** peu fréquent: hypersensibilité. **Troubles du métabolisme et de la nutrition:** peu fréquent: hypercalcémie*. **Affections oculaires:** fréquence indéterminée: vision floue. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané:** peu fréquent: hypopigmentation de la peau. Fréquence indéterminée: modification de la couleur des cheveux**. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration:** peu fréquent: effet rebond, prurit au site d'application, irritation au site d'application, douleur au site d'application***. *Une hypercalcémie modérée a été observée. **Une coloration transitoire jaunâtre des cheveux blancs ou gris au niveau du site d'application du cuir chevelu a été rapportée avec les produits associant calcipotriol et bétaméthasone. ***Les brûlures au site d'application sont incluses dans les douleurs au site d'application. Population pédiatrique: Aucune différence cliniquement significative n'a été observée entre le profil de sécurité chez les adultes et chez les adolescents. Un total de 106 adolescents a été traité au cours d'un essai clinique en ouvert. Voir la rubrique 5.1 du RCP complet pour plus de détails concernant cet essai. Les effets indésirables suivants, considérés comme liés à la classe pharmacologique du calcipotriol et de la bétaméthasone, sont respectivement: Calcipotriol: Les effets indésirables incluent réactions au site d'application, prurit, irritation cutanée, sensation de brûlure et de picotement, sécheresse de la peau, érythème, éruption cutanée, dermatite, aggravation du psoriasis, photosensibilité et réactions d'hypersensibilité incluant de très rares cas d'angio-œdème et d'œdème de la face. Des effets systémiques après utilisation topique peuvent se produire très rarement et provoquer une hypercalcémie ou une hypercalcémie. Bétaméthasone (sous forme dipropionate): Des réactions locales peuvent se produire après utilisation topique, surtout en cas d'utilisation au long cours, notamment atrophie de la peau, télangiectasies, vergetures, folliculite, hypertrichose, dermatite périorale, eczéma de contact, dépigmentation et colloid milium. Lors du traitement du psoriasis avec des corticoïdes topiques, il peut exister un risque de développer un psoriasis pustuleux généralisé. Des effets systémiques après utilisation topique de corticoïdes sont rares chez l'adulte mais peuvent être sévères. Un freinage de l'axe hypothalamo-hypophysaire, une cataracte, des infections, une détérioration de l'équilibre d'un diabète sucré et une augmentation de la pression intra-oculaire peuvent survenir, notamment après un traitement au long cours. Les effets systémiques se produisent plus fréquemment lors de l'application sous occlusion (plastique, plis cutanés), lors de l'application sur de larges surfaces de peau et lors d'un traitement au long cours. **Déclaration des effets indésirables suspects:** La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles ou Boîte Postale 97, B-1000 Bruxelles, Maddou. Site internet: www.afmps.be, e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be. Luxembourg: Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy, crpv@chru-nancy.fr, Tél: (+33) 3 83 65 60 85 / 87, Fax: (+33) 3 83 65 61 33 ou Division de la Pharmacie et des Médicaments, Direction de la santé à Luxembourg, pharmacovigilance@ms.etat.lu, Tél: (+352) 247-85592, Fax:

Enstilum® 60g
P.P. € 48,55
remboursement Cat. B.

PSORIASIS
VULGAIRE

Enstilum®
calcipotriol/dipropionate de bétaméthasone
DESIGNED FOR LIVING with psoriasis

Vous pouvez faire une différence
pour votre patient atteint de psoriasis



Enstilum® est plus efficace que le Dovobet®*1,3

- Spray-mousse innovant qui contient les mêmes substances actives que le Dovobet®1,2,3,5
- Effet visible après 1 semaine⁴
- Facile à utiliser et préféré par la majorité des patients par rapport à d'autres traitements antérieurs.**2,3
- Enstilum® a un profil d'innocuité correspondant à celui du Dovobet® onguent^{1,2}

LEO®

©LEO. MAT-43768 FEB 2021. ALL LEO trademarks mentioned belong to the LEO group. LEO Pharma nv/sa. Duwijkstraat 17,2500 Lier



(+352) 247-95615. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** LEO Pharma A/S. **NUMERO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** BE494782. **DELIVRANCE** Sur prescription médicale. **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** 09/2020. Pour plus d'information, consultez le texte complet du RCP, qui est disponible chez le représentant local: LEO Pharma nv sa, Duwijkstraat 17, 2500 Lier, Belgique, tél: +32 3 740 78 68, e-mail: leo-pharma.be@leo-pharma.com. Mesuré avec le PGA (Physician Global Assessment) ou évaluation globale du médecin, le succès thérapeutique étant un score de "clear" (blanchi) à "almost clear" (quasi-blanchi). Bras de Dovobet® onguent: 43,0 % des patients ont atteint le succès thérapeutique à la semaine 4 vs 54,6 % dans le bras d'Enstilum® p=0,0025. Bras de Dovobet(r) gel (n=188): 22,5% des patients ont atteint le succès thérapeutique à la semaine 8 et 38,3% dans le bras d'Enstilum à la semaine 4 (n=185) p<0,00. **Données de l'étude PSO Able: Mesuré avec PPO (Patient Preference Questionnaire) par rapport aux traitements topiques précédents: gel Cal / BD, véhicule en mousse aéro-sol, véhicule Gel, topique corticostéroïdes, émoullents, Vit D. Références: 1: Koo J. et al. J Dermatol Treat 2016;27(2):120-7. 2: RCP Enstilum®, Septembre 2020. 3: Paul C. et al. J Eur Acad Dermatol Venerol 2017;31(11):119-126. 4: Leonardi C. et al. J Drugs Dermatol 2015;14(12):1468-1477. 5: Lind M. et al. Dermatol Ther (Heidelb) 2016;6(3):413-25.

Réponse

Ce cas met en évidence de nombreux éléments qui doivent être pris en compte : une asthénie, une toxicomanie importante, des lunules unguéales roses, une hypertension artérielle non connue et des crépitants des bases.

Ce qui est très perturbant ici, c'est la notion de crépitants au niveau des deux bases dans un contexte d'asthénie.

En reprenant mon interrogatoire, la notion d'asthénie exprimée par Juliette n'est pas tout à fait juste. En fait, il s'agit d'une dyspnée d'effort.

Dans ce contexte, l'association de cette dyspnée d'effort et de crépitants des 2 bases doit nous faire penser à une possible insuffisance cardiaque.

Ce diagnostic est d'autant plus vraisemblable qu'il existe cette notion de lunule rosée.

La lunule unguéale a la forme d'une demi-lune et elle fait suite à la matrice unguéale ; matrice élément indispensable à la formation de kératine qui est le composant principal de l'ongle.

Des modifications de couleurs de la lunule peuvent être objectivées.

La couleur rosée ou rouge est peu commune et elle est associée à différentes pathologies : polyarthrite rhumatoïde, lupus érythémateux disséminé, intoxication au monoxyde de carbone, déficit en vitamine C, insuffisance hépatocellulaire, certaines pathologies cardiaques (dont l'insuffisance cardiaque) ou pulmonaires.

Par ailleurs, certaines pathologies dermatologiques sont parfois associées à cette coloration : dermatose à IgA, pelade, eczéma, psoriasis, ichtyose, urticaire chronique.

Enfin, elle peut aussi être tout à fait normale et ne se rattacher à aucune pathologie.

Cette coloration rosée de la lunule est en rapport avec une augmentation du flux artériolaire.

En reprenant les différents éléments de notre cas clinique, nous voyons que cette jeune patiente peut être porteuse d'une insuffisance cardiaque.

