428 décembre 2025

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE



MG & Infectiologie 6
L'antibiorésistance : un défi de santé publique

Diagnostic par l'Image 18
Chaleur coupable

Petite Clinique 26
Éviter d'être à l'envers…

Revue officielle de la SSMG

Joyeuses fêtes de fin d'année !

Nous espérons que vous apprécierez les formations
que nous vous préparons pour 2026.



Pour **ne jamais rien rater** de nos actualités,
Suivez-nous sur les réseaux sociaux

ISSMG
Société Royale

L'accompagnement des personnes en fin de vie, entre soins et introspection



Dre Caroline MICHOT
Médecin généraliste
carmichot@gmail.com

Cet été, j'ai vu le film *The Life of Chuck* de Charlie Kaufman, inspiré d'un livre de Stephen King. Ce long métrage nous plonge dans une réflexion déstabilisante sur la vie et la mort. À travers la vie de Chuck, le personnage principal, le spectateur est confronté à une histoire banale mais qui devient une exploration de l'écroulement du monde personnel d'un individu, le tout joué dans un décor apocalyptique. Car finalement qu'est-ce la mort ? La fin du Monde ? Non… Mais c'est bien la fin d'un monde, de notre propre monde.

Accompagner une personne en fin de vie, c'est plus que simplement gérer les douleurs physiques et mentales. C'est aussi se sentir impuissant·e face à l'inéluctable.

Je me suis fait la réflexion qu'il y avait peu de métiers où on était sans cesse confronté à la mort, à la finitude des choses. La médecine en fait bien évidemment partie. Ce film m'a poussée à m'interroger sur la fragilité humaine, non seulement du corps mais aussi de l'esprit, et sur la manière dont les soignant·es, en leur qualité de témoins privilégiés, peuvent être les premier·ères à percevoir cet effritement à l'approche de la fin. Nous ne nous contentons pas seulement de prodiguer des soins, nous nous retrouvons aussi souvent être des accompagnateur·rices d'une forme d'effondrement d'un monde.

Dans *The Life of Chuck*, la mort de ce personnage est abordée avec lenteur comme une part de soi qui disparaît progressivement jusqu'à ce qu'il ne reste plus que le souvenir. Ce processus de funeste destruction d'un univers, son univers, nous rappelle la douleur silencieuse qui caractérise le déclin d'une personne, un déclin que les médecins généralistes connaissent bien. Ce sont nous qui, entre autres soignant·es, accompagnons les patient·es fragiles. Nous devenons ainsi témoins de cette ruine quotidienne, celle des corps qui s'affaiblissent, mais aussi des esprits qui se confrontent à l'acceptation de la fin.

Le·la médecin généraliste, par son approche holistique, joue un rôle essentiel dans cet accompagnement. Nous soignons et suivons les patient·es à différents stades de leur vie et souvent d'ailleurs durant une grande partie de leur vie. Comment accepter la fin de la vie ? Qu'est-ce qui restera de nous après notre mort ?… Des questions qui résonnent dans la conscience de chaque médecin, mais qui trouvent parfois difficilement écho dans l'intimité des patient·es.

Accompagner une personne en fin de vie, c'est plus que simplement gérer les douleurs physiques et mentales. C'est aussi se sentir impuissant·e face à l'inéluctable. Cela ne peut se faire sans une introspection constante. Je pense souvent que je « rate mes morts »… Car chaque fois, j'ai le sentiment d'un échec. Mais ça n'en est pas réellement un, car soigner ne signifie pas toujours guérir. Parler anticipativement du projet de fin de vie avec nos patient·es et leur donner l'opportunité, quand ils ou elles le peuvent encore, d'exprimer leurs souhaits concernant les soins futurs, peut nous permettre, à nous aussi, d'être plus serein·es le moment venu… L'accompagnement des patient·es en fin de vie nous pousse à nous confronter, de manière plus intime, à nos propres limites et peurs, et à apprendre à vivre avec la certitude de la mort.

Face à la mort, le·la médecin ne détient pas de vérité ni de solution, il ou elle peut seulement être une présence, un regard, une écoute. *The Life of Chuck* m'a rappelé que chaque fin de vie est un monde qui s'éteint, et que notre rôle n'est pas de le sauver, mais d'en accompagner la dernière lumière. Soigner, c'est parfois simplement être là, humblement, au bord du silence.

Je termine en citant Jean d'Ormesson : *Il y a quelque chose de plus fort que la mort, c'est la présence des absents dans la mémoire des vivants*. Alors, parce que parler de mort, c'est aussi parler de vie, je vous souhaite de passer de merveilleux moments et de profiter de chaque instant avec votre famille et vos proches en cette fin d'année 2025.

SOMMAIRE





ÉDITORIAL 3

L'accompagnement des personnes en fin de vie, entre soins et introspection

par la Dre Caroline MICHOT

MG & INFECTIOLOGIE 6

L'antibiorésistance : un défi de santé publique

par les Drs Corentin DECKERS et Antoine AUPAIX

L'antibiorésistance constitue l'une des menaces les plus sérieuses pour la santé publique. Ce phénomène entraîne des conséquences dramatiques en termes de morbidité, de mortalité et de coût pour les systèmes de soins de santé. Le médecin généraliste, principal prescripteur d'antibiotiques dans de nombreux pays, occupe une position clé dans la gestion de cette problématique. Cet article dresse un état des lieux de l'antibiorésistance, de son impact, des mécanismes sous-jacents et des actions à entreprendre en médecine générale pour limiter sa propagation.

NOUVELLES DES CONGRÈS 12

Traitement hormonal et méningiome

par la Dre Constance AUDET



DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE 15

Un ulcère particulier

par les Drs Pierre FRANCES, Dania TAVAKOLI, Célia PONCE DE LEON et André DE BRITTO XAVIER

Je rencontre le jeune Musa, 19 ans, un jeune libérien qui m'a été envoyé par un des éducateurs du foyer d'asile politique car il présente une lésion ulcérée de 4 cm au niveau de la partie supérieure de sa jambe gauche.



DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE 18

Chaleur coupable

par les Drs Pierre FRANCES, Christophe SANCHEZ, Louis BABBY et Inès JOSE

Je rencontre pour la première fois Sylvie, 76 ans, qui consulte sur les recommandations de son amie. Cette dernière a remarqué que la patiente dos nu présentait une dermatose, asymptomatique, qu'elle considère comme inquiétante.

LIVRES LUS 21

par la Dre Camille DUBUS

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE
428
décembre 2025

MG & SANTÉ SOCIALE 22

Les *Community Health Workers* en Belgique – au cœur des quartiers

par M^mes^ Hanne APERS, Caroline MASQUILLIER, Laura NOTHELIER et Karen MULLIÉ

Le 15 janvier 2021, le Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandenbroucke, a lancé le programme Community Health Workers (CHW) en Belgique. L'INAMI et le Collège Intermutualiste National (CIN) ont été chargés, via une coordination fédérale et régionale, de développer et d'implémenter le programme sur les territoires identifiés. Ce modèle est déjà actif dans plusieurs pays, où il joue un rôle essentiel pour réduire l'écart entre le public cible et le système de santé, notamment en répondant aux besoins de santé des communautés difficiles à atteindre. En Belgique, les CHW accompagnent les personnes en situation de vulnérabilité et les aident à s'orienter dans le système de santé. Ils vont activement à leur rencontre et les soutiennent dans l'accès aux soins et contribuent ainsi à réduire les inégalités de santé.

PETITE CLINIQUE 26

Éviter d'être à l'envers…

par les D^rs^ Pierre FRANCES, Léo ERNANDE, Mirela MARION, Ulysse COMTE et Noémie NISUS

Je fais la connaissance de Salima, 76 ans, qui présente depuis quelques jours une douleur thoracique à type d'oppression. J'ai quelques difficultés à interroger cette patiente du fait de la barrière linguistique (elle est d'origine algérienne). Elle est d'ailleurs accompagnée d'une voisine afin de faciliter les échanges. Cette patiente, porteuse d'un pacemaker, présente une hyperthermie depuis 72 h et une toux grasse.

VIE DE LA SSMG

par Noé VAN SCHELVERGEM

DIGITAL LEARNING IST 2025 29

DE LA PRÉVENTION À LA PRISE EN CHARGE DES IST

Un nouveau DL consacré aux IST est disponible sur la plateforme de la SSMG. Pour en savoir plus, nous avons rencontré la D^re^ Chloé AUJOULAT, responsable de la cellule Sexualité et Santé.

LES NOUVELLES FICHES « MÉDICAMENTS EN SOINS PALLIATIFS » 30

UN OUTIL PRATIQUE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Pour mieux comprendre cette nouvelle initiative, nous avons rencontré le D^r^ Vincent MOMIN, responsable de la cellule Soins Palliatifs et du projet Rampe-Âge 2.3 de la SSMG.

AGENDA 31

RÉPONSES AU PRÉTEST 32

L'antibiorésistance : un défi de santé publique

par les Drs Corentin DECKERS* et Antoine AUPAIX**

* Médecin spécialiste en biologie clinique 5530 Godinne
** Médecin spécialiste en biologie clinique 7301 Hornu

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

L'antibiorésistance constitue l'une des menaces les plus sérieuses pour la santé publique. Ce phénomène entraîne des conséquences dramatiques en termes de morbidité, de mortalité et de coût pour les systèmes de soins de santé. Le médecin généraliste, principal prescripteur d'antibiotiques dans de nombreux pays, occupe une position clé dans la gestion de cette problématique. Cet article dresse un état des lieux de l'antibiorésistance, de son impact, des mécanismes sous-jacents et des actions à entreprendre en médecine générale pour limiter sa propagation.

Prétest	Vrai	Faux
1. Les bactéries peuvent transmettre leur résistance à d'autres bactéries, même d'espèces différentes.	☐	☐
2. La résistance bactérienne est toujours avantageuse pour la bactérie, peu importe l'environnement.	☐	☐
3. L'antibiorésistance pourrait être responsable de 10 millions de décès par an dans le monde d'ici 2050.	☐	☐

Réponses en page 31.

ABSTRACT

Antimicrobial resistance is the ability of bacteria to withstand the effects of antibiotics – a phenomenon worsened by their excessive use in human medicine, veterinary care, and agriculture. It poses a growing threat to global public health, with millions of associated deaths each year. The rapid spread of multidrug-resistant bacteria, such as E. coli ST131, complicates treatment, even in GP practices. A coordinated response is essential, based on rational prescribing, the use of diagnostic tools, and increased awareness among both healthcare professionals and patients.

Keywords : antimicrobial resistance, Escherichia coli ST131.

Qu'est-ce que l'antibiorésistance ?

L'antibiorésistance désigne la capacité des bactéries, et parfois d'autres micro-organismes, à échapper à l'action des antibiotiques. Bien que la résistance des micro-organismes ait été observée dès les premières utilisations d'antibiotiques, ce n'est qu'au fil des décennies que son étendue et ses conséquences sont devenues pleinement évidentes. Pionnier dans la découverte de la pénicilline, le Dr Alexandre Fleming avait d'ailleurs averti dès 1945 des dangers de l'usage abusif des antibiotiques : *La personne irréfléchie qui joue avec un traitement à base de pénicilline est moralement responsable de la mort de l'homme qui succombe à une infection par l'organisme résistant à la pénicilline.*

RÉSUMÉ

L'antibiorésistance est la capacité des bactéries à résister aux antibiotiques, un phénomène aggravé par leur usage excessif en médecine humaine, vétérinaire et dans l'agriculture. Elle constitue une menace croissante pour la santé publique mondiale, avec des millions de décès associés chaque année. La propagation rapide de bactéries multirésistantes, comme E. coli ST131, complique les traitements, y compris en médecine générale. Une réponse coordonnée est essentielle, reposant sur une prescription raisonnée, le recours aux outils diagnostiques et une sensibilisation accrue des professionnels comme des patients.

Mots-clés : antibiorésistance, Escherichia Coli ST131.

Ce propos souligne non seulement la responsabilité individuelle, mais également la responsabilité collective dans l'usage raisonné des antibiotiques. Médecins, patients, vétérinaires, agriculteurs, décideurs publics et industriels sont aujourd'hui tous appelés à une vigilance concertée, condition indispensable pour préserver l'efficacité des antimicrobiens et contenir la progression de l'antibiorésistance. La lutte contre l'antibiorésistance s'inscrit donc pleinement dans une approche intégrée dite *One Health*, reconnaissant l'interdépendance entre santé humaine, santé animale et environnement. Cette approche holistique a d'ailleurs été élaborée conjointement par l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), l'Organisation mondiale de la santé animale [OMSA, anciennement Office International des Épizooties (OIE)], le Programme des Nations unies pour l'environnement (PNUE) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Données épidémiologiques récentes et politiques de santé publiques en Europe et en Belgique

Selon un rapport de l'European Center for Disease Prevention and Contrôle (ECDC) de 2022, la Belgique se classe parmi les onze plus gros prescripteurs d'antibiotiques en Europe, en particulier pour la pratique ambulatoire[1]. L'antibiorésistance représente une menace grandissante pour la santé publique à l'échelle mondiale. En 2021, elle a été associée à environ 4,71 millions de décès, dont 1,4 millions directement imputables à ce phénomène[2]. Si une amélioration notable a été observée chez les enfants de moins de 5 ans (une diminution de 50 % des décès depuis 1990), la situation s'est inversée chez les adultes de 70 ans et plus, pour lesquels la mortalité liée à l'antibiorésistance a augmenté de plus de 80 %. Les agents pathogènes les plus impliqués incluent *Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline et les entérobactéries résistantes aux carbapénèmes, ces dernières étant particulièrement préoccupantes en raison de leur prévalence croissante et de leur potentiel de dissémination. Les projections pour 2050 sont alarmantes : jusqu'à 10 millions de décès par an à l'échelle mondiale, avec 1,91 millions attendus rien qu'en Asie du Sud et en Amérique latine[2]. Cette dynamique est exacerbée par l'interconnexion croissante entre régions à forte prévalence, notamment via le portage prolongé de bactéries multirésistantes lors de déplacements ou d'hospitalisations à l'étranger. Néanmoins, une meilleure prise en charge des infections sévères, ainsi que le développement et l'accès équitable à de nouveaux antibiotiques, pourraient permettre d'éviter 92 millions de décès sur les 25 prochaines années[2].

En Europe, l'impact de l'antibiorésistance est tout aussi préoccupant, avec environ 33 000 décès par an dans l'Espace économique européen (EEE), selon le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)[3]. En Belgique, le plan national NAP-AMR (*National Action Plan for Antimicrobial Resistance*) 2020-2024 tente de répondre à ce défi : on y estime que l'antibiorésistance est responsable d'environ 530 décès par an, pour un coût annuel de 24 millions d'euros, et un coût cumulé de 787 millions d'ici 2050 selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Si la consommation d'antibiotiques en milieu hospitalier est légèrement inférieure à la moyenne européenne, l'usage ambulatoire reste excessivement élevé, sans amélioration notable au cours de la dernière décennie. En revanche, des progrès ont été réalisés dans le secteur vétérinaire, avec une réduction significative de l'usage des antibiotiques. Ce succès est cependant à pondérer compte tenu de l'absence de mesures similaires prises dans le reste du monde où les antibiotiques sont encore souvent utilisés comme facteurs de croissance par les élevages industriels.

Le nouveau plan NAP-AMR 2025-2030 visera notamment à renforcer la surveillance épidémiologique, à promouvoir une prescription raisonnée en médecine humaine, y compris en médecine générale face à l'émergence de souches résistantes, et à encourager la recherche et l'innovation thérapeutique. Un volet de sensibilisation auprès du grand public est également prévu. Ces efforts doivent impérativement s'inscrire dans une stratégie coordonnée à l'échelle internationale pour espérer endiguer une crise sanitaire d'ampleur mondiale.

