

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & Infectiologie 6

**Prise en charge des personnes
vivant avec le VIH en 1^{re} ligne**

Fiche SSMG 13

L'endométriose

Petite Clinique 21

Un usage détourné

N'oubliez pas de vous (ré)affilier à la SSMG pour 2026 !

Vous voulez nous soutenir afin que nous puissions continuer à vous offrir nos services, vous informer et vous former ? (Re)devenez membre de la SSMG et profitez de nombreux avantages exclusifs, comme notre réseau de plus de 3 000 médecins généralistes !

Catégories de membre	Montant de la cotisation
• Cotisation « indépendante » ou GOLD	580 €
• Cotisation membre « standard »	403 €
• Jeunes médecins (moins de 2 ans d'installation)	138 €
• Assistant·e·s	gratuit
• Médecins conseils & médecins du travail	201 €
• Retraité·e·s (= arrêt de la pratique médicale)	59 €

Vous pouvez effectuer le paiement en ligne sur notre site, par **Bancontact** ou avec votre **carte de crédit**. Pour cela, cliquez sur le bouton « Mon compte SSMG » sur la page d'accueil et identifiez-vous. Il vous sera alors automatiquement proposé de renouveler votre inscription.

Votre statut de membre sera ainsi immédiatement pris en compte et vous recevrez une facture acquittée par e-mail dans les jours qui suivent.

Fiches d'information **santé-environnement**

En 2025-2026, la cellule environnement vous propose de partager avec vos patient·es des fiches d'information issues de la campagne « 12 mois – 12 actions pour l'environnement » de la Revue Médicale Suisse.

Découvrez la fiche dédiée à la **qualité de l'alimentation** :

<https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Cellules-spec/Environnement/Fiches%20RMS/fiche6.pdf?t=1761820926>





D^{re} Aurore GIRARD
 Médecin généraliste et Présidente de la SSMG
aurore.girard@ssmg.be

Médecin généraliste en 2026 : tenir le cap dans une médecine en transition

**2026 sera une
année où nous
affirmons ce que
nous voulons pour
notre profession.**

L'année 2026 s'annonce pour la médecine générale belge comme une année charnière, marquée par des tensions structurelles mais aussi par des opportunités inédites. Au cœur du système de soins, les médecins généralistes continuent d'incarner ce rôle unique d'ancrage, de proximité, de continuité – un rôle d'autant plus essentiel que les lignes de soins se redessinent et que les attentes sociétales se complexifient.

Les contraintes budgétaires se traduisent sur le terrain par une pression accrue : soigner mieux, plus vite, pour moins cher. Cette injonction permanente met à l'épreuve les équipes, les organisations de soins et l'équilibre humain du métier. Le financement de la première ligne reste au cœur des débats, entre promesses de valorisation, réalités de terrain et incertitudes quant à la stabilité des modèles de rémunération.

Dans le même temps, le vieillissement de la population s'accélère. Les consultations se transforment : davantage de situations imbriquées où se conjuguent polypathologies, fragilités, dépendance, isolement social et complexité administrative. Le/la médecin généraliste devient chef d'orchestre, garant de la cohérence thérapeutique, médiateur entre spécialités et accompagnateur de trajectoires de soins de plus en plus longues et fragmentées. Le défi n'est plus seulement de diagnostiquer et traiter, mais d'articuler, prioriser, simplifier et humaniser.

Dans ce contexte, la prévention retrouve une place centrale. Le/la médecin généraliste est souvent le/la première à détecter les signaux faibles, à anticiper les glissements, à proposer des interventions précoces et réalistes. Qu'il s'agisse de vaccination, de dépistage, d'accompagnement du mode de vie, de santé mentale ou de prévention des chutes chez les aîné-es, iel occupe une position stratégique : celle d'un-e professionnel-le qui connaît l'histoire, l'environnement, les fragilités et les ressources de ses patient-es. La prévention n'est pas un volet

accessoire : elle est l'un des leviers majeurs pour préserver la santé publique dans un système sous tension.

À cela s'ajoute l'irruption rapide – parfois vertigineuse – de l'intelligence artificielle. Assistants diagnostiques, outils de prescription sécurisée, systèmes prédictifs, synthèses automatiques du dossier : l'IA n'est plus une promesse, mais une réalité quotidienne. Elle peut libérer du temps, soutenir la prise de décision, réduire certaines charges cognitives ; mais elle interroge aussi notre autonomie clinique, la confidentialité des données, et le risque de standardiser un métier dont la richesse tient justement à la singularité des parcours. L'enjeu n'est pas de remplacer le jugement, mais de redéfinir ce qui fait la valeur du/de la médecin généraliste : le lien, l'écoute, la capacité de naviguer dans l'incertitude.

Les collaborations interprofessionnelles s'intensifient, les pratiques de groupe se multiplient, les réseaux intégrés se structurent. Mais ces transformations ne sont pas neutres : elles exigent du temps, de l'énergie, une adaptation constante et des mécanismes de coordination encore trop souvent sous-financés. Nos métiers se recomposent, parfois sans que nous en soyons pleinement les architectes.