Pour conforter ce diagnostic, j'ai pris rendez-vous avec mon cardiologue référent.

Ce dernier a mis en évidence une cardiomyopathie dilatée.

À l'origine de cette cardiopathie, la toxicomanie de la patiente a été l'élément responsable retenu par notre confrère.

La prise en charge est double :

- à titre préventif, il est impératif de prendre en charge la toxicomanie de Juliette ;
- à titre curatif, il est important de traiter l'insuffisance cardiaque avec une administration d'IEC et symptomatiquement des diurétiques pour améliorer la dyspnée. Par ailleurs, un traitement anticoagulant peut être également associé en cas de trouble de rythme associé (dans notre cas, le holter ECG a permis d'objectiver une fibrillation atriale paroxystique et a conduit à ce type de prescription).

Bibliographie

1. Chang P, Vasquez Acajabon MV. Red lunula. *Our Dermatology Online* 2013 ; 4 (4) : 555-556.
2. Scher RK, Daniel CR. Sémiologie unguéale. Chapitre 2. Dans : *Onychologie. Diagnostic. Traitement. Chirurgie*. Ed. Elsevier 2007.
3. Polkey MI, Roberts PR. Maladies et traitements. Chapitre 2. Dans : *Cardiologie*. Ed De Boeck Supérieur 2009.
4. Baran R. The red nail. Always benign? *Actas Dermosifiliografica* 2009 ; 100 : 106-113.

Les Entretiens de la SSMG

Prise en charge de l'HTA

26 septembre 2020

par le Dr Audrey BONNELANCE • médecin généraliste • contactRMG@ssmg.be

Définition et diagnostic

L'orateur revient sur la classification de l'HTA (selon les dernières recommandations de la société européenne de cardiologie) (figure 1) :

- TA optimale : < 120 mmHg et < 80 mmHg ;
- TA normale : 120-129 et/ou 80-84 ;
- TA normale-haute : 130-139 et/ou 85-89 ;
- HTA grade 1 : 140-159 et/ou 90-99 ;
- HTA grade 2 : 160-179 et/ou 100-109 ;
- HTA grade 3 : ≥ 180 et/ou ≥ 110 ;
- HTA systolique isolée ≥ 140 et < 90.

L'HTA diastolique isolée est une indication de traitement mais il n'y a pas de guidelines décrits à ce jour. La prise en charge est donc identique à celle décrite dans cet exposé.

L'automesure de la TA à domicile et l'holter tensionnel de 24 h peuvent, contrairement à la prise de TA en consultation ambulatoire, identifier une HTA de blouse blanche et une HTA masquée. Ces deux techniques sont plus fiables en ce qui concerne le calcul du risque morbi-mortalité et doivent être privilégiées dans le diagnostic et suivie de l'HTA.

L'orateur revient sur ce concept moins connu d'HTA masquée. Chez près de 10 % de la population adulte la TA enregistrée en ambulatoire pendant des activités habituelles ou mesurée à domicile par le patient lui-même est anormalement élevée alors que celle mesurée par le médecin est normale. Elle est associée à un risque cardiovasculaire accru. Il est important de la rechercher chez les patients ayant au cabinet des valeurs tensionnelles tantôt normales, tantôt élevées, ainsi que chez ceux qui ont un risque cardiovasculaire très élevé ou chez qui un contrôle optimal de la pression artérielle est nécessaire (par exemple en cas de diabète ou de néphropathie).

L'automesure à domicile doit se faire avec un appareil validé. Deux références de site internet sont citées : dableducational.org et automesure.com. La tension artérielle se prend en position assise, deux fois le matin (dont une mesure avant le petit-déjeuner et avant la prise de médicaments) et deux fois le soir pour une durée de 7 jours. Ceci devrait se faire trimestriellement avant une consultation de contrôle.

2018 ESC/ESH Hypertension Guidelines

Classification of office BP and definitions of hypertension grade

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	< 120	and	< 80
Normal	120-129	and/or	80-84
High normal	130-139	and/or	85-89
Grade 1 hypertension	140-159	and/or	90-99
Grade 2 hypertension	160-179	and/or	100-109
Grade 3 hypertension	≥ 180	and/or	≥ 110
Isolated systolic hypertension	≥ 140	and	< 90

ESC European Society of Cardiology
Williams, Mancia et al., J Hypertens 2018;36:1953-2041 and Eur Heart J 2018;39:3021-3104
ESH European Society of Hypertension

Figure 1.

Chez les patients artéritiques ou lors d'une première consultation il faut toujours mesurer la TA aux deux bras pour vérifier absence de discordance (si discordance, noter la plus haute valeur dans le dossier).

Risque cardiovasculaire et tests biologiques

Un bilan de base chez nos patients hypertendus est utile pour calculer le RCV en plus de rechercher une étiologie. Les tests biologiques de routine repris dans les recommandations européennes sont les suivants :

- hémoglobine et/ou hématokrite ;
- glycémie à jeun et hémoglobine glyquée ;
- bilan lipidique ;
- natrémie et kaliémie ;
- acide urique ;
- créatinine et calcul du GFR ;
- tests hépatiques ;
- spot urinaire avec recherche d'une protéinurie et albuminurie + ratio albumine/créatinine ;
- un ECG 12 dérivation.

Pour les patients sans étiologie retrouvée (HTA essentielle), il est recommandé de recourir aux tables scores (sur 10 ans).



Conditionnement	Prix public
30 mg x 56 gélules	€ 25

Vous n'avez probablement encore jamais vu une préparation de fer comme FERACCRU[®]