Mécanismes de l'antibiorésistance : une complexité évolutive

Les mécanismes sous-jacents de l'antibiorésistance sont variés et complexes, faisant de la résistance un défi de taille. Un des principaux moyens par lesquels les bactéries développent de la résistance est le transfert de gènes de résistance, notamment via des éléments génétiques appelés **plasmides**. Un plasmide est un petit morceau d'ADN circulaire qui peut se transférer d'une bactérie à une autre, d'une manière similaire à une clé USB qui transmet des informations entre différents ordinateurs. De cette façon,

les gènes de résistance aux antibiotiques peuvent se transmettre d'une bactérie à une autre, même entre espèces différentes.

Mais les plasmides ne se contentent pas de transférer la résistance. Ils véhiculent également des éléments de virulence, comme des hémolysines, des facteurs permettant aux bactéries de dégrader les tissus de l'hôte, ou encore des capteurs de fer, qui leur permettent d'acquérir ce métal essentiel à leur métabolisme. Ces éléments confèrent un avantage sélectif aux bactéries résistantes, leur permettant de mieux survivre et se propager. De plus, cette transmission horizontale des plasmides explique pourquoi des résistances peuvent émerger rapidement et se propager sur de vastes échelles géographiques et écologiques. La résistance est donc un phénomène complexe, impliquant à la fois des transferts clonaux et des échanges plasmidiques, rendant difficile l'étude et la compréhension complète de ses mécanismes.

Les types et supports des gènes de résistance

Les résistances peuvent être classées en deux grandes catégories : la résistance naturelle et la résistance acquise. La **résistance naturelle** est présente dès le départ chez certaines bactéries, indépendamment de l'usage d'antibiotiques. Par exemple, certaines bactéries Gram-négatives possèdent naturellement une membrane externe qui les rend imperméables à certains antibiotiques.

La **résistance acquise** est également un phénomène naturel, antérieur à l'utilisation humaine des antibiotiques. Elle se développe au fil du temps en réponse à une pression de sélection, et est amplifiée par l'utilisation excessive ou inappropriée des antibiotiques. Cette résistance peut être médiée par des **plasmides**, des **transposons** ou des **intégrons**, autant d'éléments mobiles qui permettent le transfert de gènes de résistance entre bactéries et leur intégration dans le génome bactérien. Ces résistances peuvent également s'organiser en **îlots d'antibiorésistance**, impliquant la transmission conjointe de résistances à plusieurs familles d'antibiotiques différentes.

Le **coût de fitness** est un autre concept clé pour comprendre l'évolution de la résistance. Les gènes de résistance ne confèrent pas toujours un avantage à la bactérie dans des conditions où les antibiotiques ne sont pas présents. Cela signifie que la présence d'un gène de résistance peut réduire la capacité de reproduction d'une bactérie résistante. Cependant, en cas d'exposition aux antibiotiques, cette résistance devient un avantage sélectif, ce qui explique la propagation rapide des souches résistantes dans des environnements où les antibiotiques sont largement utilisés[4].

Origine de l'antibiorésistance en médecine : environnement et pression de sélection

L'antibiorésistance ne se limite pas aux hôpitaux et aux soins de santé. L'environnement joue également un rôle clé dans la propagation des gènes de résistance. Les pratiques agricoles, notamment l'utilisation d'antibiotiques dans l'élevage, ont un impact majeur car elles exercent une pression de sélection sur les bactéries présentes dans l'environnement. Par exemple, les bactéries résistantes issues des fermes peuvent se retrouver dans les eaux usées, se propager et pénétrer dans la chaîne alimentaire humaine.

L'antibiorésistance sort souvent des hôpitaux, comme le montre la **success story d'*Escherichia coli*** sequence type 131 (ST131). Découvert en 2008, ce clone a émergé dans les établissements de santé avant de se propager largement dans la communauté, où elle est désormais responsable de nombreuses infections urinaires. Il s'agit aujourd'hui de la lignée prédominante d'*E. coli* pathogène extra-intestinale au niveau mondial. Ce phénomène illustre la manière dont les résistances peuvent traverser les frontières tant géographiques qu'hospitalières et affecter la santé publique à grande échelle.

Cas de l'Escherichia Coli ST131

Un clone résistant et adapté

L'une des caractéristiques préoccupantes de *E. coli* ST131 est son acquisition d'un plasmide portant des gènes de résistance aux **bêta-lactames**, (bêta-lactamase à spectre élargi ou BLSE) de type **CTX-M**. Ce plasmide permet à cette souche de résister à une large gamme d'antibiotiques, y compris les céphalosporines, qui sont couramment utilisées dans le traitement des infections urinaires et autres infections bactériennes[5].

À cette résistance s'ajoutent fréquemment des co-résistances à d'autres classes d'antibiotiques, notamment les sulfamides, les fluoroquinolones et les aminoglycosides. Toutefois, cette multirésistance ne constitue qu'un volet du problème. Ce clone se distingue également par sa capacité à acquérir et à

maintenir ces déterminants de résistance sans subir de coût biologique significatif. Cette particularité, en rupture avec le paradigme classique de la biologie évolutive, lui confère un avantage sélectif durable, favorisant sa persistance et sa dissémination même en l'absence de pression antibiotique[5].

Un clone propice à une propagation mondiale

L'absence de coût de fitness permet au clone ST131 de se propager efficacement dans diverses populations et environnements, à la fois à l'hôpital et en dehors. Ce phénomène illustre bien la manière dont une souche de bactérie peut évoluer pour devenir un pathogène mondialement répandu. *E. coli* ST131 a ainsi réussi à traverser les barrières entre les établissements de santé et la communauté, provoquant de plus en plus d'infections urinaires et parfois même des infections sanguines, notamment chez des individus fragilisés ou âgés.

L'accès à des traitements efficaces pour le patient ambulatoire devient de plus en plus limité. En effet, les infections causées par *E. coli* ST131 résistantes aux **bêta-lactamines** exigent parfois des traitements plus complexes, nécessitant des antibiotiques intraveineux, ce qui a des répercussions importantes sur le parcours de soins.

Pourquoi l'antibiorésistance est-elle un problème ?

L'antibiorésistance a un impact considérable à plusieurs niveaux. **Au niveau individuel**, elle entraîne des infections plus compliquées à traiter, des hospitalisations prolongées par absence de possibilités thérapeutiques orales et, dans certains cas, une mort prématurée. **Au niveau communautaire**, elle menace la capacité à traiter efficacement des infections courantes, notamment dans un contexte de vieillissement de la population et de recrudescence des infections nosocomiales. Enfin, **au niveau économique**, l'antibiorésistance entraîne une augmentation des coûts de soins de santé, avec des hospitalisations et traitements plus longs, plus onéreux.

Un problème croissant en médecine générale

La fréquence croissante des infections à germes multirésistants en médecine générale est particulièrement préoccupante. Bien que ces infections surviennent souvent sous forme d'infections urinaires simples, leur traitement devient de plus en plus difficile en raison de la résistance de la souche aux traitements oraux classiques.

L'absence de traitement par voie orale efficace rend la gestion de ces infections beaucoup plus complexe, nécessitant des soins hospitaliers prolongés pour des pathologies qui, autrement, pourraient être traitées de manière plus simple et moins coûteuse en médecine générale. Le manque de développement et d'accessibilité aux nouvelles molécules amplifie encore cette problématique.

Que peut-on faire en médecine générale pour limiter cette menace ?

La médecine générale a un rôle fondamental dans la lutte contre l'antibiorésistance. En tant que première ligne de soins, les médecins généralistes peuvent prendre plusieurs mesures pour limiter la surprescription d'antibiotiques :

1. **Abstention de prescription** : Ne pas prescrire d'antibiotiques pour les infections virales et promouvoir la non-prescription pour des pathologies bénignes. La communication avec les patients est essentielle pour expliquer les risques associés à une (sur) consommation d'antibiotiques.
2. **Antibiothérapies ciblées** : L'usage rationnel des antibiotiques, en particulier pour les infections urinaires ou respiratoires bénignes, est primordial. L'introduction de tests diagnostiques rapides (Point Of Care Tests, POCT) pourrait aider à affiner les prescriptions et des études de coût/efficacité commencent à émerger, mais restent encore rares pour les pratiques de première ligne. En Belgique, certains POCT sont disponibles en pratique ambulatoire (tests antigéniques pour streptocoque A, influenza, SARS-CoV-2 ; CRP) mais leur diffusion reste limitée. Les principaux freins sont l'absence de remboursement systématique, les disparités régionales, un cadre législatif encore flou (notamment concernant la responsabilité de la qualité du résultat) et des risques cliniques liés à une utilisation non encadrée (gestion des faux négatifs, faux positifs, etc.). Leur utilisation raisonnée, en collaboration avec les biologistes, pourrait néanmoins constituer un levier majeur de réduction de la prescription empirique.
3. **Optimisation des prescriptions (*Antibiotic Stewardship*)** : Le développement de stratégies de *stewardship*, telles que la collaboration avec les microbiologistes et infectiologues, peut aider

à ajuster les prescriptions aux besoins réels et éviter l'usage inutile des antibiotiques.

4. **Amélioration de la gestion de l'incertitude** : Les médecins généralistes doivent faire face à des situations où le diagnostic n'est pas toujours clair. La gestion de l'incertitude doit être adressée pour intervenir efficacement sur cette problématique[6]. Les stratégies de ***diagnostic stewardship***, qui incluent une meilleure gestion des prélèvements et de l'interprétation des résultats, peuvent jouer un rôle important. Le laboratoire occupe une place centrale, tant par le conseil sur « le bon prélèvement, au bon patient et au bon moment » que par la transmission claire et contextualisée des résultats. L'interprétation des antibiogrammes selon les recommandations de l'EUCAST (*European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing*) illustre cette nécessité : depuis 2019, la catégorie « I » n'est plus définie comme « intermédiaire », mais comme « sensible à forte posologie », impliquant le recours à des posologies adaptées. Ce changement conceptuel a exigé et exige encore une communication étroite entre microbiologistes et cliniciens, afin d'éviter une confusion fréquente assimilant le « I » à une résistance, source d'escalades thérapeutiques injustifiées. Une meilleure gestion de l'usage des antibiotiques passe donc nécessairement par une meilleure gestion et communication dans l'usage des outils de diagnostic.

5. **Éducation du patient :** La banalisation des antibiotiques, illustrée par l'automédication à partir de traitements antérieurs, demeure fréquente. Il est essentiel de rappeler que tout antibiotique comporte des risques (interactions, allergies et effets indésirables) et perturbe le microbiote du patient et de son entourage. Au-delà de l'impact individuel, l'usage inapproprié d'antibiotiques contribue à la résistance bactérienne et engage une responsabilité collective comparable à celle de la vaccination.

Conclusion

L'antibiorésistance représente une menace croissante pour la santé publique, dont les répercussions sont déjà tangibles en médecine générale, tant en termes de morbidité que de limitation thérapeutique. La surprescription en soins primaires, en particulier dans le cadre d'infections bénignes ou virales, constitue un facteur déterminant de la pression de sélection favorisant l'émergence de souches multirésistantes. La mise en œuvre d'une antibiothérapie raisonnée s'appuie sur une déprescription responsable, l'utilisation judicieuse de tests diagnostiques rapides et une collaboration étroite avec les laboratoires de microbiologie pour une interprétation éclairée des résultats. Le développement de stratégies de diagnostic et de prescriptions adaptées au contexte ambulatoire, intégrant l'incertitude clinique, est essentiel pour réduire l'usage inapproprié des antibiotiques. Enfin, les médecins généralistes ont un rôle central à jouer dans la mobilisation collective face à ce défi, par une pratique fondée sur les preuves, une communication renforcée avec les patients, et une vigilance constante vis-à-vis de l'évolution des profils de résistance dans la communauté.

Bibliographie

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Antimicrobial consumption in the EU/EEA (ESAC-Net) – Annual Epidemiological Report 2022. Stockholm : ECDC ; 2023. Disponible sur : https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-antimicrobial-consumption-europe-2022
2. GBD 2021 Antimicrobial Resistance Collaborators. Global burden of bacterial antimicrobial resistance 1990-2021 : a systematic analysis with forecasts to 2050. Lancet. 2024 Sep 28 ; 404 (10459) : 1199-1226. Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39299261/ DOI : 10.1016/S0140-6736 (24) 01867-1.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the health burden of infections with antibiotic-resistant bacteria in the EU/EEA, 2016-2020. Stockholm : ECDC ; 2022. Disponible sur : https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/health-burden-infections-antibiotic-resistant-bacteria-2016-2020
4. Rajer F, Sandegren L. The Role of Antibiotic Resistance Genes in the Fitness Cost of Multiresistance Plasmids. mBio. 2022 ; 13 : e03552-21. Disponible sur : https://doi.org/10.1128/mbio.03552-21
5. Pitout JD, DeVinney R. *Escherichia coli* ST131 : a multidrug-resistant clone primed for global domination. F1000Res. 2017 Feb 28 ; 6 : F1000 Faculty Rev-195. Disponible sur : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28344773/ OI : 10.12688/f1000research.10609.1.
6. Borg MA, Camilleri L. Broad-spectrum antibiotic use in Europe : more evidence of cultural influences on prescribing behaviour. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2019 ; 74 (11), 3379-3383. Disponible sur : https://doi.org/10.1093/jac/dkz312

Petit cas clinique

Une femme de 34 ans est suivie par son médecin généraliste pour des cystites récidivantes. Le laboratoire de microbiologie signale une ***Escherichia coli*** productrice de ß-lactamase à spectre étendu (BLSE) dans ses urines. La patiente n'a jamais été hospitalisée et son exposition antérieure aux antibiotiques se limite au triméthoprime-sulfaméthoxazole et à la fosfomycine.

Quels mécanismes peuvent expliquer l'acquisition d'une BLSE chez une patiente jeune sans antécédents d'hospitalisation ? (Plusieurs réponses possibles)

a) Transmission communautaire de bactéries résistantes.
b) Sélection de souches résistantes par l'utilisation d'antibiotiques antérieurs.
c) Voyage récent dans une zone à forte prévalence de BLSE.
d) Contamination alimentaire par des produits animaux.

Quels mécanismes peuvent expliquer la résistance à plusieurs familles d'antibiotiques chez cette patiente ? (une seule réponse correcte)

a) Utilisation prolongée de triméthoprime-sulfaméthoxazole et fosfomycine.
b) Co-acquisition de gènes de résistance via des plasmides bactériens.
c) Effet sélectif d'une hospitalisation passée.
d) Mutation spontanée dans le génome d'*E. coli*.

Le laboratoire rend la lettre « I » comme résultat de sensibilité pour la ciprofloxacine. Quelle attitude est correcte ? (Une seule réponse correcte)

a) Cela veut dire « intermédiaire » et équivaut à « résistant », cette molécule ne doit en aucun cas être utilisée.
b) Cela veut dire « intermédiaire » et exprime une incertitude quant au succès thérapeutique. Une molécule rendue « S » doit être privilégiée.
c) Selon les définitions EUCAST 2019, le « I » doit être traduit par « sensible à forte exposition ». La molécule peut être utilisée quelle que soit la posologie et le site d'infection.
d) Selon les définitions EUCAST 2019, le « I » doit être traduit par « sensible à forte exposition ». Il y a une haute probabilité de succès thérapeutique en cas d'adaptation posologique ou de traitement d'un site anatomique où la molécule sera fortement concentrée.

Réponses

1) a – b
2) b
3) d

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. **Usage raisonné des antibiotiques** : Prescrire seulement si nécessaire, éviter toute antibiothérapie pour les infections virales et communiquer clairement avec les patients.
2. **Diagnostic ciblé** : Utiliser les tests rapides (POCT) de manière pertinente pour affiner les prescriptions, en collaboration avec les biologistes.
3. **Antibiotic & Diagnostic Stewardship** : Optimiser les prescriptions avec l'aide des microbiologistes et interpréter judicieusement les antibiogrammes (ex. catégorie EUCAST « I » = sensible à forte dose).
4. **Éducation du patient** : Lutter contre l'automédication, rappeler les risques des antibiotiques et leur impact individuel et collectif sur la résistance.