Pour le traitement de la carence en fer chez l'adulte



DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT FERACCRU[®] 30 mg, gélules **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque gélule contient 30 mg de fer (sous forme de maltol ferrique). **Excipient(s) à effet notoire:** Chaque gélule contient 91,5 mg de lactose, 0,5 mg de rouge allura AC (E129) et 0,3 mg de jaune soleil FCF (E110). **FORME PHARMACEUTIQUE** Gélules. Gélule rouge (19 mm de long x 7 mm de diamètre) portant le nombre « 30 » imprimé. **DONNÉES CLINIQUES Indications thérapeutiques** Feraccru est indiqué chez l'adulte dans le traitement de la carence en fer. **Posologie et mode d'administration** Posologie La posologie recommandée est d'une gélule deux fois par jour, matin et soir, à jeun. La durée du traitement dépendra de la sévérité de la carence en fer, mais généralement, un traitement de 12 semaines est requis. Le traitement doit être poursuivi aussi longtemps que nécessaire pour reconstituer les réserves en fer selon les analyses sanguines. Population pédiatrique La sécurité et l'efficacité de Feraccru chez l'enfant (moins de 17 ans) n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Patients âgés et patients présentant une insuffisance rénale ou hépatique Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients âgés ni chez les patients présentant une insuffisance rénale (DFGe ≥ 15 ml/min/1,73 m²). Aucune donnée sur la nécessité d'ajuster la posologie chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique et/ou rénale (DFGe < 15 ml/min/1,73 m²) n'est disponible. Mode d'administration Voie orale. Les gélules de Feraccru doivent être prises en entier à jeun (avec un demi-verre d'eau), car l'absorption de fer est réduite lorsque Feraccru est pris avec des aliments. **Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Hémochromatose et autres syndromes de surcharge en fer. Patients recevant des transfusions sanguines répétées. **Effets indésirables** Résumé du profil de sécurité Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés sont les suivants: symptômes gastro-intestinaux (douleurs abdominales [8 %], flatulences [4 %], constipation [4 %], gêne [2 %]/distension [2 %] abdominale et diarrhée [3 %]). Ces effets indésirables étaient généralement de sévérité légère à modérée. Les effets indésirables sévères rapportés étaient les suivants: douleurs abdominales [4 %], constipation [0,9 %] et diarrhée [0,9 %]. Liste récapitulatif des effets indésirables La liste présente les effets indésirables survenus avec Feraccru à ce jour durant les études cliniques. Les fréquences des effets indésirables sont définies comme suit: très fréquent ($\geq 1/10$), fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$), peu fréquent ($\geq 1/1\ 000$, $< 1/100$), rare ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1\ 000$) ou très rare ($< 1/10\ 000$). **Effets indésirables observés à ce jour durant les études cliniques** Affections du système nerveux Fréquent: Maux de tête. Affections gastro-intestinales Fréquent: Douleurs abdominales (y compris au niveau de la partie supérieure de l'abdomen), Flatulences, Constipation, Gêne/distension abdominale, Diarrhées, Altération de la couleur des fèces, Nausées. Peu fréquent: Prolifération bactérienne dans l'intestin grêle, Vomissements. Affections de la peau et du tissu sous-cutané Peu fréquent: Acné, Érythème. Affections musculo-squelettiques et systémiques Peu fréquent: Raideur articulaire, Douleur dans les extrémités. Troubles généraux et anomalies au site d'administration Fréquent: Soif. Investigations Peu fréquent: Élévation de la phosphatase alcaline sanguine, Élévation de la thyrostimuline sanguine, Élévation des gamma-glutamyl-transférases. 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 ou Boîte Postale 97, B-1000 Bruxelles Madou Site internet: www.afmps.be e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be **Luxembourg:** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy, E-mail: crpv@chru-nancy.fr Tél: (+33) 3 83 65 60 85 / 87, Fax: (+33) 3 83 32 33 4465 61 33, ou Division de la Pharmacie et des Médicaments, Direction de la Santé à Luxembourg, E-mail: pharmacovigilance@ms.etat.lu, Tél.: (+352) 2478 5592, Fax: (+352) 2479 56 15. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Norgine B.V., Antonio Vivaldistraat 150, 1083 HP Amsterdam, Pays-Bas. **NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/1/15/1075/001. **MODE DE DÉLIVRANCE** Sur prescription médicale. **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 31 août 2020. Le texte complet des caractéristiques du produit est disponible sur demande.

Traitement médicamenteux

Les mesures hygiéno-diététiques restent la pierre angulaire dans la prise en charge quel que soit le grade d'HTA traitée. L'objectif à viser est de 120-129/70-79 mmHg pour les moins de 65 ans ou 130-70-79 mmHg pour les plus de 65 ans pour autant que le traitement soit toléré par le patient. Une HTA traitée se mesure au cabinet en position debout et l'objectif doit toujours être inférieur à 140/90 mmHg quel que soit l'âge.

À noter que pour les patients âgés de plus de 80 ans, le seuil pour traiter est de > 160/90mmHg (figure 1).

La stratégie médicamenteuse (figure 2) conseille pour une thérapie initiale de débiter d'emblée par une combinaison fixe (un seul comprimé) d'un IEC **ou** sartan et d'un anticalcique **ou** diurétique. Seuls les patients avec une HTA de grade 1 (TA systolique < 150) ou les patients âgés de ≥ 80 ans ou fragiles (à risque de chute, par ex.) peuvent se voir attribuer une monothérapie.

Si l'objectif tensionnel n'est pas atteint, il faut prescrire une triple thérapie IEC ou sartan + anticalcique + diurétique.

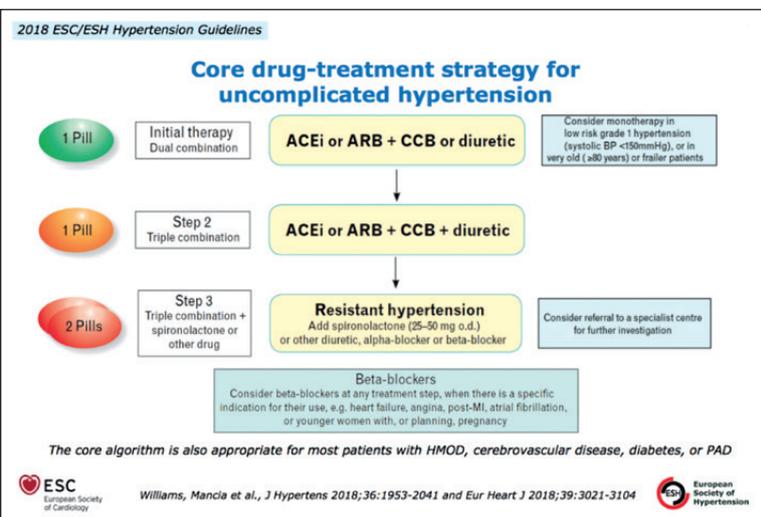
Si malgré une trithérapie l'objectif n'était toujours pas atteint, il faut investiguer une étiologie d'HTA résistante et éventuellement référer à un spécialiste pour une investigation fouillée.

Cette troisième ligne de traitement concerne l'ajout de spironolactone ou d'un autre diurétique, d'un alpha ou bêtabloquant.

La spironolactone ne peut être prescrite que si la kaliémie est < 4,5 mEq/l et le GFR > 45 ml/min/1,73 m². Le bêtabloquant peut être prescrit à chaque étape dans les situations particulières suivantes :

- insuffisance cardiaque ;
- angine de poitrine ;

Figure 2.



- après un infarctus du myocarde ;
- en cas de fibrillation auriculaire (FA) ;
- jeunes femmes en âge de procréer ou avec désir de grossesse.

Une association fixe comme premier choix permet une réponse thérapeutique moins hétérogène, plus rapide et améliore la compliance et le pronostic. Le traitement sera pris préférentiellement le matin.

Attitude devant une HTA résistante

Devant une HTA difficile à traiter, le soignant doit s'interroger et exclure plusieurs étiologies :

- mauvaise compliance ? Pour ce faire le questionnaire de Morisky (figure 3) peut être utilisé ;
- facteurs diététiques donnant de l'HTA ? Par exemple l'alcool, la réglisse... ;
- facteurs médicamenteux ? par exemple : dérivés de cafergot, psychotropes, pilule contraceptive, drogues stimulantes, décongestionnants nasaux, immunosuppresseurs, stéroïdes, AINS... ;
- étiologies d'HTA secondaire ? On pensera aux causes endocrinologiques : hyperaldostéronisme, hypercorticisme, phéochromocytome, acromégalie, hyperparathyroïdie, hyperthyroïdie... N'y a-t-il pas un syndrome des apnées du sommeil ? Une sténose des artères rénales ? ;
- erreur par excès résultant du caractère indirect de la mesure ? Par exemple, manchette trop étroite chez les patients obèses ou artères trop rigides (manœuvre d'Osler ou prise de TA en palpant pouls radial).

Questionnaire de Morisky
Morisky et al J Clin Hypertens 2008;10:348-54

Questionnaire de Morisky à 8 questions¹²

1.	Vous arrive-t-il parfois d'oublier de prendre vos comprimés contre (nom de la condition) ?	Non = 1
2.	Parfois certaines personnes ne prennent pas leurs médicaments pour d'autres raisons qu'un oubli. En pensant aux deux dernières semaines, y a-t-il eu des jours où vous n'avez pas pris votre médicament contre (nom de la condition) ?	Non = 1
3.	Vous est-il déjà arrivé de réduire la dose ou d'arrêter de prendre vos médicaments contre (nom de la condition) sans en informer votre médecin, parce que vous vous sentiez moins bien en les prenant ?	Non = 1
4.	Lorsque vous voyagez ou que vous quittez la maison, vous arrive-t-il d'oublier d'emporter vos médicaments contre (nom de la condition) ?	Non = 1
5.	Avez-vous pris vos médicaments contre (nom de la condition) hier ?	Oui = 1
6.	Quand vous ressentez beaucoup moins, voire plus du tout, vos symptômes, vous arrive-t-il parfois d'arrêter de prendre vos médicaments ?	Non = 1
7.	Le fait de devoir prendre des médicaments contre (nom de la condition) tous les jours représente un réel inconvénient pour certaines personnes. Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié(e) par le fait d'avoir à respecter un traitement contre (nom de la condition) ?	Non = 1
8.	Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous rappeler de prendre tous vos médicaments contre (nom de la condition) ?	

*** **Choix de réponses et scores pour la question 8.**
Jamais/Rarement = 1 De temps en temps = 0,75 Parfois = 0,5
Régulièrement = 0,25 Tout le temps = 0

Note : il est possible de remplacer (nom de la condition) par « votre médicament » ou par le nom précis du médicament.

Figure 3.

Bon > 8
Moyen 6-7
Faible < 6

D'après l'exposé du Dr Jean-Michel Pochet, néphrologue, Ste-Elisabeth Namur, UCL Namur site Godinne et UCL Saint-Luc, Bruxelles.

Mots-clés : hypertension artérielle, HTA, HTA résistante.

Du Sport sur ordonnance

par M. Benoit MASSART*

* Master en Sciences de la Motricité
Certifié en Exercice Therapy
(UCLouvain)
1340 Ottignies
benoit@sport-sur-ordonnance.be

L'association entre l'activité physique et l'état de santé est indubitable. Ce n'est d'ailleurs un secret pour personne : pratiquer une activité physique est bon pour la santé. Les liens entre la santé et le sport sont bien connus et documentés, notamment dans une récente publication de l'institut national de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) en France⁽¹⁾. Les conclusions de cette expertise collective commanditée par le ministère des Sports sont sans appel : l'activité physique est un véritable « médicament » de prévention et de soin des maladies chroniques.

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Les premières études scientifiques sur les relations entre l'activité physique et l'état de santé se développent depuis plus de cinquante ans. Au début des années 50, une étude comparant 30 000 chauffeurs d'autobus (considérés comme peu actifs physiquement) à 20 000 contrôleurs (considérés actifs) révélait que ces derniers étaient moins exposés à la survenue d'un décès lié à un accident coronarien que leurs collègues chauffeurs. Par la suite, un nombre conséquent de travaux est venu conforter cette relation entre l'activité physique et la réduction de la mortalité, toutes causes confondues⁽²⁾.

ABSTRACT

Sport, and physical activity in general, have an undeniable effect on physical health, both preventively and therapeutically, but also social and psychological. Prescription Sport allows you to prescribe light to moderate-intensity physical activity in a sports centre for 3x 50 minutes/week, for the rest of your life.

Keywords : physical activity, prescribing sport.

RÉSUMÉ

Le sport, et l'activité physique en général ont un effet indéniable sur la santé physique, au niveau préventif et thérapeutique, mais aussi sociale et psychologique. Le Sport sur ordonnance (SSO) permet de prescrire une activité physique d'intensité légère à modérée adaptée dans un centre sportif à raison de 3 x 50 minutes/semaine, toute sa vie.

Mots-clés : activité physique, prescription sport.

Dans le cadre de maladies comme la dépression légère à modérée, le diabète de type 2, l'obésité ou l'artérite des jambes (maladie vasculaire), l'activité physique devrait même être considérée selon de nombreux chercheurs comme un traitement « de première intention⁽³⁾ » : à savoir qu'elle devrait être préconisée avant d'envisager un quelconque traitement médicamenteux. Pour les professionnels de la santé, l'activité physique devrait être considérée comme un outil efficace pouvant être intégré à la panoplie des moyens thérapeutiques à mobiliser face à des personnes souffrant de pathologies chroniques. L'avantage de l'exercice physique est que, d'une part, son efficacité est prouvée scientifiquement, et que d'autre part, sa mise en œuvre est relativement bon marché.

Premièrement, la pratique du sport contribue à un meilleur état de santé physique de nos populations. Même si l'hypothèse doit encore être confirmée par des données scientifiques, il y a vraisemblablement un lien direct entre le niveau de condition physique des patients et la probabilité de développer la Covid-19. Certaines études récentes mettent en avant certains mécanismes protecteurs de l'activité physique, notamment des propriétés anti-inflammatoires⁽⁴⁾ ou la production d'un antioxydant puissant capable de prévenir ou réduire la gravité des problèmes respiratoires comme c'est le cas du syndrome de détresse respiratoire aigüe, l'une des complications du coronavirus⁽⁵⁾. Ensuite, le sport a également un impact social, plus difficile à évaluer, mais d'une grande importance en cette période d'isolement. Une activité physique régulière va diminuer le stress et l'anxiété des pratiquants, favoriser les échanges sociaux, etc. Car au-delà des grands événements, le sport met aussi en jeu une vie sociale et associative qui s'érige comme l'un des piliers du vivre-ensemble. Le sport a donc un impact direct et non négligeable sur l'état de nos sociétés. Ce double effet justifie cette dérogation permise par nos autorités en faveur du maintien des activités du secteur sportif. Heureusement.



Le lien entre activité physique et la santé

Le « Sport sur Ordonnance »

Le « Sport sur Ordonnance » (SSO) est un dispositif qui permet aux médecins généralistes de prescrire de l'activité physique à leurs patients atteints d'une affection de longue durée. Ces derniers reçoivent une prescription écrite les invitant à se rendre dans un centre sportif pour pratiquer une activité physique. Psychologiquement, il est établi que la prescription écrite d'une thérapie est deux fois plus efficace qu'une simple préconisation orale⁽⁶⁾. Pour le médecin, la démarche est sensiblement la même qu'une prescription d'un médicament. Il prescrit un traitement à son patient. Le patient sera invité à pratiquer un cours d'activité physique adaptée avec d'autres patients dans le centre sportif de sa commune. Actuellement, cette prescription ne donne droit à aucun remboursement ou participation financière dans les frais d'inscription à ces programmes d'activité physique. Précisons également que le sport sur ordonnance est une activité réalisée en ambulatoire, sans surveillance médicale mais sur prescription, avec une activité d'intensité légère à modérée, idéalement, 150 minutes par semaine durant toute la vie ! La réhabilitation à l'effort n'est donc pas considérée comme du sport sur ordonnance, celle-ci est pratiquée de façon très encadrée et en milieu hospitalier pendant une durée définie après un épisode aigu (comme après un infarctus du myocarde par exemple lors de séances de réhabilitation cardiaque).

En Europe, des initiatives diverses et variées émergent pour promouvoir l'adoption d'une activité physique régulière dans le quotidien des patients chroniques. En Belgique, ces dispositifs de « Sport sur Ordonnance » sont portés par les communes et les centres sportifs locaux. La commune de Frasnes-lez-Anvaing fut la pionnière en la matière en démarrant son dispositif « Sport sur Ordonnance » en septembre 2013, un projet inspiré de l'initiative menée à Strasbourg. À ce jour, plus d'une dizaine de communes (Ottignies – Louvain-la-Neuve, Chaudfontaine, Namur, Saint-Hubert, etc.) ont également emboîté le pas et proposent un service innovant à ses patients atteints de pathologies chroniques.