La Rédaction

Bronchosedal® Dextrométhorphane 200 ml	CNK : 3010-717	PPI : 10,66 €
Bronchosedal® Mucus Menthol 150 ml	CNK : 2921-120	PPI : 10,48 €
Bronchosedal® Mucus Miel & Citron 300 ml	CNK : 3706-942	PPI : 13,84 €
Bronchosedal® Herbal 100 ml	CNK : 4792-412	PPI : 11,95 €



Bronchosedal® : votre partenaire de confiance pour tous les types de toux

- Une gamme complète d'après les directives cliniques[1]
- Une solution pour tous les types de toux
- Convient à toute la famille (dès 2 ans)

TOUX SÈCHE
DEXTROMÉTHORPHANE



- Sans sucre : convient aux diabétiques
- Action rapide en 15 à 30 minutes
- Dès 6 ans
- Également pour la nuit

TOUX GRASSE
GUAIFÉNÉSINE



- 2 goûts
- Action rapide
- Dès 12 ans
- Également pour la nuit[2]

TOUX GRASSE
EXTRAIT DE FEUILLE DE LIERRE



- Sans sucre et sans alcool
- 100 % naturel
- Dès 2 ans
- Également pour la nuit[3]

Source : 1. Recommandation Domus Medica sur la toux aiguë 2011 & SSMG - Recommandation de bonne pratique "La toux aiguë". 2. Storms & Farrar Cur Allergy & Asthma Rep. 2009;9:101-106. 3. Laekeman Farmaceutisch Tijdschrift voor België. 2018;98(3):10-21.

DENOMINATION DU MEDICAMENT Bronchosedal Dextromethorphan 2 mg/ml sirop
COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Bromhydrate de dextrométhorphane 2 mg/ml. Excipients à effet notoire : du parahydroxybenzoate de méthyle (E218) (3,5 mg/5 ml), du parahydroxybenzoate de propyle (E216) (0,875 mg/5 ml), du sorbitol (E420) (931 mg/5 ml), de l'éthanol (2,81 mg/5 ml), du propylène glycol (40 mg/5 ml). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Dextromethorphan est indiqué pour le traitement symptomatique d'une toux gênante, non productive chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Ce sirop est exempt de sucre et peut être utilisé par les diabétiques. Le sirop ne doit être pris qu'en présence de symptômes de toux sèche. La posologie maximale est indiquée ci-dessous. Son utilisation doit donc rester limitée à la période la plus courte possible et la dose doit être la plus faible possible. Un intervalle d'au moins 4 heures doit être observé entre 2 prises successives. Posologie Adultes et enfants à partir de 12 ans La dose recommandée de dextrométhorphane est de 20 mg (10 ml) toutes les 4 heures ou de 30 mg (15 ml) toutes les 6 à 8 heures (voir la graduation de sur la mesurette), selon les besoins. La dose quotidienne maximale recommandée de dextrométhorphane est de 120 mg (60 ml) à prendre sur une période de 24 heures, en doses fractionnées ne dépassant pas 30 mg (15 ml). Population pédiatrique Enfants de 6 à 12 ans La dose recommandée de dextrométhorphane est de 5 ml de sirop (voir graduation de 5 ml sur la mesurette), 4 à 6 fois par jour, selon les besoins. La dose quotidienne maximale recommandée de dextrométhorphane est de 60 mg (30 ml) à prendre sur une période de 24 heures, en doses fractionnées ne dépassant pas 10 mg (5 ml). Ne pas administrer aux enfants de moins de 6 ans. Sujets âgés et patients souffrant d'une insuffisance hépatique Chez les patients âgés ou les patients présentant une insuffisance hépatique, la posologie doit être réduite de moitié. Mode d'administration Voie orale. Chaque conditionnement de Bronchosedal Dextromethorphan inclut une mesurette graduée (avec graduations à 5 ml et 10 ml). Le flacon de sirop doit être ouvert comme suit : Poussez sur le bouchon à visser en plastique tout en le tournant dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. Troubles graves de la fonction hépatique. Insuffisance respiratoire. Toux de l'asthmatique. Traitement concomitant par des inhibiteurs de la MAO ou si leur prise date de moins de 2 semaines, voir rubrique 4.5 du RCP. Enfants de moins de 6 ans. EFFETS INDÉSIRABLES Ci-dessous figure un relevé des effets indésirables qui ont été identifiés avec le dextrométhorphane au cours des essais cliniques, des études épidémiologiques et du suivi post-commercialisation. Les fréquences sont indiquées en fonction de la convention suivante : Très fréquent (≥ 1/10) ; Fréquent (≥ 1/100, < 1/10) ; Peu fréquent (≥ 1/1.000, < 1/100) ; Rare (≥ 1/10.000, < 1/1.000) ; Très rare (< 1/10.000) ; Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Tableau : un certain nombre d'effets indésirables ont été identifiés au cours des essais cliniques et des études épidémiologiques, aux fréquences indiquées ci-dessous. Toutefois, certains de ces effets indésirables ont été signalés spontanément dans le cadre du suivi post-commercialisation. Une fréquence n'a alors pas pu être déterminée sur la base des données disponibles et ces cas ont donc été classés dans la catégorie de fréquence « fréquence indéterminée ». Classe de systèmes d'organes / Catégorie de fréquence / Effet indésirable : Affections du système immunitaire : Fréquence indéterminée : Angio-œdème[2], Prurit[2], Rash[2], Urticaire[2]. Très rare : Bronchospasmes. Affections psychiatriques : Fréquence indéterminée : Insomnie[3]. Très rare : Confusion. Affections du système nerveux : Fréquence indéterminée : Sensation vertigineuse[2], Hyperactivité psychomotrice[2], Somnolence[2]. Très rare : Agitation, Céphalée. Affections oculaires : Très rare : Mydriase. Affections gastro-intestinales : Fréquence indéterminée : Douleurs abdominales, Diarrhée[3], Nausées[2], Vomissements[3]. Très rare : Constipation[2]. Ces effets indésirables ont été signalés spontanément dans le cadre du suivi post-commercialisation. 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, www.afmps.be, Division Vigilance: Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DÉLIVRANCE Délivrance libre TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Kenvue Belgium NV, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen NUMERO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Belgique : BE439345 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2014100323 Numéro national 180 ml : 0790801 Numéro national 200 ml : 0763883 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 04/2025. Date d'approbation : 06/2025. V15.0_B13.2 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Bronchosedal Mucus Menthol 20 mg/ml Sirop
COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Ce médicament contient 20 mg de guaifénésine dans chaque ml (100 mg par 5 ml). Excipients à effet notoire : Éthanol 39,7 mg/ml ; Ponceau 4R (E124) 0,05 mg/ml ; Hydroxystéarate de macrogolglycérol 40 3 mg/ml ; Sel de benzoate (E211) 1 mg/ml ; Propylène glycol (E1520) 200,35 mg/ml. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop. Liquide rouge limpide à légèrement opalescent. INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Mucus Menthol 20 mg/ml Sirop est indiqué pour aider à fluidifier le mucus et les minces sécrétions bronchiques associées à une toux productive, pour une utilisation chez les adultes et les adolescents de plus de 12 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie *Adultes et adolescents à partir de 12 ans :* 10 ml (200 mg de guaifénésine), 4 fois par jour. Dose quotidienne maximale : 40 ml (800 mg de guaifénésine). *Population pédiatrique :* La sécurité et l'efficacité de Bronchosedal Mucus Menthol 20 mg/ml Sirop chez les enfants âgés au-dessous de 12 ans n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. *Sujets âgés :* Comme pour les adultes. *Troubles hépatiques rénaux :* La prudence est de rigueur en cas de graves troubles hépatiques et rénaux (voir rubrique 5.2 du RCP). Si la toux persiste pendant plus de 7 jours, si elle a tendance à récidiver ou si elle s'accompagne de fièvre, d'une éruption cutanée ou d'une céphalée persistante, un médecin doit être consulté. Mode d'administration Voie orale. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. EFFETS INDESIRABLES Résumé du profil de sécurité Des cas d'anaphylaxie ont été signalés. Les effets indésirables ont été signalés spontanément lors de l'utilisation après la commercialisation. En raison des données limitées disponibles sur les essais cliniques, une fréquence ne peut être estimée à partir des données disponibles et est donc classée comme « indéterminée ». Les effets indésirables suivants peuvent être associés à l'utilisation de la guaifénésine : **CSO / Catégorie de fréquence / Désignation de l'effet indésirable :** Affections du système immunitaire : Indéterminée : Réactions d'hypersensibilité y compris prurit et urticaire ; Éruption cutanée ; Réactions anaphylactique. Affections gastro-intestinales : Indéterminée : Troubles gastro-intestinaux ; Nausées ; Vomissements. 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, www.afmps.be, Division Vigilance: Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be **Luxembourg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DÉLIVRANCE Délivrance libre TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Kenvue Belgium NV, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen NUMÉRO DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Belgique BE408992 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2012050005 Numéro national : 0652349 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 04/2025 Date d'approbation : 08/2025 V10.0_b9.0 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

DENOMINATION DU MEDICAMENT Bronchosedal Mucus Miel & Citron 20 mg/ml sirop
COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Ce médicament contient 20 mg de guaifénésine dans chaque ml. Excipients à effet notoire : Ethanol 0,1 ml/ml ; Glucose 698,4 mg/ml ; Saccharose 199,8 mg/ml ; Citrate de sodium 2,1 mg/ml ; Benzoate de sodium (E211) 2,0 mg/ml Propylène glycol (E1520) 5,8 mg/ml. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop. Sirop jaune-brun limpide ayant un goût caractéristique de miel et de citron. INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Mucus Miel & Citron est indiqué pour le soulagement symptomatique de la toux productive chez les adultes et les adolescents à partir de 12 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie *Adultes et adolescents à partir de 12 ans :* 10 ml (200 mg de guaifénésine), 4 fois par jour. Dose quotidienne maximale : 40 ml (800 mg de guaifénésine) *Population pédiatrique :* La sécurité et l'efficacité de Bronchosedal Mucus Miel & Citron chez les enfants âgés au-dessous de 12 ans n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. *Sujets âgés :* Comme pour les adultes. *Dysfonction hépatique/rénale :* La prudence est de rigueur en cas de graves troubles hépatiques et rénaux (voir rubrique 5.2 du RCP). Si la toux persiste pendant plus de 7 jours, si elle a tendance à récidiver ou si elle s'accompagne de fièvre, d'une éruption cutanée ou d'une céphalée persistante, un médecin doit être consulté. Mode d'administration Voie orale. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. EFFETS INDESIRABLES Résumé du profil de sécurité Des cas d'anaphylaxie ont été signalés. Les effets indésirables ont été signalés spontanément lors de l'utilisation après la commercialisation. En raison des données limitées disponibles sur les essais cliniques, une fréquence ne peut être estimée à partir des données disponibles et est donc classée comme « indéterminée ». Les effets indésirables suivants peuvent être associés à l'utilisation de la guaifénésine : **CSO / Catégorie de fréquence / Désignation de l'effet indésirable :** Affections du système immunitaire : Indéterminée : Réactions d'hypersensibilité y compris prurit et urticaire ; Éruption cutanée ; Réactions anaphylactique. Affections gastro-intestinales : Indéterminée : Douleur abdominale supérieure ; Diarrhée ; Nausées ; Vomissements. 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, www.afmps.be, Division Vigilance, Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be **Luxembourg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DÉLIVRANCE Délivrance libreTITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Kenvue Belgium NV, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Belgique : BE662469 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2024070176, Numéro national : 0963349 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 04/2025. Date d'approbation : 06/2025. V2.0_b1.2 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. BE-BRO-2025-233089

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Bronchosedal Herbal sirop
COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE 1 ml (correspondant à 1,18 g) de sirop Bronchosedal Herbal contient 8,25 mg (d'extrait sec) de Hedera Helix L., folium (feuille de lierre grimpant) (DER 4-8:1), solvent d'extraction: éthanol 30% m/m. Excipient à effet notoire : Sorbitol, liquide (non cristallisé) ; 1 ml de sirop contient 708 mg de sorbitol (E420). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop. Liquide brun, opalescent, au goût sucré et à l'odeur caractéristique. Le sirop peut contenir un dépôt qui est redispersible en secouant le flacon. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES Bronchosedal Herbal sirop est un médicament à base de plantes utilisé comme expectorant en cas de toux productive, chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 2 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie Adolescents, adultes et personnes âgées : La dose recommandée est de 4 ml deux à trois fois par jour (ce qui correspond à une dose journalière de 66 à 99 mg d'extrait sec de feuille de lierre grimpant). Enfants âgés de 6 à 12 ans : La dose recommandée est de 4 ml deux fois par jour (ce qui correspond à une dose journalière de 66 mg d'extrait sec de feuille de lierre grimpant). Enfants âgés de 2 à 5 ans : La dose recommandée est de 2 ml deux fois par jour (ce qui correspond à une dose journalière de 33 mg d'extrait sec de feuille de lierre grimpant). Bronchosedal Herbal sirop est contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 2 ans (voir rubrique 4.3 Contre-indications). Patients souffrant d'insuffisance rénale et/ou hépatique En l'absence de données pharmacocinétiques relatives à ces groupes de patients, il n'est pas possible d'émettre de recommandations quant à la posologie. Il est conseillé aux patients de consulter leur médecin ou leur pharmacien avant de prendre Bronchosedal Herbal sirop. Mode d'administration Voie orale. Prendre Bronchosedal Herbal sirop par voie orale en utilisant la cuillère-mesure fournie pour garantir que la dose administrée est correcte. Bien agiter le flacon avant utilisation. Si les symptômes persistent plus de 7 jours pendant l'utilisation de Bronchosedal Herbal sirop, il faut consulter un médecin ou un pharmacien.CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active, aux plantes de la famille des Araliaceae ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. L'utilisation chez les enfants de moins de 2 ans est contre-indiquée en raison d'un risque d'aggravation des symptômes respiratoires. EFFETS INDÉSIRABLES Des réactions gastro-intestinales (nausées, vomissements, diarrhée) ont été rapportées. La fréquence est indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Des réactions allergiques (urticaire, rash cutanée, dyspnée, réaction anaphylactique) ont été rapportées. La fréquence est indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Si d'autres effets indésirables non mentionnés ci-dessus surviennent, un médecin ou un pharmacien doit être consulté. 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, www.afmps.be, Division Vigilance, Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be **Luxembourg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DÉLIVRANCE Délivrance libreTITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Kenvue Belgium NV, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Belgique : BE662469 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2024070176, Numéro national : 0963349 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 04/2025. Date d'approbation : 06/2025. V2.0_b1.2 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. BE-BRO-2025-233089



Traitement hormonal et méningiome

Formation Médicale Continue du CUMG ULB – 24/05/2025

par la Dre Constance AUDET • médecin généraliste • audet.constance@gmail.com

Le méningiome est une tumeur intracrânienne fréquente, le plus souvent bénigne, dérivant des cellules arachnoïdiennes. Environ 50 % des cas sont découverts de manière fortuite, en grande partie grâce à l'utilisation croissante de l'IRM.

Cette tumeur est plus fréquente chez la femme que chez l'homme (le sex-ratio hommes/femmes est de 1:3,5), ce qui suggère un rôle des hormones sexuelles dans son développement. Elle est aussi associée à un risque accru de cancer du sein, avec une relation bidirectionnelle : la présence d'un méningiome augmente le risque de cancer du sein, et inversement.

Les méningiomes peuvent se développer au niveau des méninges, du cerveau ou du rachis. Les localisations les plus fréquentes sont les régions parasagittales (notamment autour du sinus longitudinal supérieur), de la convexité et de la base du crâne. Cette dernière localisation est particulièrement difficile à opérer et souvent observée chez les patient·es sous traitement hormonal.

Classification

Les méningiomes sont classés en trois grades selon leur agressivité :

- le grade I : méningiome bénin, représentant la majorité des méningiomes (80 à 85 % des cas) ;
- le grade II, dit atypique, qui représente environ 15 à 20 % des cas. La fréquence des méningiomes de grade II a augmenté ces dernières années en raison d'un changement de classification ;
- le grade III, dit malin, qui est rare (1 à 2 %) mais très agressif et sujet aux récidives.

Facteurs de risque

Les principaux facteurs de risque incluent :

- les anomalies génétiques telles que la neurofibromatose de type II (et dans une moindre mesure de type I), le syndrome de von Hippel-Lindau ou encore les mutations du gène PTEN ;
- une histoire personnelle ou familiale de méningiome ;
- une histoire personnelle ou familiale de cancer du sein ;
- un antécédent de radiothérapie, notamment dans le cadre d'une leucémie ou d'un médulloblastome, pouvant entraîner le développement de méningiomes radio-induits, souvent plus agressifs que les formes classiques ;
- l'obésité ;
- l'âge avancé ;
- l'exposition prolongée à des hormones sexuelles.

Méningiomes et hormones

Les méningiomes expriment des récepteurs à la progestérone dans près de 90 % des cas. Certains progestatifs sont particulièrement impliqués dans leur développement, notamment l'acétate de cyprotérone (Androcur®) et l'acétate de nomégestrol (Lutenyl®). Il convient cependant de rester attentif·ves car d'autres pilules contraceptives comme Diane 35®, Nogest®, Zoely®, Bellina® ou Helen® contiennent également des dérivés progestatifs pouvant favoriser la croissance tumorale. Ces traitements peuvent provoquer l'apparition de méningiomes, souvent multiples (méningiomatose), situés à la base du crâne, et tendant à régresser à l'arrêt des progestatifs.

Pendant la grossesse, la croissance du méningiome peut s'accélérer, mais tend à diminuer après l'accouchement. Les patient·es traité·es par anti-androgènes, notamment dans les cas de cancer de la prostate, de transition de genre ou de traitements pour troubles du comportement sexuel, présentent également un risque accru de développer un méningiome sous Androcur®.

La prescription de progestatifs n'est jamais recommandée chez des patient·es ayant des antécédents de méningiome. Si un traitement par Androcur® est nécessaire, une IRM de suivi tous les deux ans est recommandée. La nécessité d'effectuer une IRM de

départ avant toute prescription de progestatifs doit être évaluée en fonction du rapport bénéfice/risque. À noter que les dispositifs intra-utérins contenant des progestatifs ne sont pas associés à un risque accru de méningiome selon les dernières études disponibles.

N.D.L.R. : lors du CMGF, une IRM de suivi tous les deux ans était aussi recommandée avec les progestatifs suivants : la cyprotérone (Androcur®), la chlormadinone (Helen®, Bellina®) ou le noméges-trol (Zoely®, Lutenyl®).

Chez les femmes ménopausées, les données sur le traitement hormonal substitutif sont hétérogènes. On peut proposer un traitement œstrogénique seul si nécessaire, mais il faut éviter un traitement hormonal associant des progestatifs en cas d'antécédents de méningiome.

Concernant le risque de méningiome en lien avec un traitement hormonal de fertilité, peu d'études sont disponibles à ce jour. En cas de thérapie hormonale dans un contexte de transition de sexe, il est recommandé d'éviter l'Androcur® à fortes doses (100 mg), et de préférer la spironolactone.

Traitements du méningiome

Le traitement dépend principalement de la symptomatologie, de la taille, de la localisation de la tumeur, de son grade et de l'état général du patient.

En cas de méningiome **asymptomatique** découvert fortuitement, une surveillance par IRM à 6 mois est recommandée. Il est important de ne pas négliger cette surveillance car de nombreux méningiomes augmentent de taille dans les 2 à 3 années suivant leur découverte.

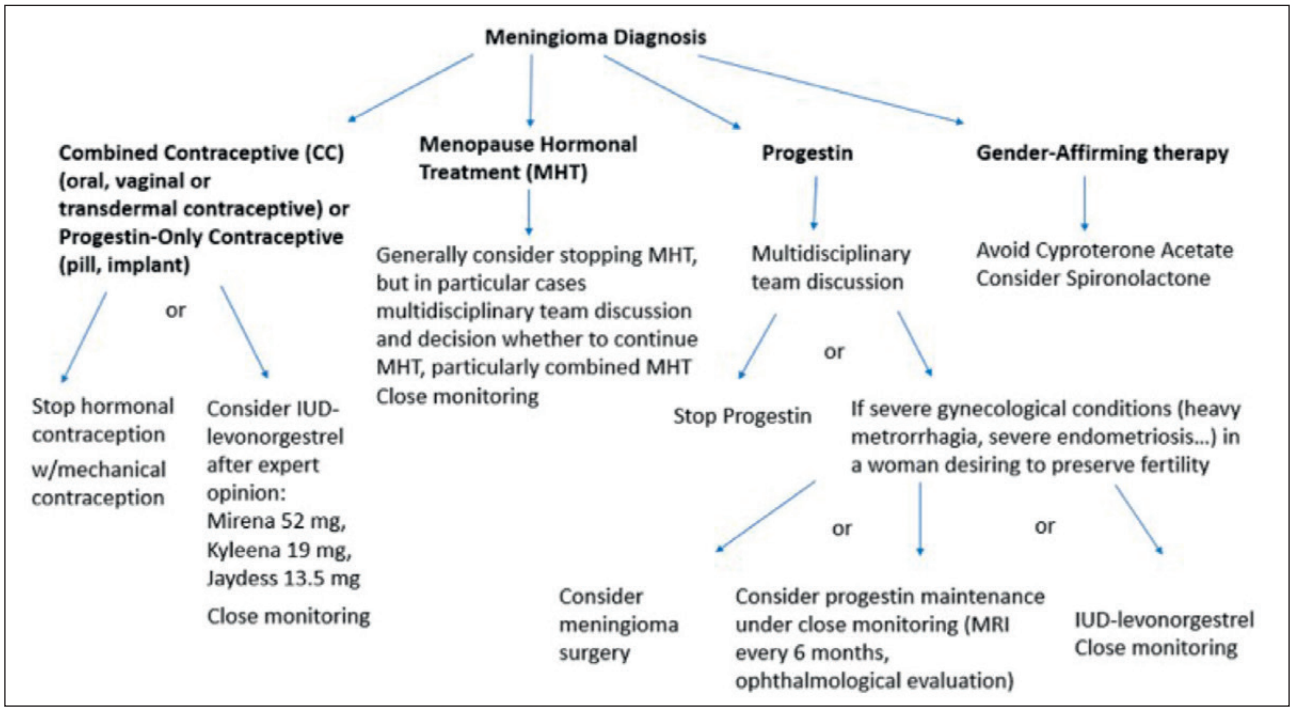
Si le méningiome est **symptomatique ou exerce un effet de masse**, la chirurgie est le traitement de référence. À noter que les méningiomes sont des lésions très hémorragiques qui nécessitent régulièrement une embolisation avant résection.

Lorsque la chirurgie est difficile ou impossible (notamment lors de localisations à la base du crâne ou lorsque l'état de santé des patient·es ne le permet pas), une radiochirurgie stéréotaxique par gamma knife ou une radiothérapie fractionnée peuvent être proposées. Le gamma knife est une méthode non invasive, pratiquée sans anesthésie générale, sans ouverture du crâne, et sans toxicité pour le parenchyme cérébral. Cette technique est utilisée de plus en plus précocement sur des lésions de petite taille, y compris chez des patients asymptomatiques, pour éviter une progression.

Prise en charge selon le grade

- **Grade I** : après une chirurgie de résection complète, un simple suivi suffit. En cas de résection incomplète, un complément par radiochirurgie stéréotaxique peut être nécessaire.

Fig. 1. Decision tree proposal regarding sex hormone treatment after Meningioma Diagnosis.
Source : Reuter G, Potorac I, de Herdt C, Ameryckx L, Brichant G, Froelich S, et al. Recommendations on the management of meningioma and sex hormone therapy: The results of a collaborative effort between neurosurgical, endocrine and gynecological societies. Brain and Spine. 1 janv 2025;5:104154.



- **Grade II** : si la résection chirurgicale est complète, on propose une surveillance. En cas de résection incomplète, une radiothérapie est recommandée car le risque de récidive est important.
- **Grade III** : le risque de récidive est élevé même après radiothérapie. Un traitement agressif incluant chirurgie et radiothérapie d'emblée est généralement nécessaire.

Autres considérations cliniques

L'arrêt des progestatifs peut entraîner une stabilisation ou une régression des méningiomes, ce qui permet parfois de retarder une intervention chirurgicale. Cela est particulièrement pertinent lorsque la chirurgie n'est pas urgente.

La présence de calcifications au scanner est un bon indicateur de l'ancienneté du méningiome et d'un potentiel évolutif faible. À l'IRM, un hyposignal en T2 est également associé à une croissance plus lente. Chez les patient·es âgé·es, les méningiomes évoluent généralement moins rapidement, mais chaque cas doit être discuté individuellement, notamment pour éviter l'échappement de la tumeur, rendant la chirurgie potentiellement plus compliquée.

Conclusion

La prise en charge des méningiomes, notamment asymptomatiques, repose sur une surveillance clinique et radiologique étroite, l'arrêt des progestatifs, et une concertation multidisciplinaire incluant neurochirurgien·nes, oncologues, radiothérapeutes et radiologues. Une consultation neurochirurgicale est recommandée pour tout·e patient·e porteur·euse d'un méningiome afin de prendre en compte l'ensemble des éléments cliniques, radiologiques et des facteurs de risque.

Il est essentiel d'informer les patientes du lien entre le méningiome et le cancer du sein et de leur recommander un dépistage mammaire régulier.

D'après un exposé de la Dre Florence LEFRANC (MD PhD – département de neurochirurgie, Érasme) dans le cadre de la Formation Médicale Continue du CUMG ULB – 24/05/2025

CNK	EMBALLAGE	PP (TVA incl.)
2688-984	21 comprimés	€ 12,50
3773-678	42 comprimés	€ 23,90
4108-833	63 comprimés	€ 28,19
2689-008	100 ml sirop	€ 9,62
2688-992	20 ml gouttes	€ 9,62

Dénomination du médicament : Kaloban comprimés pelliculés. Composition qualitative et quantitative : 1 comprimé pelliculé contient 20 mg d'extrait séché de racine de Pelargonium sidoides (1:8 – 10) (EPs 7630). L'agent d'extraction : 11% d'éthanol (m/m). Excipient à effet notoire : lactose. Forme pharmaceutique : Comprimé pelliculé. Kaloban comprimés sont des comprimés pelliculés ronds de couleur rouge-brun. Indications thérapeutiques : Rhume. Cette indication est fondée uniquement sur l'usage traditionnel de ce médicament à base de plantes. Kaloban est indiqué chez les adultes et les enfants à partir de 6 ans. Posologie et mode d'administration : Posologie : adultes et enfants à partir de 12 ans : 1 comprimé, 3 fois par jour (matin, midi et soir) ; enfants âgés de 6 à 12 ans : 1 comprimé, 2 fois par jour (matin et soir). Mode d'administration : voie orale. Ne pas mâcher le comprimé et prendre avec un peu d'eau. Durée du traitement : Le traitement dure 7 jours en moyenne. Pour prévenir une rechute, il est recommandé de continuer le traitement pendant quelques jours quand les symptômes diminuent. Le traitement ne doit pas dépasser 3 semaines. Contre-indications : Hypersensibilité à l'extrait de Pelargonium sidoides ou à l'un des excipients ; des maladies hépatiques graves. Effets indésirables : L'évaluation des effets indésirables est basée sur leur fréquence comme listée ci-dessous : très fréquent (≥1/10) ; fréquent (≥1/100, <1/10) ; peu fréquent (≥1/1000, <1/100) ; rare (≥1/10000, <1/1000) ; très rare (<1/10000 ou bien inconnu). Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : rare : légers saignements du nez. Affections gastro-intestinales : peu fréquent : troubles gastro-intestinaux légers (diarrhées, douleurs épigastriques ou des nausées), rare : légers saignements des gencives. Affections hépatobiliaires : Le rapport causal des troubles fonctionnels hépatiques avec la prise de Kaloban n'a pas été confirmé. La fréquence est indéterminée. Affections de la peau et du tissus sous-cutané/ Affections du système immunitaire : rare : des réactions d'hypersensibilité (réactions de type I avec exanthème (éruption cutanée aiguë), urticaire, démangeaisons de la peau et des muqueuses ; réactions de type II avec la formation d'anticorps), très rare : des réactions anaphylactiques ou des réactions similaires avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de la pression sanguine. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Straße 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne. BE-TU356404. Délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 09-2025

Dénomination du médicament : Kaloban sirop. Composition qualitative et quantitative : 100 g (=93,985 ml) de sirop contient 0,2506 g d'extrait liquide séché de racine de Pelargonium sidoides (1:8 – 10) (EPs® 7630). L'agent d'extraction: 11% d'éthanol (m/m). Forme pharmaceutique : Sirop. Kaloban est un sirop orange à marron clair. Indications thérapeutiques : Rhume. Cette indication est fondée uniquement sur l'usage traditionnel de ce médicament à base de plantes. Kaloban sirop est indiqué chez les adultes et les enfants à partir d'1 an. Posologie et mode d'administration : Posologie : adultes et enfants à partir de 12 ans : 7,5 ml de sirop, 3 fois par jour ; enfants âgés de 6 à 12 ans: 5 ml de sirop, 3 fois par jour ; enfants âgés de 1 à 5 ans: 2,5 ml de sirop, 3 fois par jour. Mode d'administration : Il est conseillé de prendre le sirop le matin, le midi et le soir. Durée du traitement : Le traitement dure 7 jours en moyenne. Pour prévenir une rechute, il est recommandé de continuer le traitement pendant quelques jours quand les symptômes diminuent. Le traitement ne doit pas dépasser 3 semaines. Contre-indications : Hypersensibilité à l'extrait de Pelargonium sidoides ou à l'un des excipients ; des maladies hépatiques graves. Effets indésirables : L'évaluation des effets indésirables est basée sur leur fréquence comme listée : très fréquent (≥1/10); fréquent (≥1/100, <1/10); peu fréquent (≥1/1000, <1/100); rare (≥1/10000, <1/1000); très rare (<1/10000 ou inconnu). La liste des effets indésirables mentionnés ci-dessous comprend tous les effets qui sont survenus pendant un traitement avec Kaloban, y compris les réactions qui se sont produites suite à un dosage supérieur ou une utilisation prolongée. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : rare : légers saignements du nez. Affections gastro-intestinales : peu fréquent : troubles gastro-intestinaux légers (diarrhées, douleurs épigastriques ou des nausées), rare : légers saignements des gencives. Affections hépatobiliaires : Le rapport causal des troubles fonctionnels hépatiques avec la prise de Kaloban n'a pas été confirmé. La fréquence est indéterminée. Affections de la peau et du tissus sous-cutané/ Affections du système immunitaire : rare : des réactions d'hypersensibilité (réactions de type I avec exanthème (éruption cutanée aiguë), urticaire, démangeaisons de la peau et des muqueuses; réactions de type II avec la formation d'anticorps), très rare : des réactions anaphylactiques ou des réactions similaires avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de la pression sanguine. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Straße 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne. BE-TU356395. Délivrance : Ce médicament est disponible sans prescription médicale.Date de mise à jour du texte : 05-2025