Concrètement, le patient armé de la prescription délivrée par son médecin prendra part à un dispositif comprenant 2 séances d'évaluation de la condition physique des patients (à l'entrée et à la sortie du cycle) et 12 séances d'activité physique adaptée à raison d'une fois par semaine (30 min de marche et/ou course à pied + 1 h d'exercices de renforcement et d'assouplissement). Ces séances se dé-

roulent au sein des centres sportifs communaux et en petits groupes afin de permettre au coach d'adapter les exercices en fonction des conditions de chacun.

À la suite de l'épidémie COVID 19, en Belgique, tous les centres sportifs et cours de sport sont suspendus. Les dérogations ne concernent que les sportifs sous statut, les sportifs professionnels et l'enseignement supérieur. En France, le ministère chargé des Sports a considéré comme public prioritaire, les personnes pratiquant sur prescription médicale... Elles conservent ainsi l'accès à toute forme de pratique sportive, dans tous les types d'équipements sportifs (couvert ou plein air) sur l'intégralité du territoire (y compris zones de couvre-feu) malgré le confinement... ! Un bon message de prévention en santé publique « Malgré votre pathologie, continuez à bouger ! »

Le rôle du médecin généraliste

Le médecin est un acteur essentiel à la réussite des dispositifs de sport sur ordonnance. En tant qu'autorité reconnue par le patient, le médecin peut convaincre celui-ci de pratiquer une activité physique en lui conférant son ordonnance. Une recommandation orale est judicieuse, mais souvent insuffisante pour l'amener à bouger et à pratiquer dans la durée une activité physique adaptée à son profil⁽⁷⁾. La nature du message est également à distinguer des autres conseils promulgués par le médecin. Si les messages de santé publique sont souvent négatifs et synonymes de privation (manger moins salé, moins sucré, moins gras, fumer et boire moins), le message de promotion de l'activité physique par le médecin est de nature positive. Il encourage le patient à en faire davantage.

Deux obstacles freinent néanmoins la participation des médecins. Premièrement, les médecins généralistes ne sont encore que trop peu sensibilisés aux atouts essentiels d'une pratique régulière d'une activité physique sur la santé des patients atteints de maladies chroniques. Il y a des enjeux de formation des médecins à la prescription, à l'encadrement et au déploiement sur le territoire. À l'heure actuelle, trop peu de médecins sont formés à ce domaine. Ensuite, le manque de structure sportive paramédicalisée et disposant d'un encadrement adapté aux patients chroniques constitue une seconde barrière importante. Trop souvent, les médecins sont dans l'impossibilité de référer leur patient vers des structures sportives de qualité, elles sont tout simplement absentes ou trop éloignées de leur cabinet.

Le rôle des intervenants en activité physique

Le second acteur et pas moins essentiel pour garantir le succès des programmes de SSO reste le professionnel qui mettra en œuvre cette thérapeutique non médicamenteuse, c'est-à-dire l'activité physique. En effet, c'est la qualité de la rencontre avec l'éducateur sportif ou le kinésithérapeute qui détermine le fait que le patient adhère au dispositif. Le kinésithérapeute a l'avantage d'avoir des bonnes connaissances médicales sur les pathologies chroniques des patients. Il sera assurément le mieux placé pour prendre en charge les patients lors des premières séances d'activité physique. L'éducateur physique possède quant à lui un bagage sportif souvent plus important, lui permettant d'accompagner et de motiver le patient dans sa pratique sur le long terme.

Il convient naturellement de créer des ponts entre le médecin prescripteur et l'intervenant en activité physique. Ensemble, ils doivent former un binôme gagnant au service du patient. En dispensant un traitement à ces derniers, ces intervenants peuvent être considérés comme des soignants. Leurs métiers doivent être valorisés et développés. Les universités proposent d'ailleurs depuis quelques années des programmes de formation continue dans les deux domaines, en «Exercise Medicine» à destination des médecins et en «Exercise Therapy» pour les éducateurs sportifs ou les kinésithérapeutes. Ces formations ont pour objectif de former des praticiens capables d'utiliser l'activité physique comme outil thérapeutique dans la prise en charge de patients souffrant de maladies chroniques. Les dispositifs de «Sport sur Ordonnance» rassemblent donc les professionnels de la santé et du sport dans un projet commun, au bénéfice des patients. La réussite des dispositifs reposera sur l'alchimie créée entre les deux professionnels.

Conclusion

Les effets bénéfiques de l'activité physique sur la santé ne sont plus à démontrer par la science, que ce soit pour la prévention des maladies ou leur traitement. Malgré ce consensus autour du rôle de l'activité physique, force est de constater que deux tiers des Belges ne se bougent pas assez et de manière particulièrement préoccupante, les jeunes de moins en moins. Pour renverser ce triste bilan, les médecins ont un rôle important à jouer en faisant la promotion de l'activité physique.

Actuellement, en Belgique francophone, les dispositifs du «Sport sur Ordonnance» restent principalement des initiatives locales, soutenues par les communes. À terme, le déploiement de ces disposi-

tifs nécessitera inexorablement une intervention des pouvoirs publics en vue de réguler, soutenir et promouvoir ces initiatives de santé publique. En agissant sur le financement des dispositifs et la promotion à large échelle de l'activité physique, les décideurs politiques peuvent contribuer au développement du sport sur ordonnance. En France, alors que le SSO est largement plus développé que chez nous, les acteurs du Sport Santé réclament l'introduction d'un financement forfaitaire de l'assurance maladie pour les bénéficiaires malades chroniques. À l'instar de l'intervention «Sport» octroyée par la plupart des mutuelles, un remboursement complémentaire des frais d'inscription aux séances de sport sur ordonnance constituerait assurément un bon moyen pour rendre accessible financièrement les dispositifs de «Sport sur Ordonnance». La promotion de l'activité physique doit aussi devenir une priorité de santé publique. En effet, puisqu'il est désormais largement admis que la pratique d'une activité physique régulière réduit les risques associés à de nombreuses maladies chroniques, des actions de promotion pour le grand public doivent être mises en place par les pouvoirs publics. À cet égard, les politiques ont un rôle à jouer car l'état de la pensée scientifique n'est que peu de chose si la décision politique n'est pas prise.

S'il reste encore du chemin à faire avant de permettre à chaque patient chronique, sans cesse plus nombreux dans nos pays occidentaux, de bénéficier d'un dispositif «Sport sur Ordonnance» proche de chez eux, soutenons les initiatives pionnières dans ce domaine en Belgique en espérant que le modèle se diffuse et que d'autres acteurs emboîtent le pas.

Bibliographie

1. INSERM, Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques, expertise collective Synthèse et recommandations, Éditions EDP Sciences, 2019.
2. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk PT, Lancet Physical Activity Series Working Group Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380: 219-29. doi: 10.1016/S0140-6736 (12) 61031-9.
3. Ninot G, Vinet A, Walther G, Freyssenet D, Guiraud T, Carré F. Justification scientifique de la prescription en première intention de programmes d'activité physique à visée thérapeutique dans les maladies chroniques. *Bull Épidémiol Hebd.* 2020; (H5): 17-22.
4. Kaux JF, Francaux M. L'activité physique en période de pandémie Covid-19 [Physical activity during the Covid-19 pandemic]. *Sci Sports.* 2020; 35 (3): 117-118. doi: 10.1016/j.scispo.2020.05.001
5. Yan Z, Spaulding HR. Extracellular superoxide dismutase, a molecular transducer of health benefits of exercise. *Redox Biol.* 2020; 32: 101508. doi: 10.1016/j.redox.2020.101508
6. Feltz, 2020, Sport Santé sur ordonnance, mani-feste pour le mouvement, Des Équateurs.
7. Berra K, Rippe J, Manson JE. Making Physical Activity Counseling a Priority in Clinical Practice: The Time for Action Is Now.