Dénomination du médicament : Kaloban® gouttes pour usage oral, solution. Composition qualitative et quantitative : 10 g (=9,75 ml) de solution contient 8,0 g d'extrait de racine de Pelargonium sidoides (1:8 – 10) (EPs® 7630). L'agent d'extraction: 11% d'éthanol (m/m). Forme pharmaceutique : Gouttes pour usage oral, solution. Kaloban gouttes est une solution de couleur brun clair à brun-rouge. Indications thérapeutiques : Rhume. Cette indication est fondée uniquement sur l'usage traditionnel de ce médicament à base de plantes. Kaloban gouttes est indiqué chez les adultes et les enfants à partir d'1 an. Posologie et mode d'administration : Posologie : adultes et enfants à partir de 12 ans : 30 gouttes, 3 fois par jour ; enfants âgés de 6 à 12 ans : 20 gouttes, 3 fois par jour ; enfants âgés de 1 à 5 ans : 10 gouttes, 3 fois par jour. Mode d'administration : Il est conseillé de prendre les gouttes le matin, le midi et le soir avec un peu de liquide. Durée du traitement : Le traitement dure 7 jours en moyenne. Pour prévenir une rechute, il est recommandé de continuer le traitement pendant quelques jours quand les symptômes diminuent. Le traitement ne doit pas dépasser 3 semaines. Contre-indications : Hypersensibilité à l'extrait de Pelargonium sidoides ou à l'un des excipients ; des maladies hépatiques graves. Effets indésirables : L'évaluation des effets indésirables est basée sur leur fréquence comme listée : très fréquent (≥1/10); fréquent (≥1/100, <1/10); peu fréquent (≥1/1000, <1/100); rare (≥1/10000, <1/1000); très rare (<1/10000 ou inconnu). Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales : rare : légers saignements du nez. Affections gastro-intestinales : peu fréquent : troubles gastro-intestinaux légers (diarrhées, douleurs épigastriques ou des nausées), rare : légers saignements des gencives. Affections hépatobiliaires : Le rapport causal des troubles fonctionnels hépatiques avec la prise de Kaloban n'a pas été confirmé. La fréquence est indéterminée. Affections de la peau et du tissus sous-cutané/ Affections du système immunitaire : rare : des réactions d'hypersensibilité (réactions de type I avec exanthème (éruption cutanée aiguë), urticaire, démangeaisons de la peau et des muqueuses; réactions de type II avec la formation d'anticorps), très rare : des réactions anaphylactiques ou des réactions similaires avec gonflement du visage, dyspnée et baisse de la pression sanguine. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne. BE-TU356386. Délivrance : Ce médicament est disponible sans prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 07-2021

Références : 1. Matthys H, Brandes-Schramm J, Lehmacher W. EPs 7630 in acute respiratory tract infections – a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. J Lung Pulm Respir Res. 2016;3(1):4-15. doi:10.15406/jlprr.2016.03.00068. ;2. Lizogub VG, Riley DS, Heger M. Efficacy of a Pelargonium sidoides preparation in patients with the common cold: a randomized, double blind, placebo-controlled clinical trial. Explore (NY). 2007 Nov-Dec;3(6):573-84. doi: 10.1016/j.explore.2007.09.004 ; 3. Cinatl J Jr, Wass MN, Michaelis M. Multiple mechanisms enable broad-spectrum activity of the Pelargonium sidoides root extract EPs® 7630 against acute respiratory tract infections. Front Pharmacol. 2024 Oct 14;15:1455870. doi: 10.3389/fphar.2024.1455870. eCollection 2024 ; 4. Neugebauer P, Mickenhagen A, Siefer O, Walger M. A new approach to pharmacological effects on ciliary beat frequency in cell cultures - exemplary measurements under Pelargonium sidoides extract (EPs 7630). Phytomedicine. 2005;12(1-2):46-51. DOI:10.1016/j.phymed.2003.11.005.

KAL rédaction : 2025-11-07- F081

Kaloban®



Médicament

à base d'extrait de *Pelargonium sidoides* EPs® 7630

EPs® 7630

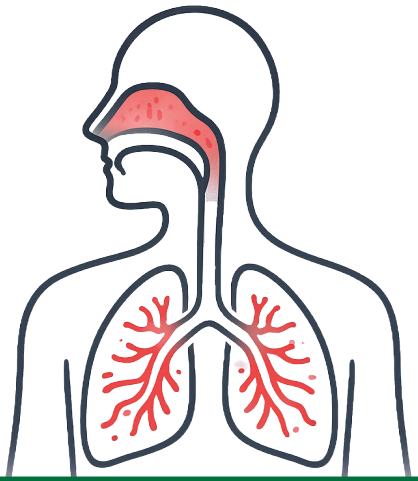
BRONCHITE [1]

RHUME [2]

RHINOSINUSITE [1]

PHARYNGO-AMYGDALITE [1]

ANTIVIRAL [3]
•
ANTIBACTÉRIEN [3]
•
SÉCRÉTOMOTEUR [4]



RÉTABLISSEMENT PLUS RAPIDE
MOINS DE SYMPTÔMES [2]

Un ulcère particulier

par les Drs Pierre FRANCES*, Dania TAVAKOLI**, Célia PONCE DE LEON*** et André DE BRITTO XAVIER****

* Médecin généraliste
F – 66650 Banyuls-sur-Mer
frances.pierre66650@gmail.com
** Externe
F – 34000 Montpellier
*** Médecin généraliste
F – 66650 Banyuls-sur-Mer
**** Interne en médecine générale
F – 75000 Paris

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 rencontre le jeune Musa, 19 ans, un jeune libérien qui m'a été envoyé par un des éducateurs du foyer d'asile politique car il présente une lésion ulcérée de 4 cm au niveau de la partie supérieure de sa jambe gauche.

Il explique que cette lésion est apparue il y a 2 mois de cela et qu'elle continue d'évoluer malgré des soins adaptés (port de pansements hydrocolloïdes).

Ce qui m'intrigue, c'est la bordure rehaussée, très pigmentée et qui semble œdémateuse (cliché 1).

Cliché 1 : Lésion ulcérée avec bordure œdémateuse et pigmentée.



Quel est votre diagnostic ?
À quel diagnostic différentiel devez-vous faire référence ?
Quel traitement devez-vous administrer ?

ABSTRACT

History of a young adult with an ulcer in the upper part of his leg.

Keywords :
Buruli ulcer, ecthyma, mycobacterium ulcerans.

RÉSUMÉ

Histoire d'un jeune adulte avec un ulcère sur la partie supérieure de sa jambe.

Mots-clés : ulcère de Buruli, ecthyma, mycobacterium ulcerans.

Réponse

Devant une lésion ulcérée dans un contexte d'hygiène précaire et de voyage, nous devons penser à un ulcère d'origine infectieuse.



Le premier diagnostic auquel nous pouvons penser, car assez fréquent dans nos régions, est celui d'ecthyma.
Cette infection cutanée est une forme d'impétigo creusant qui se développe au niveau du derme (l'impétigo classique est superficiel avec atteinte épidermique isolée) (cliché 2).
On retrouve les lésions au niveau des membres inférieurs prioritairement et elles surviennent sur certains terrains (alcoolisme, grande précarité avec hygiène aléatoire).

Cliché 2. Impétigo creusant (ecthyma) avec atteinte du derme chez un patient ayant un manque d'hygiène.

Cependant, plusieurs éléments sont en défaveur de ce diagnostic :

- la lésion est unique alors que dans l'ecthyma, les lésions sont souvent multiples ;
- cette formation évolue sur plusieurs mois, ce qui n'est pas très classique dans l'ecthyma.

Un autre diagnostic peut être évoqué en tenant compte des éléments de notre description clinique mais aussi du fait de l'origine de ce patient (vient du Libéria) : l'ulcère de Buruli.
Le diagnostic a été confirmé suite à la réalisation d'un prélèvement cutané.

L'ulcère de Buruli

Après la tuberculose et la lèpre, l'ulcère de Buruli demeure la 3e maladie tropicale la plus courante du monde. Sa prévalence varie en fonction des pays. Cependant, cette pathologie est surtout prépondérante en Afrique de l'Ouest et Centrale avec près de 90 % de nouveaux cas répertoriés.
Cette affection concerne en grande majorité les enfants de moins de 15 ans (50 % des cas concernent cette tranche d'âge).

Le ***Mycobacterium ulcerans*** est une bactérie dont la paroi est riche en lipides, ce qui rend plus difficile sa destruction par les antiseptiques et agents anti-infectieux.
En ce qui concerne sa matrice, elle est très riche en glycophospholipides (polykétide), laquelle concentre une toxine (mycolatone) qui a une action toxique au niveau du revêtement cutané.
Cette pathologie infectieuse est le plus souvent mise en évidence dans des zones marécageuses.
Cela nous conduit à penser que le réservoir de *Mycobacterium ulcerans* est d'origine hydro-tellurique.

Les **premières manifestations cliniques** sont observées après une incubation de quelques semaines voire plusieurs mois dans certains cas.
On met en évidence des lésions cutanées au niveau des membres inférieurs dans 60 % des cas, les membres supérieurs étant concernés par cette pathologie dans 30 % des cas (tronc et visage dans 10 % des cas).

Classiquement trois stades sont observés :

- Le **stade pré-éruptif** avec présence de plusieurs types de lésions qui varient en fonction des patients :
  - nodule (forme la plus commune) de moins de 2 cm de diamètre, isolé, non inflammatoire, asymptomatique et mobile lors de la palpation ; on note par ailleurs une plage de dépigmentation sur la zone avoisinante ;
  - papule de petite taille (moins de 1 cm) avec objectivation d'un érythème du revêtement cutané en regard ;
  - zone maculeuse hyperpigmentée de plus de 2 cm avec des bords irréguliers, toujours indolore ;

– œdème d'apparition brutale ou plus tardive, qui s'étend sur la totalité du membre concerné ; on met également en évidence dans cette situation une hyperthermie et une chaleur locale.

Ces différentes manifestations cutanées peuvent disparaître sur une période de 4 semaines dès lors qu'une exérèse est effectuée.

- Le **stade ulcératif** qui se caractérise par une lésion qui est indolore et qui, de manière plus ou moins rapide, prend de l'ampleur.
  On met en évidence, dans ce cas, le développement d'une cavité créée aux dépens de l'épiderme et du derme avec au fond de cette dernière un enduit fibrineux.
  Les bords de la lésion observée sont décollés et sont parfois augmentés de volume du fait d'un œdème. Dans certains cas, cette bordure prend une coloration hyperpigmentée.
- Le **stade de cicatrisation et séquelles** : la cicatrisation après traitement est objectivée quelques mois après les premières lésions ulcérées. Elle se caractérise par le développement d'un tissu fibreux qui peut être à l'origine d'une gêne lors des mouvements et qui peut conduire à des interventions chirurgicales de débridement.
  Par ailleurs, cette pathologie peut évoluer en donnant un lymphœdème parfois invalidant.
  Deux types de complications peuvent survenir dans le cadre de l'ulcère de Buruli :
  – le développement de carcinomes épidermoïdes sur les zones ulcérées ou partiellement cicatrisées ;
  – le développement d'une ostéomyélite qui survient dans moins de 20 % des cas et qui concerne la partie osseuse qui est proche de la lésion ulcérée dans 60 % des cas.

Le **diagnostic** repose dans un premier temps sur la clinique (surtout en zone d'endémie) et il est conforté par différents examens à partir d'un frottis d'une lésion, d'une biopsie tissulaire (à faire en bordure de l'ulcère) ou de l'étude d'une suffusion aspirée sur une zone contaminée.

Dans ce cas, 4 examens paracliniques peuvent être effectués et deux doivent être positifs pour avoir l'assurance de la présence de la mycobactérie :

- l'examen direct à partir du prélèvement effectué qui met en évidence le bacille alcoolorésistant grâce à la coloration de Ziehl-Neelsen (sensibilité faible qui avoisine les 40 %) ;
- la culture du prélèvement effectué sur milieu de Coletsos ou de Löewenstein-Jensen qui nécessite entre 6 et 8 semaines avant d'obtenir un résultat (sensibilité inférieure à 60 %) ;
- l'examen anatomopathologique qui a une sensibilité de 90 % et objective la présence de bactéries et de nécrose collagénique au niveau du derme ;
- la technique d'amplification d'ADN (PCR) avec une sensibilité de 90 % et qui est devenue celle qui a la faveur des cliniciens.

La **prise en charge** est fonction de l'importance des lésions observées.

Trois cas de figure sont classiquement décrits et les recommandations dans le traitement émanent de l'OMS :

- catégorie I avec une lésion unique de moins de 5 cm de diamètre (cas de notre jeune patient) : antibiothérapie per os associant rifamycine (10 mg/kg/j en une prise) et clarithromycine (7,5 mg/kg/j en deux prises) durant 6 à 8 semaines ;
- catégorie II avec une lésion unique dont la taille varie entre 5 et 15 cm : traitée de la même manière que précédemment mais sur une période de 8 semaines ;
- catégorie III avec lésions de plus de 15 cm, multiples ou avec des localisations osseuses, nécessitant un traitement antibiotique sur une durée de 8 semaines. Les lésions osseuses évoluent souvent malgré une antibiothérapie bien conduite ; il est nécessaire de recourir à la chirurgie dans près de 20 % des cas.

Bibliographie

1. Aubry P, Gaüzère BA. Ulcère de Buruli. Disponible : http://medecinetropicale.free.fr
2. Bourée P. Une pathologie tropicale en expansion : l'ulcère de Buruli. Antibiotiques 2010 ; 12 (1) : 55-60.
3. Robert J. L'infection à Mycobacterium ulcerans ou ulcère de Buruli. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine 2023 ; 207 : 1034-1043.
4. Marion E, Landier J, Eyangoh S, Marsollier L. L'ulcère de Buruli. Un modèle de recherche transversale dynamique au sein du réseau des instituts Pasteur. Médecine/Sciences 2013 ; 29 (10) : 912-917.
5. Abgueguen P, Pichard E, Aubry J. L'ulcère de Buruli ou infection à Mycobacterium ulcerans. Médecine et Maladies infectieuses 2010 ; 40 (2) : 60-69.
6. Organisation mondiale de la Santé. Traitement de l'infection à *Mycobacterium ulcerans*. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2012. Disponible sur : https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789242503401_fre.pdf

Chaleur coupable

par les Drs Pierre FRANCES*, Christophe SANCHEZ**, Louis BABBY*** et Inès JOSE***

* Médecin généraliste
F – 66650 Banyuls-sur-Mer
frances.pierre66650@gmail.com
** Médecin généraliste
F – 66000 Perpignan
*** Interne en médecine générale
F – 34000 Montpellier

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 rencontre pour la première fois Sylvie, 76 ans, qui consulte sur les recommandations de son amie. Cette dernière a remarqué que la patiente dos nu présentait une dermatose, asymptomatique, qu'elle considère comme inquiétante.

Au niveau de la région sacrée, il existe une plage avec une hyperpigmentation de coloration brune ayant l'aspect d'un filet de pêche (cliché 1).

J'essaie d'en savoir plus sur l'ancienneté de cette lésion mais Sylvie ne sait pas en dire plus au vu de la localisation. Cependant, elle m'explique souffrir de la région lombaire depuis plus de 10 ans du fait de son travail de manutentionnaire. Cette symptomatologie a été explorée par son médecin traitant qui l'a attribuée à l'existence d'un canal lombaire étroit. Pour améliorer ses maux, elle prend régulièrement des antalgiques et des anti-inflammatoires, cela avec une efficacité très partielle.

Cliché 1. Plage hyperpigmentée avec réseau à grosses mailles brunes.



Quel est votre diagnostic ?
À quels diagnostics différentiels devez-vous penser ?
Quel traitement allez-vous préconiser ?

ABSTRACT

History of a woman with asymptomatic brown stitches dermatitis in her back.

Keywords : heating dermatitis, livedo, erythema ab igne.

RÉSUMÉ

Histoire d'une femme ayant une dermatose asymptomatique à mailles brunes dans son dos.

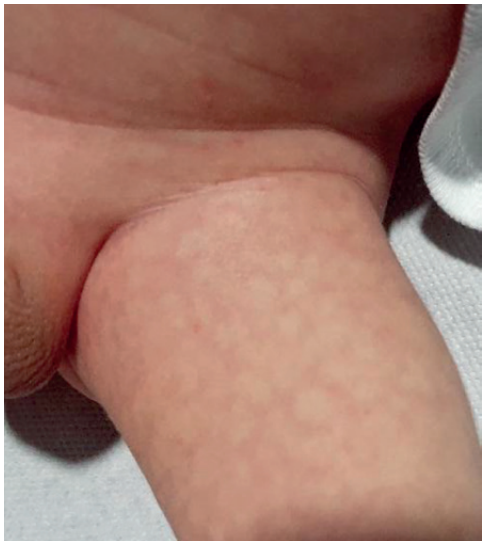
Mots-clés : dermite des chaufferettes, livedo, erythema ab igne.

Réponse

Il est intéressant de voir cet aspect réticulé en filet de pêche avec des mailles de la lésion de la région lombaire. On pense en premier lieu devant ce tableau à un livedo.

Deux types de livedo sont classiquement décrits dans la littérature :

- le livedo réticulé en maille fine, que l'on observe le plus souvent au niveau du visage, des cuisses et des jambes, des bras et avant-bras de l'enfant. Cette variété de livedo est favorisée par les changements climatiques (cas du froid) (cliché 2) ;



Cliché 2. Très léger livedo chez un enfant de 3 mois, survenu suite au déshabillage.

- le livedo ramifié, qui est composé de mailles plus grandes. Les conditions physiques ne modifient que rarement ses caractéristiques cliniques. Le plus souvent, il est en relation avec une maladie de système (cas du lupus ou d'autres maladies auto-immunes) (cliché 3) mais peut être d'origine iatrogène (cas d'injections répétées de certaines drogues ou traitements substitutifs) (cliché 4).

Cliché 3. Livedo ramifié chez une patiente ayant un lupus.



Cliché 4. Livedo nécrotique chez un patient s'injectant de la buprénorphine.



Cependant, deux éléments doivent nous interpeller dans notre observation, excluant un livedo :

- la lésion observée est hyperpigmentée (coloration brune). Or, dans les livedos, la coloration est plutôt rose ou couleur chair ;
- la dermatose observée chez notre patiente est mise en évidence sur une région préalablement douloureuse.

Pour améliorer cette souffrance, la patiente a un recours régulier à des traitements par voie orale. Cependant, en reprenant notre interrogatoire, nous apprenons que cette dernière utilise une bouillotte qu'elle applique avec précaution sur la région sacrée pour limiter sa douleur. Cet élément est capital pour poser le diagnostic : la patiente présente une dermite des chaufferettes.

La dermite des chaufferettes présente plusieurs dénominations : érythème *a calore*, érythème *ab igne*.
C'est une pathologie fréquente qui est observée le plus souvent chez les personnes de sexe féminin.
Sa description a été effectuée dès 1772 par Du Fresnoy et est classiquement secondaire à une exposition itérative à une source de chaleur (bouillotte, cheminée, lampe chauffante, ordinateur portable qui donne une chaleur excessive au niveau des cuisses).
Le plus fréquemment, cette dermatose est retrouvée au niveau des jambes et des cuisses mais il est possible de l'observer au niveau lombaire et cervical.

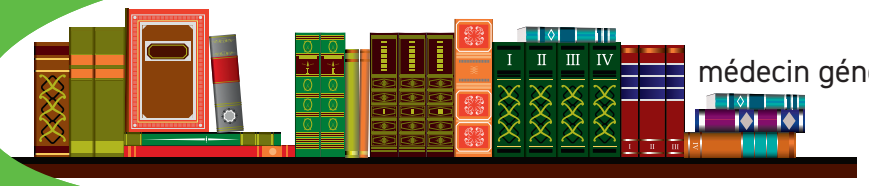
Cliniquement, on met en évidence un érythème au niveau de la zone où la source de chaleur a été placée, érythème qui est le plus souvent discret.
Par la suite, un réseau hyperpigmenté de couleur brune (cette coloration est à mettre en rapport avec une accumulation de sidérophages dans le derme) se développe sur cette zone avec des mailles (elles sont le plus souvent de grande taille) qui semblent épouser le réseau vasculaire du revêtement cutané.

Un examen histologique peut être demandé en cas de doute.
Il permet d'objectiver une majoration du nombre de capillaires dont la paroi est épaissie et une dilatation importante de ces vaisseaux au niveau de la zone concernée.
Il existe en parallèle une hyperpigmentation mélanique au niveau de l'épiderme et un dépôt de pigments ferriques au niveau du derme.

La prise en charge repose en premier lieu sur l'éviction du facteur (cas de l'exposition à une source de chaleur de manière intempestive) à l'origine de cette dermatose.
Par ailleurs, aucune mesure curative ne doit être proposée car, dans la majorité des cas, cette entité disparaît au bout de plusieurs semaines, voire mois.
Cependant, il est important de souligner que, dans certains cas, l'hyperpigmentation observée peut persister durant plusieurs années.
De ce fait, pour les formes peu esthétiques, il est possible de prescrire des traitements dépigmentant à base de trétinoïne.
Pour finir, il est important de préciser que des cas de transformation maligne (carcinome basocellulaire ou spinocellulaire) ont été rapportés. Ces cas de transformation maligne ne sont possibles que si la source de chaleur est appliquée de manière intensive et très régulièrement.

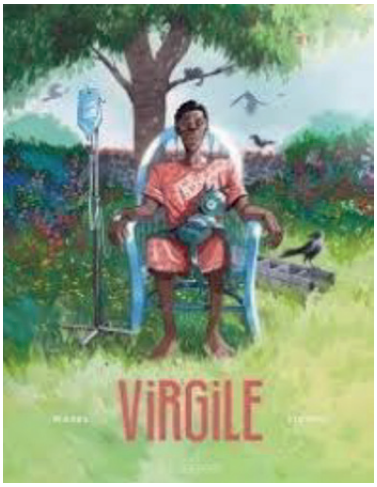
Bibliographie

1. Coste J. Les souffrances et les maladies dans l'histoire. Médecine/Sciences 2015 ; 31 : 329-334.
2. Gautier Y. Les hyperchromies. Chapitre 2. Dans troubles pigmentaires cutanés. Ed. MED'COM 2005.
3. Cotto-Smith H, Rigoard P, Hainaut E. Une dermite des chaufferettes due à une neurostimulateur implantable : nouvelle étiologie. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2017 ; 114 (12) : S341.
4. Saurat JH, Lipsker D, Thomas L, Borradori L, Lachapelle JM. Troubles de la pigmentation cutanée. Chapitre 9. Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Ed. Elsevier Masson 2017.



par la Dre Camille DUBUS
médecin généraliste • 1970 Wezembeek-Oppem
camille.dubus93@gmail.com

Virgile



Depuis sa chute, Virgile est tétraplégique et dépendant des autres. Il n'en peut plus de ce plafond qu'il contemple toute la journée (et si encore c'était celui de la Chapelle Sixtine, mais non…), le moral est au plus bas.
— « Il ne faut pas baisser les bras, Virgile. »
— « Pour ça, je devrais d'abord savoir les lever ! »

C'est avec cette lucidité que Virgile prend une décision radicale : demander l'euthanasie en Belgique.

Ce roman graphique aborde des thèmes difficiles à appréhender : la maladie, la fin de vie, le droit de mourir dans la dignité. On aurait pu sombrer dans le pathos ou, au contraire, effleurer le sujet avec légèreté, au risque de passer à côté de l'essentiel. L'auteur réussit à éviter ces écueils : avec finesse, pudeur et beaucoup d'humour, il nous emmène aux côtés de Virgile, dans ses derniers instants. On s'attache à cet homme un peu excentrique, à ses filles, à ses proches, partagés entre l'épuisement, l'amour, la colère, la culpabilité et la peur de le laisser partir.
Tout au long de la lecture, j'ai eu l'impression d'être une spectatrice invisible d'une scène mille fois rejouée. Virgile pourrait être un grand-père, un patient, un voisin, un ami, un patient. On lui apporte un sudoku, on partage une blague, on retient ses larmes… Tout sonne juste : les réactions des enfants, les maladresses des proches, l'émotion des soignants.

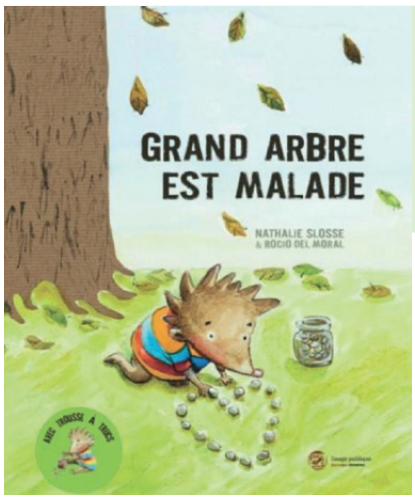
Ce roman graphique a le mérite de mettre en lumière un sujet encore trop tabou : la fin de la vie et l'euthanasie. Parler d'un sujet tabou, c'est le rendre plus visible, dédramatiser. J'espère que ce livre aidera l'un·e ou l'autre patient·e à libérer leur parole, à se confier, à oser réfléchir à leur fin de vie… Ou en se reconnaissant dans l'un ou l'autre personnage, à comprendre ou accepter les choix d'un proche.

Virgile, de Zidrou et Mazel. Éditions Le Lombard • 104 p.
ISBN : 9782808211628 • 20,45 €

Grand arbre est malade

Comment annoncer à son enfant de 2 ans qu'on a un cancer ? Qu'est-ce que c'est, le cancer ? Comment l'expliquer ? C'est à ces questionnements que Nathalie Slosse a dû faire face lorsqu'on lui a posé son diagnostic en 2007. Elle a décidé d'écrire ce livre, cet outil, qui lui manquait tant pour répondre aux questionnements de son petit garçon.

« Grand arbre est malade » est un livre magnifique qui aborde un sujet tellement difficile à comprendre ! Grand arbre a une maladie : il est infesté par des vers. Peu à peu, il perd ses feuilles et devient chauve. Pourquoi lui et pas un autre ? Il a besoin d'un traitement, qui le rend encore plus malade. Frimousse traverse plein d'émotions : il a peur, est en colère aussi, est triste, mais garde espoir… Un livre d'une grande douceur qui permet d'aborder le cancer, même avec les plus petits.



Grand arbre est malade, de Nathalie Slosse et Rocio Del Moral • Image Publique Éditions, 2018 • 36 p. • ISBN : 9782390030225 • 14,90 €

SYSTÈME DE COTATION

- À regarder avec intérêt
- Intéressant si aucune autre source bibliographique
- D'un intérêt limité à quelques MG
- Livre agréable à lire
- Livre de qualité moyenne
- Livre peu agréable à lire
- À recommander en bibliothérapie
- Peut être utilisé dans un cadre restreint en bibliothérapie
- Non destiné à la bibliothérapie

Les *Community Health Workers* en Belgique – au cœur des quartiers

par Mmes Hanne APERS*, Caroline MASQUILLIER**, Laura NOTHELIER*** et Karen MULLIÉ****

* Chercheuse
Université d'Anvers – Centre for Population, Family and Health – Faculty of Social Sciences
hanne.apers@uantwerpen.be
** Chercheuse
Université d'Anvers – Centre for Population, Family and Health – Faculty of Social Sciences, Antwerp Research Group (ELIZA), Faculty of Medicine and health Sciences, Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Faculty of Medicine and health Sciences.
caroline.masquiller@uantwerpen.be
*** Coordinatrice Wallonie du programme Community Health Workers
laura.nothelier@mc.be
**** Coordinatrice fédérale du programme Community Health Workers
karen.mullie@cm.be

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

ABSTRACT

Community Health Workers are tasked with improving access to healthcare for people in vulnerable situations by supporting them in their health-related processes, facilitating their navigation through the healthcare system, and collaborating with healthcare professionals. Their presence is increasingly recognized as essential.

Keywords: Community Health Workers, vulnerable populations, primary health care, health services accessibility.

Le 15 janvier 2021, à la suite de la crise Covid-19 et des difficultés rencontrées pour atteindre les groupes en situation de vulnérabilité, le Vice-Premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Frank Vandenbroucke, a lancé le programme *Community Health Workers* (CHW) en Belgique. L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) et le Collège Intermutualiste National (CIN) ont été chargés, via une coordination fédérale et régionale, de développer et d'implémenter le programme sur les territoires identifiés[1]. Ce modèle est déjà actif dans plusieurs pays, où il joue un rôle essentiel pour réduire l'écart entre le public cible et le système de santé, notamment en répondant aux besoins de santé des communautés difficiles à atteindre[2,3]. En Belgique, les CHW accompagnent les personnes en situation de vulnérabilité et les aident à s'orienter dans le système de santé. Ils vont activement à leur rencontre et les soutiennent dans l'accès aux soins et contribuent ainsi à réduire les inégalités de santé.

Logo du programme CHW

Les 8 rôles du CHW

Huit rôles ont été définis pour le CHW sur la base des travaux du « projet Community Health Worker Core Consensus (C3) » aux États-Unis[4]. Ces rôles sont :

- « Créer des liens entre les individus, les communautés et les acteurs de santé » ;
- « Fournir des informations sur la santé adaptées à la culture » ;
- « Naviguer dans le système de soins de santé » ;
- « Fournir un encadrement et un soutien social » ;
- « Défendre les intérêts des individus et des communautés » ;
- « Développer la littératie de santé au niveau individuel et collectif » ;
- « Travail de proximité » ;
- « Participer à l'évaluation et à la recherche ».

RÉSUMÉ

Les Community Health Workers ont pour mission d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité en les accompagnant dans leurs démarches de santé, en facilitant leur orientation dans le système de soins et en collaborant avec les professionnels de santé. Leur présence est de plus en plus reconnue comme essentielle.

Mots-clés : Community Health Workers, populations vulnérables, soins de santé primaires, accessibilité des services de santé.

Quels sont les accomplissements du programme CHW ?

Accompagner les personnes en situation de vulnérabilité pour surmonter les barrières

Les CHW[a] ont pour mission d'accompagner et soutenir les personnes afin de franchir les obstacles qu'elles rencontrent pour accéder aux soins de santé. Ils informent sur le fonctionnement du système de soins de santé belge, soutiennent dans diverses démarches administratives ou encore orientent vers les services appropriés. Ils accompagnent les personnes entre autres dans leur inscription à une mutualité, les assistent dans la prise de rendez-vous et, dans certains cas, les accompagnent lors des consultations médicales. Ils permettent également de réduire le non-recours aux droits en accompagnant l'ouverture de ceux-ci.

Leur rôle, face aux barrières linguistiques, va bien au-delà d'une simple traduction : ils soutiennent les bénéficiaires pour formuler leur demande de soins, clarifient les résultats médicaux si besoin et s'assurent de la bonne compréhension et du suivi des démarches après consultation.

La création d'un lien de confiance constitue une dimension essentielle de leur accompagnement. En prenant le temps d'établir cette relation, le CHW crée un lien qui permettra de reconnecter la personne aux différents services. Cette confiance permet également d'aller au-delà de la demande initiale. Les CHW sont régulièrement contactés pour une demande précise et ce sont les différents échanges avec la personne qui permettent souvent d'identifier d'autres besoins.

L'accompagnement vise avant tout l'autonomie : les CHW soutiennent le développement des compétences pour permettre aux personnes d'accéder de manière autonome aux services dont elles ont besoin. Lorsque l'autonomie complète n'est pas réalisable, c'est également leur rôle de l'orienter vers le service qui pourra l'accompagner sur le long terme.

a. N.D.L.R. : les CHW ne sont pas disponibles partout en Belgique, ils sont disponibles dans les zones à forte vulnérabilité socio-économique. Le site officiel permet d'en apprendre plus, notamment sur les zones couvertes et sur la façon de les contacter : https://www.chw-intermut.be/homepage-fr/



Les CHW sur le terrain – à l'écoute d'un bénéficiaire lors d'une permanence.