Découverte fortuite

par le Dr Jimmy FONTAINE*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
jimmy.fontaine@dssmg.be

L'auteur déclare ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Monsieur V., 69 ans, arrive à mon cabinet en boitant car son genou gauche lui fait atrocement mal depuis 4 jours.

Monsieur V., est d'un naturel plutôt résistant et ne consulte que très rarement. Il m'explique que son genou lui fait mal depuis 4 jours, qu'il a dû forcer et pensait qu'avec un peu de repos, tout allait rentrer dans l'ordre. Malgré l'inactivité, le genou reste douloureux et l'empêche de dormir. A l'anamnèse, aucune notion de traumatisme n'est retrouvée. Le patient ne présente pas de fièvre, ni de trouble urinaire ni digestif et conserve un bon appétit.

Les paramètres (tension, température, fréquence cardiaque, saturation) sont normaux, l'auscultation cardio-vasculaire est sans particularité, l'abdomen est souple, dépressible et indolore.

Le genou gauche est érythémateux, œdématié, chaud et douloureux au toucher. La flexion et l'extension est douloureuse mais possible. Le genou controlatéral est sans particularité. Je ne remarque aucune blessure au niveau cutané, ni adénopathie, ni lymphangite.

Quant aux antécédents, le patient a été traité par brachythérapie en 2011 pour un néo prostatique. Il est censé prendre de l'allopurinol 300 mg pour des crises de goutte récidivantes...

Crise de goutte

Vu le tableau clinique et anamnestique, je conclus à une crise de goutte.

Je réalise tout de même une prise de sang en dosant un hémogramme, une CRP et l'acide urique. Je décide de le traiter par naproxène 500 mg 2x/j et non par colchicine. Selon la Revue Prescrire, la colchicine n'est pas meilleure que le naproxène pour soulager la douleur et expose à plus d'effets indésirables (diarrhée) et graves (agranulocytose).

ABSTRACT

Case report of a 69-year-old patient attending with sudden joint pain.

Keywords :
gout attack, polycythemia, polycythemia vera.

RÉSUMÉ

Histoire clinique d'un patient de 69 ans qui consulte pour une douleur articulaire soudaine.

Mots-clés : crise de goutte, polyglobulie, maladie de Vaquez.

Des résultats inattendus

Le lendemain, je reçois un coup de fil du laboratoire pour m'avertir que mon patient présente une hémoglobine à 23,2 g/dl avec un hématoците à 72,3 % (41-53 %), une neutrophilie à 18110/ μ L, une thrombocytose à 664 000 par μ L, la CRP à 33,0 mg/dL et l'acide urique à 9,5 mg/dL (3,4-7,0).

Syndrome myéloprolifératif

La neutrophilie, la thrombocytose et la polyglobulie plaident en faveur d'un syndrome myéloprolifératif touchant le progéniteur myéloïde (hémopathie myéloïde, en opposition à une hémopathie lymphoïde touchant le progéniteur lymphoïde).

Parmi les hémopathies myéloïdes, on distingue les formes aiguës (leucémies aiguës) des formes chroniques (syndromes myéloprolifératifs et myélodysplasies).

Les syndromes myéloprolifératifs (maladie de Vaquez, Leucémie Myéloïde Chronique, Thrombocythémie Essentielle, Myélofibrose) sont associés à une prolifération des cellules issues du progéniteur myéloïde (érythrocytes, mégacaryocytes, granulocytes). Quant à la myélodysplasie, l'hématopoïèse est inefficace et est plutôt associée à une cytopénie.

Retour à la situation clinique

Suite à cette découverte, le patient a été hospitalisé pour mise au point.

Après une biopsie médullaire, le diagnostic de maladie de Vaquez a été posé.

Le patient a été traité par saignées itératives jusqu'à atteindre une Hb < 14,5 mg/dL. Un traitement anti-agrégant plaquettaire (100 mg), ainsi que de l'hydroxycarbamide^a (500 mg 3x/j) ont été instaurés. L'hydroxycarbamide est un traitement cytoréducteur qui induit une diminution des 3 lignées myéloïdes.

Des contrôles biologiques réguliers doivent être réalisés afin de contrôler l'hémogramme et d'adapter le dosage de l'hydroxycarbamide (pas de consensus sur la fréquence des prises de sang à réaliser, mais il est souvent conseillé un contrôle hebdomadaire en début de traitement que l'on peut espacer mensuellement, voire trimestriellement par après).

Maladie de Vaquez

Polyglobulies

En premier lieu, il convient de distinguer une polyglobulie d'une hémococoncentration (déshydratation, diurétiques, par ex). En cas d'hématocrite supérieur à 60% chez l'homme et 55% chez la femme, on parlera de polyglobulie « vraie ».

Ensuite il faut distinguer la maladie de Vaquez des polyglobulies secondaires. Dans 95% des cas, la maladie de Vaquez est due à une mutation JAK2.

Parmi les formes secondaires, on retrouve :

- l'hypoxémie (BPCO, altitude, shunt droit gauche, tabac);
- les tumeurs (reins, foie, hémangioblastome du cervelet);
- la sténose unilatérale de l'artère rénale.

Diagnostic de la maladie de Vaquez : critères OMS 2016

Il existe 3 critères majeurs :

- taux d'Hb > 16,5 g/dL chez l'homme ou 16 g/dL chez la femme (ou Hc > 49% chez l'homme ou 48% chez la femme ou une augmentation du volume globulaire de > 25% par rapport à la normale);
- biopsie médullaire montrant une hypercellularité touchant les 3 lignées avec prolifération mégacaryocytaire;
- mutation JAK2.

Il existe aussi un critère mineur : taux sérique d'EPO bas.

Le diagnostic se pose si les 3 critères majeurs sont présents ou si les deux premiers critères majeurs et le critère mineur sont réunis.

Clinique de la maladie de Vaquez

Un pic d'incidence est retrouvé vers 65 ans.

Divers symptômes peuvent être retrouvés :

- des céphalées, des acouphènes, des vertiges (en lien avec l'hyperviscosité);
- des symptômes généraux : sudations, amaigrissement;
- un prurit aquagénique;
- des crises de goutte à répétition;
- une érythromélgie (épisodes intermittents de douleurs au niveau des extrémités avec sensation de chaleur et érythème);
- une érythrose cutanée;
- une splénomégalie (dans 70% des cas).

Les complications sont essentiellement le risque de thromboses artérielles et veineuses et le risque de transformation en myélofibrose, voire leucémie myéloïde aiguë.

Non traitée, la survie moyenne est de 18 mois.

Conclusion

Monsieur V. présentait des crises de goutte à répétition. De plus, il avait une érythrose cutanée à laquelle je n'avais pas prêté attention.

Sans l'arthrite goutteuse, la maladie du patient aurait pu être découverte à un stade plus avancé, ou lors d'une complication plus sévère telle une thrombose artérielle.

Bibliographie

1. Rédaction Prescrire. Stratégies : douleur et crise de goutte. Revue Prescrire Septembre 2020; 40 (443); 686.
2. Spivak JL. Polycythemia vera : myths, mechanisms, and management. Blood 2002 Dec 15; 100 (13): 4272-90. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12393615/>

a. Hydrea®

Les Entretiens de la SSMG des 24-25/04 et 8-9/05/2021

DES ENTRETIENS FIDÈLES À LEUR MISSION ET 100 % À DISTANCE



Le Dr Yves GUEUNING présente le programme scientifique des Entretiens de la SSMG qui, crise sanitaire oblige, seront organisés en vidéoconférences.

Qu'est-ce qui est nouveau cette année ?

Yves GUEUNING : Cette année, les Entretiens se dérouleront à distance et précéderont la Semaine de la SSMG que nous espérons organiser fin septembre. Hormis ce changement de forme, les Entretiens proposent, comme les autres années, des thèmes sélectionnés parmi 20 sujets selon leur **gravité**, leur **prévalence** en médecine générale et enfin notre **capacité d'intervention**. Et, comme d'habitude, nous intégrons quelques sujets qui ne sont pas choisis selon ces critères mais qui sont soit innovants, comme le thème des enfants différents (TDHA, HP, etc.) demandé fréquemment par des médecins, soit proposés par le Comité Directeur de la SSMG comme le DMI.

Pouvez-vous nous présenter le programme ?

Yves GUEUNING :

Cette année, autre nouveauté, nous aurons 8 ateliers d'1h30 précédés ou suivis de 8 cours théoriques d'1 heure.

Le 1^{er} atelier «Biologie : prescrire utile» sera dispensé par le Pr Elie Cogan, médecin interniste, Hôpital Delta (CHIREC) à Bruxelles. Il rappellera, exemples à l'appui, que la valeur d'un test dépend fortement de la situation clinique qui justifie sa prescription et que les bilans systématiques ne sont pas pertinents. Son cours portera sur **«Les Red Flags de l'hémogramme»**.

Le thème de l'insuffisance cardiaque avait été abordé en 2012 mais les choses ayant bien évolué, le **2^e atelier «Actualisation dans l'insuffisance cardiaque»** fera le point sur les meilleurs moyens diagnostiques et thérapeutiques à notre disposition en 2021. Puis le Dr Olivier De Coster, cardiologue à Bruxelles, présentera son cours théorique sur les **«Techniques cardiologiques mini-invasives»**.

La **«Dermatologie au quotidien»** sera le **3^e atelier**, présenté par le Dr Bernadette Blouard, dermatologue à Namur. Le sujet sera abordé à partir de diagnostics différentiels par l'image de quelques pathologies en fonction de leur localisation (cuir chevelu, ongle, etc.). Le cours **«Comment améliorer la collaboration généraliste/dermatologue ?»** vise, sur proposition de l'oratrice, à optimiser les interactions quand le patient est partagé pour son traite-

ment et le suivi d'éventuels effets secondaires entre son médecin traitant et son dermatologue.

Le 4^e atelier sera consacré au thème **«Fin de vie et démence»** et assuré par le Dr Christophe Dumont, gériatre, Grand Hôpital de Charleroi. Il nous expliquera comment oser parler avec le patient du sujet complexe de la fin de vie, suffisamment tôt, et à plusieurs reprises, tant qu'il est capable de s'exprimer. Le cours **«Actualisation des maladies neurodégénératives»** fera le point sur les maladies à potentiel dégénératif et les possibilités de prévention.

Le 5^e atelier «Soins palliatifs : gestion des médicaments en fin de vie» avec le Dr Alain Dessard, médecin généraliste à Liège, sera centré sur les traitements et leur modulation. Le cours **«Projet thérapeutique : passer d'une vision négative à une vision positive»** expliquera comment on peut avoir une approche plus positive en projetant suffisamment tôt et pas dans l'urgence une fin de vie fondée sur les désirs du patient consignés dans un document de référence.

6^e atelier : «Utilisation correcte du DMI». Le Dr Vincent Parmentier, médecin généraliste à Beloeil et administrateur de la SSMG, expliquera comment un DMI bien structuré permet d'avoir davantage d'interaction entre le médecin praticien et les données scientifiques. Son cours théorique **«Quelles évolutions futures dans la conception des outils liés aux soins et de l'environnement numérique ?»** donnera une vue d'ensemble de l'écosystème e-santé en Belgique, de sa mouvance et des enjeux futurs.

Le 7^e atelier porte sur les enfants différents : HP, TDAH, enfant turbulent, dys-. Il débutera par le cours **«De la symptomatologie au diagnostic : où débute "l'anormalité ?"»** qui sera focalisé sur les symptômes qui doivent attirer notre attention. Puis, dans son atelier **«Ces enfants différents, difficiles à gérer ... !»**, le Dr Paule Philippe, pédopsychiatre à Bastogne, aura pour objectif de situer la nature de la problématique et d'orienter à bon es-cient la famille et les intervenants.

Le 8^e atelier proposera : **«Quel dépistage pertinent des cancers ?»**. Le Dr Anne Boucquiau, directrice médicale de la Fondation contre le Cancer à Bruxelles, fera le point sur les dépistages reconnus et organisés par la santé publique et les autres dépistages demandés par des spécialistes par exemple. Puis le cours abordera la prévention primaire et les facteurs de risque modifiables **«Prévention du cancer : rôle de notre mode de vie»**.

Programme et inscription :

<https://www.ssmg.be/evenements/entretiens-de-la-ssmg-2021/>

Mireille Roillet

Le suivi du patient tabagique de A à Z

SITE SSMG : NOUVELLE RUBRIQUE SUR LE SEVRAGE TABAGIQUE



Interviews des D^{rs} Imane HAFID et Julien SCALTEUR, jeunes médecins généralistes et tabacologues qui nous présentent la nouvelle rubrique sur le sevrage tabagique du site de la SSMG.

Pourquoi une nouvelle rubrique ?

Julien SCALTEUR : Le tabagisme est à l'origine d'un nombre incroyable de pathologies. Pourtant, les médecins se sentent impuissants pour aider suffisamment les fumeurs. Ils sont demandeurs d'outils pratiques et de guidance. L'ancienne rubrique était surtout consacrée au conseil minimal et au démarrage d'un sevrage tabagique. Nous avons voulu aller plus loin et proposer un suivi complet, qui intègre toutes les étapes. La nouvelle mouture se veut attractive et ludique. En quelques clics, on retrouve l'information souhaitée.

Concrètement ?

Imane HAFID : 9 rubriques pour 9 points clefs de la prise en charge du tabagisme. Nous avons par exemple créé une rubrique sur les discours des patients et les réponses suggérées. Nous avons aussi créé une page sur les patients particuliers : l'adolescent, la femme enceinte, le patient dépressif, etc. Pour chacun-e, nous expliquons la prise en charge spécifique, ce qu'il faut faire et ne pas faire, le traitement. Tout ce travail émane d'une révision approfondie de la littérature.

Comment allez-vous utiliser cette nouvelle rubrique dans vos consultations ?

Imane HAFID : Le meilleur moyen d'utiliser le site lors d'une consultation est de le consulter avant la consultation. Il y a de nombreux documents utiles à remettre au patient. Il suffit de les télécharger et de les donner.

Qu'avez-vous envie de dire au médecin qui se lance dans la prise en charge dans un sevrage tabagique ?