Collaborations réussies

Les collaborations entre les CHW et les professionnels de la santé jouent un rôle clé dans l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des soins de santé [5]. Les meilleures opportunités de collaboration avec le système de santé traditionnel se présentent lorsque les CHW sont intégrés aux soins de première ligne. Le succès de ces collaborations repose sur la complémentarité des compétences et des connaissances entre les CHW et les professionnels de santé. D'un côté, les CHW bénéficient d'une grande confiance au sein des communautés et possèdent une compréhension approfondie du contexte culturel, social et économique dans lequel vivent ces populations [6,7,8]. De l'autre, les médecins généralistes et autres prestataires de soins disposent d'une expertise approfondie et de compétences spécialisées pour traiter des problèmes médicaux et sociaux complexes [9,10].

Ces dernières années, le programme a mis un accent croissant sur la construction de collaborations. Dès son lancement, l'importance de l'alignement local et de l'intégration des CHW dans le système de santé a été soulignée. Dans plusieurs villes, les équipes locales ont développé des partenariats avec des professionnels de santé, des médecins généralistes, des maisons médicales mais également avec des CPAS, des centres d'accueil de jours, et d'autres organisations. En 2023, une étude a été menée sur ces collaborations [11]. Tant les CHW que leurs partenaires soulignent l'importance de leur collaboration qui améliore l'accès aux publics en situation de vulnérabilité, facilite le suivi des situations et permet de détecter et résoudre les problèmes plus rapidement.

Les CHW agissent comme un pont entre les patients et les professionnels de santé, facilitant la

communication et la compréhension mutuelle. Cette collaboration améliore également le suivi et l'orientation des patients, en tirant parti des connaissances et de l'expertise complémentaires des CHW et des professionnels de santé. Ainsi, les médecins généralistes et les spécialistes demandent parfois la présence des CHW lors des consultations de suivi, tandis que les maisons médicales orientent certains patients vers les CHW lorsqu'un soutien supplémentaire est nécessaire. Nous retrouvons par exemple des CHW à la maison médicale des Riches Claires à Bruxelles où ils sont présents dans la salle d'attente une fois par mois afin d'échanger avec les patients pour les soutenir dans leurs besoins et adapter les services locaux à ceux-ci. Lors de la journée symposium de CHW en 2022, un médecin généraliste de Charleroi soulignait l'importance du soutien des CHW dont la présence permettait d'aider les patients qui étaient parfois perdus, sans connaissance des démarches à réaliser et/ou sans réseau, dans l'accès aux soins de santé (demande d'AMU, remise en ordre mutuelle etc.). Il mettait également en avant l'importance de cette connexion directe qu'il pouvait avoir avec les CHW et la plus-value d'un accompagnement possible à domicile.

Défis du programme CHW

Identifier et proposer des solutions à des signaux structurels

Un des rôles des CHW est d'identifier, d'analyser et de rapporter aux instances pertinentes les barrières structurelles qu'ils rencontrent au quotidien dans leurs accompagnements. Parmi ces signaux, nous retrouvons la pénurie de médecins généralistes qui constitue un obstacle majeur à l'accès aux soins de santé dans plusieurs régions du pays. Dans certaines villes, cette situation entraîne de grandes difficultés à trouver un médecin traitant ainsi que des maisons médicales surchargées. Le programme CHW met en avant les facteurs participant à cette situation tant pour les professionnels que pour les bénéficiaires. Parmi ces facteurs, nous retrouvons la surcharge de patients, qui oblige certains médecins à restreindre voire arrêter toute visite à domicile. Cette situation impacte en particulier les personnes âgées, à mobilité réduite ou avec une maladie chronique. Nous retrouvons également un travail administratif de plus en plus lourd, notamment autour des démarches d'AMU.

En collaborant étroitement avec les médecins généralistes et en prenant en charge certaines tâches qui ne relèvent pas directement du rôle du médecin ou pour lesquelles celui-ci manque de temps, les CHW contribuent activement à alléger leur charge de travail.

En parallèle, le programme CHW explore des collaborations innovantes pour répondre à ce défi et améliorer l'accès aux soins dans les communautés les plus touchées. À Anvers, un cabinet « Praktijk aan de stroom », dont l'objectif est de répondre de façon durable à la pénurie aiguë de médecins généralistes, a ouvert en 2025 et où 2 CHW seront présents 8 heures par semaine afin d'accompagner les patients dont les besoins rencontrent les missions des CHW.

Conclusion

L'avenir des CHW dans les soins intégrés

Les CHW jouent un rôle important, et complexe, entre le système de santé et la communauté. La littérature scientifique récente met en évidence un virage vers une approche plus intégrée des soins de santé, où les CHW sont considérés comme un élément clé et durable du système de soins[6,12,13]. Il y a de plus en plus de reconnaissance des responsabilités plus larges que les CHW peuvent assumer. Leur intégration dans le système de soins peut renforcer la durabilité et la crédibilité des programmes de santé et favoriser la collaboration avec d'autres prestataires de soins[5,14]. Cela permet de rendre les services de santé existants plus visibles et de mieux diffuser des informations correctes et précises sur les soins de première ligne au sein des populations en situation de vulnérabilité[15].

De plus, les CHW donnent une voix aux communautés qu'ils représentent au sein du système de santé[5]. Un aspect essentiel de cette intégration des CHW est de préserver leur identité communautaire, afin qu'ils puissent continuer à soutenir les individus sur base de la confiance mutuelle et de la compréhension[16].

Bibliographie

1. Masquillier C, Cosaert T, Wouters E. Community Health Workers in België. Rapport 2021. Antwerpen ; 2022.
2. Mupara LM, Mogaka JJO, Brieger WR, Tsoka-Gwegweni JM. Community Health Worker programmes' integration into national health systems : Scoping review. African J Prim Heal Care Fam Med. 2022 ; 14 (1).
3. Washburn DJ, Callaghan T, Schmit C, Thompson E, Martinez D, Lafleur M. Community health worker roles and their evolving interprofessional relationships in the United States. J Interprof Care [Internet]. 2022 Jul 4 ; 36 (4) : 545-51. Available from : https://doi.org/10.1080/13561820.2021.1974362
4. Rosenthal EL, Menking P, St. John J. The Community Health Worker Core Consensus (C3) Project : A Report of the C3 Prohect Phase 1 and 2, Together Leaning Toward the Sky. A National Project to Inform CHW Policy and Practice [Internet]. 2018. Available from : https://www.c3project.org
5. Franklin CM, Bernhardt JM, Lopez RP, Long-Middleton ER, Davis S. Interprofessional Teamwork and Collaboration Between Community Health Workers and Healthcare Teams : An Integrative Review. Heal Serv Res Manag Epidemiol. 2015 ; 2.
6. Glenton C, Javadi D, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era : 5. Roles and tasks. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2021 ; 19 (3) : 1-17. Available from : https://doi.org/10.1186/s12961-021-00748-4
7. Damio G, Ferraro M, London K, Pérez-Escamilla R, Wiggins N. Addressing Social Determinants of Health through Community Health Workers : A Call to Action. Hartford CT ; 2017.
8. Javanparast S, Windle A, Freeman T, Baum F. Community health worker programs to improve healthcare access and equity : Are they only relevant to low-and middle-income countries ? Int J Heal Policy Manag [Internet]. 2018 ; 7 (10) : 943-54. Available from : https://doi.org/10.15171/ijhpm.2018.53
9. Payne J, Razi S, Emery K, Quattrone W, Tardif-Douglin M. Integrating Community Health Workers (CHWs) into Health Care Organizations. J Community Health. 2017 ; 42 (5) : 983-90.
10. Vaseghi F, Yarmohammadian MH, Raeisi A. Interprofessional Collaboration Competencies in the Health System : A Systematic Review. Iran J Nurs Midwifery Res. 2022 ; 27 (6) : 496-504.
11. Apers H, Masquillier C. Facilitators and Barriers in Collaborations Between Community Health Workers with Primary and Well-Being Providers in Primary Healthcare in Belgium. Healthc. 2024 ; 12 (23) : 1-15.
12. Perry H. « Health for the people : National community health worker programs from Afghanistan to Zimbabwe ». Washington, D.C. ; 2020.
13. Perry HB, Hodgins S. Health for the people : Past, current, and future contributions of national community health worker programs to achieving global health goals. Glob Heal Sci Pract. 2021 ; 9 (1) : 1-9.
14. Hodgins S, Kok M, Musoke D, Lewin S, Crigler L, LeBan K, et al. Community health workers at the dawn of a new era : 1. Introduction : tensions confronting large-scale CHW programmes. Heal Res Policy Syst [Internet]. 2021 ; 19 (3) : 1-24. Available from : https://doi.org/10.1186/s12961-021-00752-8
15. Onyango BD, Schatz E, Lazarus J V. Taking a "people-centred" approach to improving access to health care for underserved communities in Europe. 2017 ; 23 (3) : 23-7.
16. Masquillier C. Learning from worldwide community health worker programs : exploring their potential for integrated care in Belgium. In : Amelung V, Stein V, Suter E, Goodwin N, Balicer R, Beese A, editors. Handbook of Integrated Care. Springer, Cham ; 2025. p. 1-24.

Éviter d'être à l'envers…

par les Drs Pierre FRANCES*, Léo ERNANDE**, Mirela MARION***, Ulysse COMTE**** et Noémie NISUS*****

* Médecin généraliste
F – 66650 Banyuls-sur-Mer
frances.pierre66650@gmail.com
** Externe
F – 34000 Montpellier
*** Externe
F – 31000 Toulouse
**** Interne en médecine générale
Hôpital militaire de Percy
F – 92140 Clamart
***** Interne en médecine générale
F – 34000 Montpellier

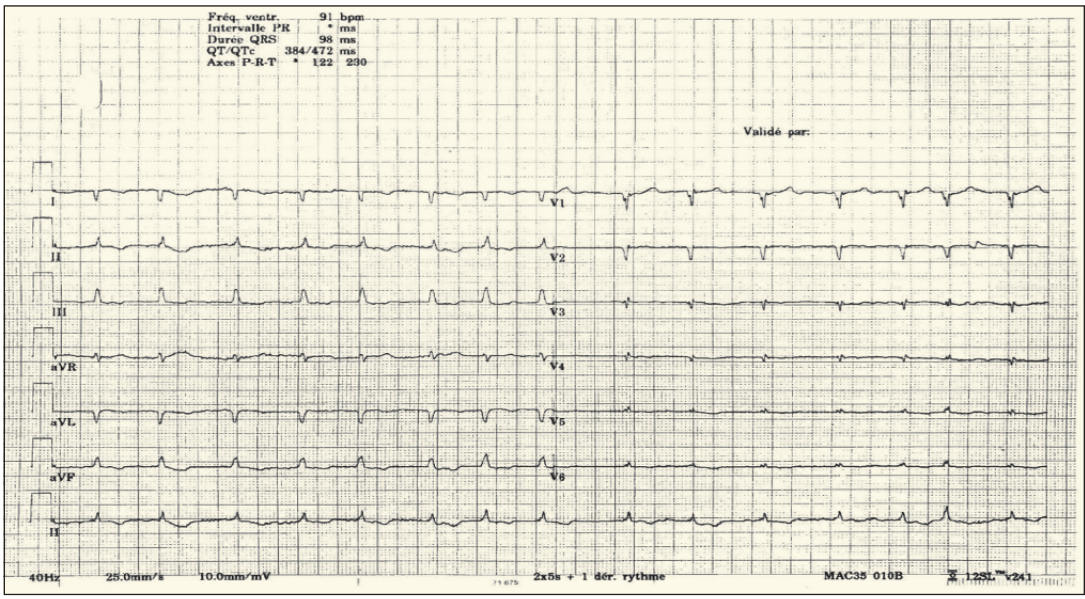
Les auteurs déclarent ne pas présenter de liens d'intérêts avec l'industrie pharmaceutique ou de dispositifs médicaux en ce qui concerne cet article.

Je fais la connaissance de Salima, 76 ans, qui présente depuis quelques jours une douleur thoracique à type d'oppression.
J'ai quelques difficultés à interroger cette patiente du fait de la barrière linguistique (elle est d'origine algérienne). Elle est d'ailleurs accompagnée d'une voisine afin de faciliter les échanges.
Cette patiente, porteuse d'un pacemaker, présente une hyperthermie depuis 72 heures et une toux grasse.

Quelle attitude allez-vous adopter dans son cas ?

Dans un premier temps, à l'examen clinique, on retrouve des crépitants qui prédominent au niveau de la base du champ pulmonaire droit.
Parallèlement, l'examen cardiovasculaire de cette patiente est quelque peu troublant. En effet, je n'arrive pas à objectiver les bruits du cœur aux différents foyers.
Dans ce contexte, je retiens le diagnostic de pneumopathie.
Je réalise un ECG afin de mieux appréhender les raisons à l'origine de la douleur thoracique oppressive mais aussi comprendre les raisons de l'absence de bruits du cœur (cliché 1).

Cliché 1. Tracé ECG.



ABSTRACT

History of an elderly woman complaining of chest pain, and having a clinical examination and abnormal EKG.

Keywords : dextrocardia, situs inversus, abnormal EKG.

RÉSUMÉ

Histoire d'une femme âgée se plaignant d'une douleur thoracique, et ayant un examen clinique et ECG anormaux.

Mots-clés : dextrocardie, situs inversus, ECG anormal.

Que nous révèle cet ECG ?

L'absence d'onde P témoigne de l'existence d'une fibrillation atriale.

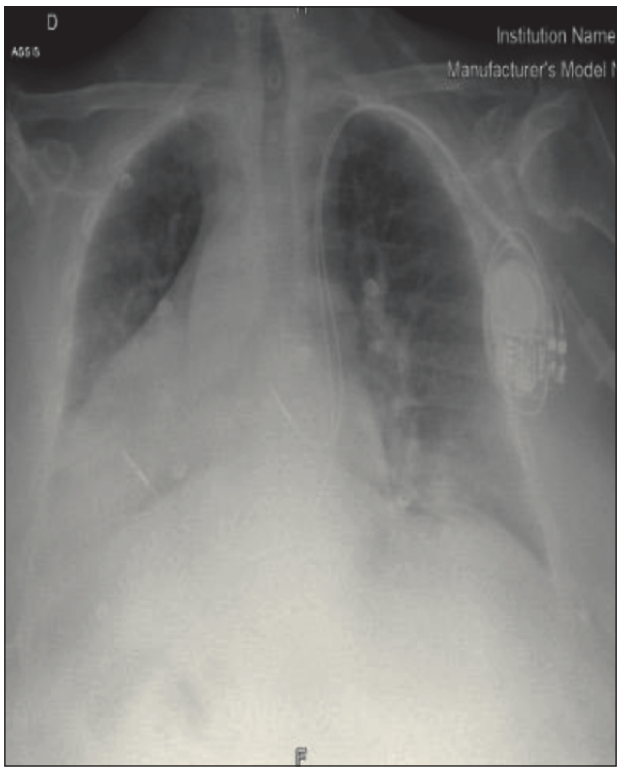
En parallèle, je reste très perplexe par plusieurs éléments :

- des ondes T et QRS négatives en D1 ;
- une déviation axiale droite ;
- des ondes VR positives ;
- une progression inversée de l'onde R de V1 à V6.

Compte tenu des anomalies observées, quelle attitude allez-vous adopter ?

Surpris par cet aspect électrocardiographique, j'effectue un second ECG qui est superposable au premier. Je décide d'envoyer la patiente aux urgences du centre hospitalier qui réalise dans un premier temps une radiographie pulmonaire (cliché 2).

Cliché 2. Radiographie pulmonaire.



Cet examen complémentaire permet de poser le diagnostic de pneumopathie de la base du poumon droit et, en parallèle, d'un *situs inversus* qui explique les anomalies ECG observées.