Julien SCALTEUR : Félicitations ! Guider un patient dans son sevrage, c'est le guérir en un coup de nombreuses pathologies à venir et le libérer d'une addiction anxiogène. Quelle gratification ! Vous allez tisser un lien thérapeutique très fort avec lui. Ensuite : amusez-vous ! Le sevrage chez un patient motivé est la partie la plus agréable pour le médecin. C'est motiver le patient au début qui est le plus difficile. Sans avoir les bonnes clefs pour approcher un patient fumeur, c'est très frustrant de parler du tabac. C'est pour cela que nous avons fait une rubrique « Approche du patient tabagique ». La plus importante à mes yeux !

Retour sur l'AG du 2/03/2021

UN BILAN TRÈS POSITIF



Stéphanie BRILLON, Managing Director de la SSMG, nous présente les points clés de l'Assemblée Générale du 2 mars 2021 qui s'est tenue en distanciel.

Quelles sont les informations clé de cette AG ?

Stéphanie BRILLON : Nous sommes fiers de constater une augmentation de 7,6% du nombre de nos membres. Nous avons actuellement 3426 membres au total. L'association s'agrandit malgré la pandémie ! La 2^e bonne nouvelle est le maintien et la diversification de notre offre de formation malgré la situation sanitaire. Nous avons organisé plus de 400 formations qui ont généré 7800 participations ! Nous avons su nous adapter aux circonstances et proposer des formations par vidéoconférences qui ont rencontré un franc succès.

Quelle est la situation financière fin 2020 ?

Stéphanie BRILLON : L'AG a approuvé les comptes 2020 et le budget 2021. L'association est en bonne santé financière grâce à la confiance renouvelée de ses membres dont le nombre est en augmentation et grâce au soutien de ses partenaires, en particulier les pouvoirs subsidiaires. L'année 2021 s'annonce sous les meilleurs auspices pour les mêmes raisons.

Y a-t-il eu des changements au niveau des administrateurs ?

Stéphanie BRILLON : Comme tous les 2 ans, la moitié du Conseil d'Administration a été renouvelée. Les 8 candidats (D^r Audrey BONNELANCE, D^r Silviu BRAGA, D^r Elodie BRUNEL, D^r Aurore GIRARD, D^r Quentin MARY, D^r Alberto PARADA, D^r Vincent PARMENTIER, D^r Jacques VANDERSTRAETEN) ont été (ré)élus à la majorité.

Au niveau du Comité Directeur Restreint, le D^r Thomas ORBAN a accepté de renouveler son mandat de Président pour 2 ans afin de former son successeur. Le D^r Audrey BONNELANCE a été réélue à la fonction de Secrétaire Générale. Les 3 Vice-présidents sont les D^{rs} Patricia EECKELEERS, Jimmy FONTAINE et Quentin MARY. Le D^r Sonia GOUDJIL endosse quant à elle le rôle de trésorière.

Nous avons acté les démissions prévues des D^{rs} Geneviève BRUWIER, Giuseppe PIZZUTO, Marie-Astrid BERREWAERTS, Luc PINEUX et Katelijn DUHEM. Le Président les a remercié-e-s tour à tour chaleureusement pour leur investissement dans la gestion de la SSMG pendant de nombreuses années pour la plupart.

Mireille Roillet

GROUPES OUVERTS

jeudi 27 mai 2021
20:15 - 22:15

Où : Ploegsteert

Sujet : Troubles de la croissance :
à partir de quel moment
faut-il s'inquiéter
en médecine générale ?

Org. : G.O. Société des Généralistes
cominois

Rens. : Dr Caroline WOESTYN
056/58.70.28

carolinewoestyn@gmail.com

MANIFESTATIONS SSMG 2021



Programmes et inscriptions : www.ssmg.be, rubrique « agenda »
ou via nos newsletters hebdomadaires

samedi 24 et dimanche 25 avril

Entretiens du printemps de la SSMG – 1^{er} WE

organisés par le pôle « enseignement » de la SSMG

samedi 8 et dimanche 9 mai

Entretiens du printemps de la SSMG – 2^e WE

organisés par le pôle « enseignement » de la SSMG

du 21 au 24 septembre

Semaine de la SSMG

organisée par le pôle « enseignement » de la SSMG

samedi 9 octobre

Grande Journée

organisée par la commission de Charleroi

samedi 16 octobre

Grande Journée

organisée par la commission du Luxembourg

samedi 20 novembre

Grande Journée

organisée par la commission de Namur

HEURES D'OUVERTURE DU SECRÉTARIAT SSMG

Du lundi au vendredi, de 9 à 16 heures, sans interruption

rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles
Tél. : 02 533 09 80 • Fax : 02 533 09 90

La coordination est assurée par 8 personnes :
Stéphanie Brillon, Dominique Dieng, Thérèse Delobea, Cristina Garcia,
Julie Marchal, Ariane Peters, Mireille Roillet et Joëlle Walmagh

RÉPONSES AU PRÉTEST !

Réponses prétest p. 6 : 1. Faux • 2. Vrai • 3. Faux

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Rédactrice en chef:

D^r Patricia EECHELEERS

Comité de lecture et de rédaction:

D^r Audrey BONNELANCE
 D^r Laurence DERYCKER
 D^r Jimmy FONTAINE
 D^r Virginie HUYGHE
 D^r Thomas ORBAN
 D^r Luc PINEUX

Secrétariat de rédaction:

Joëlle WALMAGH
 rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles
 Tél.: 02 533 09 83 • Fax.: 02 533 09 90
 joelle.walmagh@ssmg.be

Administration:

SSMG asbl
 Rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles
 Tél.: 02 533 09 80 • Fax.: 02 533 09 90
 Compte n° BE93 0013 1204 8167

Éditeur responsable:

D^r Thomas ORBAN
 Rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles

Périodique mensuel (sauf juillet/août)

La Revue de la Médecine Générale respecte les critères de qualité d'un périodique médical; son contenu est adapté à la pratique de la MG (pertinence):

- elle impose des exigences de rédaction aux auteurs (critères de Vancouver);
- elle possède un comité de lecture composé de médecins généralistes qui révisent les articles avant leur parution;
- elle insiste sur l'indépendance de sa rédaction vis-à-vis de la publicité;
- elle dispose d'une grande variété dans les types d'articles proposés (éditorial, cas cliniques, guidelines, courrier...).

Les articles, photos et dessins de la Revue de Médecine Générale ne comportent pas de publicité: les mentions d'entreprises ou de produits le sont à titre documentaire.

Les articles, photos, illustrations et opinions parus dans la Revue de Médecine Générale le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de traductions, d'adaptation et de reproduction par tous procédés sont réservés pour tous les pays.

Photo de couverture:
 Hamamélis en fleurs
 © Patricia EECHELEERS

ABONNEMENT POUR 10 NUMÉROS VERSION « PAPIER »

- 80 € pour les membres SSMG
- 160 € pour les non-membres

À verser à la SSMG asbl, sur le compte BE93 0013 1204 8167

COTISATIONS SSMG 2021

- | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|
| • Cotisation ordinaire : | 350,00 € |
| • Conjoint-e d'un membre ayant payé une cotisation ordinaire : | 150,00 € |
| • Jeunes médecins < 2 ans d'installation : | 100,00 € |
| • Retraités (= arrêt de la pratique médicale) : | 50,00 € |
| • Assistant-e-s : | GRATUIT (contactez nous) |
| • Cotisation « indépendante » ou GOLD : | 575,00 € |

À payer **en ligne** via le site de la SSMG :
www.ssmg.be – page d'accueil – bouton « Je deviens membre ».