Le « situs inversus »

Cette pathologie est en rapport avec une inversion de la place de certains viscères.

Lorsque le cœur est concerné, celui-ci est situé au niveau de l'hémithorax droit (dextrocardie) ; on parle alors de *situs inversus totalis* (inversion en miroir de tous les organes thoraciques et abdominaux).

On met en évidence cette anomalie avec une fréquence comprise entre 1 cas/6 000 naissances et 1 cas/35 000 naissances.

Par contre, si le cœur est dans sa position « normale » et que les autres viscères sont inversés, on parle de *situs inversus incompletus.*

Ce cas de figure est plus rare (1 cas pour 22 000 patients) et les personnes atteintes ont une fréquence plus importante de pathologies cardiovasculaires.

Les femmes et les hommes sont autant concernés par la pathologie.

Des mutations génétiques (le gène le plus souvent impliqué est DNAH5) sont classiquement décrites comme étant à l'origine de ce tableau.

Le gène DNAH5 est responsable du codage d'une protéine (la dynéine axonémale) qui est à l'origine du fonctionnement des cils et flagelles au niveau de l'appareil respiratoire.

Le clinicien, dans ce cas de figure, met en évidence une dyskinésie ciliaire primitive (DCP). Une mutation biallélique du gène *DNAH5* entraîne systématiquement une DCP, car elle altère la structure et/ou la fonction des cils. En revanche, un *situs inversus* ne se développera que dans environ 50 % des cas, car l'orientation des organes lors du développement embryonnaire devient aléatoire en l'absence de battement ciliaire efficace au niveau du nœud embryonnaire.

Par ailleurs, les problèmes engendrés par ce déficit protéique peuvent être responsables du syndrome de Kartagener (ce dernier représente 25 % des cas de *situs inversus*).

Le syndrome de Kartagener associe classiquement, en plus du *situs inversus*, une dilatation des bronches, une rhinosinusite chronique et enfin la dyskinésie ciliaire.

La transmission génétique du *situs inversus* s'effectue suivant un mode autosomique récessif.

Cliniquement, les bruits du cœur sont audibles au niveau de l'hémithorax droit. Il est également possible, en cas d'anomalie, d'observer une hépatomégalie du côté gauche et une splénomégalie du côté droit.

Les **examens complémentaires** permettent de retrouver :

- la radiographie pulmonaire permet de poser aisément le diagnostic en mettant en évidence le cœur au niveau de l'hémithorax droit ;
- l'échographie cardiaque permet de confirmer la dextrocardie anatomique et de voir s'il y a des malformations cardiaques associées ;
- l'échographie abdominale permet de montrer une inversion des organes en cas de *situs inversus totalis* ;
- en cas de suspicion de DCP (si infections ORL itératives, infertilité), une analyse génétique et une biopsie nasale (analyse des cils en microscopie électronique) peuvent être réalisées.

En ce qui concerne l'ECG, les anomalies sont décrites précédemment. Pour effectuer dans ce cas un ECG tenant compte de cette inversion, il est important :

- d'inverser les dérivations frontales (bras droit et gauche) ;
- de placer les dérivations précordiales en miroir sur l'hémithorax droit (V1-V6 en position symétrique).

La **prise en charge** consiste avant tout à bien expliquer au patient sa problématique pour que les professionnels de santé consultés dans un avenir plus ou moins proche ne soient pas, comme moi, dans la difficulté.

Il ne faut pas oublier que le *situs inversus* est une « particularité » anatomique qui n'a aucune répercussion sur la santé des patients dans 75 % des cas (uniquement ceux porteurs d'un syndrome de Kartagener).

Bibliographie

1. Taboulet P, Boualem A. Un ECG de dextrocardie (situs inversus). Annales Françaises de Médecine d'Urgence 2012 ; 2 (6) : 403-404.
2. Mozayan C, Levis JT. ECG diagnosis : Dextrocardia. The Permanente Journal 2019 ; 23 : 18-244.
3. Saad M, Ford DO, Goddard KK, et al. A twist of fate : situs inversus totalis with dextrocardia. American Journal of Medicine 2015 ; 128 (5) : 477-479.

Digital Learning IST 2025

DE LA PRÉVENTION À LA PRISE EN CHARGE DES IST



Un nouveau DL consacré aux IST est disponible sur la plateforme de la SSMG. Pour en savoir plus, nous avons rencontré la Dre Chloé AUJOULAT, responsable de la cellule Sexualité et Santé.

Ce digital learning est-il une nouveauté ?

Chloé AUJOULAT : Ce n'est pas un nouveau module mais une révision majeure d'un digital learning déjà disponible depuis plusieurs années. L'ancienne version n'était plus à jour : les données avaient évolué, certaines recommandations n'étaient plus adéquates, notamment concernant les antibiotiques, et l'accréditation était arrivée à son terme en juillet 2025. La mise à jour était indispensable.

Qu'est-ce qui a changé concrètement ?

Chloé AUJOULAT : Nous avons profité de la révision pour restructurer entièrement le contenu. Plusieurs chapitres ont été enrichis, notamment le volet préventif. Nous avons aussi revu le diagnostic symptomatique : il est maintenant organisé par plaintes, ce qui correspond beaucoup mieux à la réalité de la consultation en MG. Par exemple, une éruption cutanée généralisée peut orienter vers une IST ; le digital learning propose désormais d'explorer tous les diagnostics à envisager à partir de différents symptômes présentés. C'est vraiment très pratico-pratique.

Pourquoi proposer un DL sur les IST ?

Chloé AUJOULAT : Parce que les IST font presque partie du quotidien du·de la MG. C'est fréquent, ça évolue très vite avec l'épidémiologie et les comportements sexuels. Il est essentiel d'avoir une formation actualisée, claire et accessible. C'est un sujet qui touche à la fois la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et la communication.

Quels sont les objectifs principaux ?

Chloé AUJOULAT : L'idée est d'abord de dresser un état des lieux de la situation en Belgique et du rôle des médecins généralistes. Nous abordons le dépistage, les groupes à risque, les opportunités de dépistage en consultation et la manière d'aborder ce sujet avec le·la patient·e. Le module aide aussi à poser le bon diagnostic, y compris lorsqu'il s'agit de symptômes atypiques. Un autre objectif important est de renforcer la communication : préparer le cadre, annoncer un résultat, informer les partenaires… Enfin, le cœur du digital learning reste la prise en charge : traitements à jour, antibiothérapies, gestion des partenaires, et tout l'aspect préventif.

Après avoir suivi le module, que pourront changer les médecins dans leur pratique ?

Chloé AUJOULAT : Nous espérons que les médecins développeront de meilleurs réflexes, qu'ils et elles seront plus performant·es et plus à l'aise pour aborder la santé sexuelle. Les IST ne doivent pas être un sujet qu'on attend que le·la patient·e aborde : elles font partie de la santé globale. Ce digital learning doit aider les médecins à intégrer plus spontanément ces questions dans leur pratique quotidienne.

Pouvez-vous nous présenter le contenu du DL ?

Chloé AUJOULAT : Il est structuré en six grandes leçons. Chaque chapitre est pensé pour être immédiatement utile en consultation.

1. **État des lieux** : place de la médecine générale dans le dépistage des IST, épidémiologie actuelle en Belgique.
2. **Le dépistage** : identification des groupes à risque, périodes fenêtre, pratiques inutiles, modalités de dépistage, coûts et remboursements.
3. **La communication** : comment cadrer la consultation, annoncer un diagnostic, informer les partenaires, gérer le secret professionnel et l'état de nécessité.
4. **Le diagnostic symptomatique** : quand penser au VIH et quels diagnostics envisager en cas d'éruption généralisée ou localisée, écoulement génital, mictalgie, prurit vulvo-vaginal ou dyspareunie.
5. **La prise en charge** : traitements par germe, utilisation de la BAPCOC pour disposer des données actualisées, prise en charge des partenaires, déclaration obligatoire, travail en réseau.
6. **La prévention** : préservatif, vaccination, TASP, PrEP, TPE, dépistage du cancer du col de l'utérus.

Un dernier mot ?

Chloé AUJOULAT : Nous espérons vraiment que ce digital learning permettra aux médecins généralistes de se sentir mieux armé·es et plus impliqué·es en matière de santé sexuelle. Les IST augmentent dans plusieurs régions et deviennent un enjeu majeur de santé publique. Avec le plan régional VIH/IST/Hépatites 2026-2031 en cours d'élaboration, il est plus important que jamais de renforcer les compétences du terrain. Ce module va dans ce sens : soutenir, guider et améliorer la qualité de la prise en charge.

Infos pratiques :

Le Digital Learning IST est dès à présent disponible sur notre site web :
https://www.ssmg.be/courses/ist-2/

Noé Van Schelvergem

Les nouvelles fiches « Médicaments en soins palliatifs »

UN OUTIL PRATIQUE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



Pour mieux comprendre cette nouvelle initiative, nous avons rencontré le Dr Vincent MOMIN, responsable de la cellule Soins Palliatifs et du projet Rampe-Âge 2.3 de la SSMG.

Pourquoi avoir créé ces fiches ?

Vincent MOMIN : À la base, tout est parti d'un atelier animé avec le Dr Alain DESSARD à la SSMG. On y avait passé en revue l'ensemble des médicaments utilisés en soins palliatifs et les retours ont été très positifs. On a vraiment senti une demande du terrain : clarifier l'usage de ces molécules de fin de vie et proposer un outil simple, pratique, utilisable sans connexion Internet. En tant que médecin coordinateur, je voyais aussi différents protocoles de détresse dans les maisons de repos. Je me suis dit : pourquoi ne pas rassembler tout cela dans une synthèse cohérente, structurée par syndromes, douleur, dyspnée, nausées, etc. en utilisant le format des fiches sur les médicaments et l'insuffisance rénale.

À qui s'adressent ces fiches ?

Vincent MOMIN : Aux **médecins généralistes**, clairement. La pratique en unité de soins palliatifs hospitalière est différente, l'intraveineuse y étant plus souvent utilisée. En médecine générale, c'est essentiellement la voie sous-cutanée qui sera utilisée en cas d'impossibilité du per os ou de l'injection intramusculaire. Notre objectif est d'outiller la première ligne avec quelque chose de directement applicable.

Comment s'est constitué le groupe de travail ?

Vincent MOMIN : Nous avons monté une cellule spécifique au sein de la SSMG parce que les besoins en soins palliatifs augmentent et que les questions du terrain sont nombreuses. Nous sommes neuf membres : plusieurs médecins formés spécifiquement en soins palliatifs, certain·es travaillant presque exclusivement dans ce domaine. Nous avons croisé nos expériences, celles de l'atelier sur les médicaments de vie et les références incontournables : Palliaguide, le CBIP, les HUG Genève, Palliscience, le livre « aux sources de l'instant »... L'idée était de rester ancré dans la pratique du·de la généraliste, sans partir vers des molécules réservées à l'algologie ou à des unités hyper spécialisées.

Concrètement, que contiennent les fiches ?

Vincent MOMIN : Elles sont organisées **par syndromes.**

La douleur : nociceptive ; osseuse, neuropathique ; usage des morphiniques ; dose étalon ; calcul des interdoses ; quand adapter le traitement ; réflexion autour de la rotation des opioïdes. **Les syndromes digestifs** : nausées, vomissements, occlusion intestinale. **La dyspnée** : molécules, place réelle de l'oxygène, indications. **Le protocole de détresse** : définition, usage, indications. **Les syndromes neurologiques** : agitation, hypertension intracrânienne. **Les médicaments administrables en sous-cutané** : bolus, perfusion continue, précautions.
Nous terminons avec un **glossaire** reprenant le nom commercial et la molécule, ainsi qu'une liste de **références fiables**. L'ensemble devrait compter **environ 6 pages**, comme les fiches sur l'insuffisance rénale.

Avez-vous dû faire des choix dans ce qui a été inclus ?

Vincent MOMIN : Oui. Nous nous sommes concentrés sur les molécules **réellement utilisées par les médecins généralistes.** Pas question de parler de kétamine ou de protocoles d'algologie hospitalière : ce n'est pas le but. L'objectif est la pertinence pratique : « Qu'est-ce que je peux utiliser ici, maintenant, au domicile ou en maison de repos ? ».

Qu'est-ce que cela changera pour les MG ?

Vincent MOMIN : En tant que médecin coordinateur, j'observe régulièrement des incompréhensions ou des usages approximatifs dans l'utilisation de certaines molécules. Ce guide peut être un véritable fil conducteur dans les situations parfois complexes, tout en rappelant les indications essentielles et en aidant le ou la médecin à choisir la bonne molécule au bon moment. Il peut également faire en sorte d'améliorer l'anticipation, notamment en ce qui concerne le protocole de détresse. Au final, c'est surtout pour aider à pouvoir optimaliser la prise en charge de la douleur, de l'inconfort et souffrance de chaque patient·e en soins palliatifs.

Un dernier mot ?

Vincent MOMIN : Les soins palliatifs, ce n'est pas « quand il n'y a plus rien à faire ». C'est justement le moment où **tout reste peut-être à faire.**
Ces fiches, c'est un outil pour soutenir cette démarche et pouvoir donner aussi du sens, anticiper surtout, accompagner toujours. Et surtout, permettre une prise en charge qui reste profondément humaine.

Infos pratiques :

Les fiches seront disponibles via notre newsletter et notre site web dans le courant du mois de janvier. Vous pouvez également en commander un exemplaire imprimé en envoyant un mail à sophie.lixon@ssmg.be.

Noé Van Schelvergem

MANIFESTATIONS SSMG 2026

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

samedi 10 janvier

Grande Journée « Actualités diagnostiques et thérapeutiques »
organisée par la commission de Charleroi

samedi 24 janvier

Grande Journée « Violences intrafamiliales »
organisée par la commission de Liège

samedi 7 mars

Grande Journée
organisée par la commission WaPi

samedi 28 mars

Grande Journée
organisée par la commission de Bruxelles

du dimanche 12 au vendredi 17 avril

Semaine de la SSMG
organisée par le Pôle formation

HEURES D'OUVERTURE DE LA SSMG

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

Rue de Suisse 8, B-1060 Bruxelles
Tél. : 02 533 09 80

La coordination est assurée par 11 personnes :
Thérèse Delobeau, Danielle Edorh, Cristina Garcia, Thaïs Langhoor, Sophie Lixon, Julie Marchal, Carine Morin, Lucie Ongena, Mireille Roillet, Noé Van Schelvergem et Joëlle Walmagh

RÉPONSES AUX PRÉTESTS !

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

428 décembre 2025

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Rédactrice en chef :
Dre Laurence DERYCKER

Comité de lecture et de rédaction :
Dre Constance AUDET
Dre Camille DUBUS
Dr Jimmy FONTAINE
Dre Imane HAFID
Dre Caroline MICHOT

Secrétariat de rédaction :
Joëlle WALMAGH
Rue de Suisse 8
B-1060 Bruxelles
Tél. : 02 533 09 83
joelle.walmagh@ssmg.be

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

Éditrice responsable :
Dre Aurore GIRARD
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 traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés sont réservés pour tous les pays.

CC BY NC ND

Photo de couverture :
Village de Shirakawa-gō, Japon
© Caroline MICHOT

ABONNEMENT POUR 10 NUMÉROS VERSION « PAPIER »

- 85 € pour les membres SSMG
- 175 € pour les non-membres

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

COTISATIONS 2026

• Cotisation « indépendante » ou GOLD :	580,00 €
• Cotisation ordinaire :	403,00 €
• Médecins conseils & médecins du travail :	201,00 €
• Jeunes médecins < 2 ans d'installation :	138,00 €
• Médecins retraité·es (= arrêt de la pratique médicale) :	59,00 €
• Assistant·es :	GRATUIT

À payer **en ligne** via le site de la SSMG : www.ssmg.be – page d'accueil – bouton « Mon compte SSMG » **à partir du 1er janvier.**