Et pourtant, malgré les tensions, les réformes successives et la fatigue accumulée, la médecine générale continue de tenir debout. Elle innove dans ses organisations, se réinvente dans ses pratiques, forme les générations futures avec la conviction que la relation de soin demeure le fondement de tout.

2026 sera une année où nous affirmons ce que nous voulons pour notre profession : des moyens à la hauteur de nos missions, une vision globale de la première ligne, une intégration pertinente de l'intelligence artificielle, une prévention réellement soutenue, et des lignes de soins qui renforcent – plutôt qu'elles n'érodent – la qualité et l'humanité de la prise en charge des premier-ères concerné-es : les patient-es.



ÉDITORIAL

3

**Médecin généraliste en 2026 :
tenir le cap dans une médecine en transition**
par la D^{re} Aurore GIRARD

MG & INFECTIOLOGIE

6

Prise en charge des personnes vivant avec le VIH en 1^{re} ligne

par S. Mokrane, N. Dekker, C. Martin, D. Van Beckhoven, S. Swannet, E. Florence, R. Koeck, T. Cornelissen, L. De Coninck, J. Laermans, V. Borra, S. Cordyn, M. Goossens et P. Van Royen

Cet article est un résumé du guide de pratique clinique du même nom réalisé par le Worel et dont l'objectif premier est de fournir un outil permettant d'améliorer la qualité de la remise d'un résultat positif au dépistage du VIH en première ligne de soins. Le second objectif vise à améliorer l'implication du médecin généraliste dans le suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Que faut-il faire après un test VIH positif ? Quel est le suivi médical de la PVVIH en soins primaires ?

FICHE SSMG

13

L'endométriose
par la D^{re} Marie PUISSANT

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE

15

Jambe rouge et douloureuse
par la D^{re} Camille DUBUS

Je reçois Madame V., 35 ans, 72 heures après un passage aux urgences, où elle a été traitée par flucloxacilline pour une cellulite. Cependant, l'urgentiste n'était pas convaincu de son diagnostic : en cas d'absence d'amélioration des symptômes, il lui recommandait de venir me voir.

CARTE BLANCHE : CELLULE E-SANTÉ

17

**Smartphones et médecine de demain :
au seuil d'une révolution humaniste et éthique**

par le Dr Alberto PARADA

Le smartphone, devenu un compagnon indispensable, s'est imposé en médecine via les dossiers numériques, les applications de suivi et la télémédecine. Mais l'outil actuel semble primitif comparé au «compagnon numérique» que nous tiendrons en 2035. L'évolution fulgurante de l'IA, des interfaces et des capteurs biomédicaux promet une intégration profonde de cet outil dans l'environnement, la relation médecin-patient et le tissu social. Pour que cette promesse soit acceptable, elle devra être guidée par une vigilance éthique forte et la réaffirmation d'un principe fondateur : la primauté de l'humain.



LA REVUE
DE LA
MÉDECINE
GÉNÉRALE
429
janvier
2026

REVUE DES REVUES

19

par la D^{re} Caroline MICHOT

PETITE CLINIQUE

21

Un usage détourné

par les D^{rs} Pierre FRANCES, Lauryne LABROUSSE, Noémie NISUS
et Ulysse COMTE

Christelle, 43 ans, consulte régulièrement pour un problème d'obésité (poids de 87 kg, taille de 165 cm, IMC à 32).

VIE DE LA SSMG

par Noé VAN SCHELVERGEM

GRANDE JOURNÉE WaPi – 07/03/26

24

ADO 2.0 – GRANDIR, DOUTER, SOUFFRIR ?

Le D^r Salvatore BONSIGNORE, Président de la Commission WaPi, nous présente la GJ WaPi 2026, une matinée de formation consacrée à l'adolescence et aux nombreux défis auxquels les MG sont aujourd'hui confrontés.

GRANDE JOURNÉE BRUXELLES & BRABANT WALLON – 28/03/26

25

DÉPENDANCES : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX SOIGNER

La D^{re} Florence FRANCESCHINI nous présente la Grande Journée Bruxelles & Brabant wallon 2026, consacrée cette année à un thème aussi fréquent que complexe en médecine générale : les dépendances.

LA SEMAINE SSMG 2026

26

UN FORMAT QUI SÉDUIT TOUJOURS AUTANT

La nouvelle édition de la Semaine SSMG se déroulera cette année à La Rochelle. Pour comprendre ce qui attend les participant·es, nous avons rencontré la D^{re} Catherine LIETAER, responsable de l'organisation.

AGENDA

27

RÉPONSES AU PRÉTEST

27

Prise en charge des personnes vivant avec le VIH en 1^{re} ligne

par S. Mokrane^{1,2}, N. Dekker², C. Martin³, D. Van Beckhoven⁴,
S. Swannet⁵, E. Florence⁶, R. Koeck⁷, T. Cornelissen⁸,
L. De Coninck², J. Laermans^{2,9,10}, V. Borra^{2,9}, S. Cordyn^{2,11},
M. Goossens² et P. Van Royen^{2,12}

1. Département de Médecine Générale (DMG), ULB.
2. Groupe de travail Développement de guides de pratique de première ligne, Wilrijk (Anvers).
3. Service Maladies infectieuses, CHU Saint-Pierre, Bruxelles.
4. Épidémiologie et santé publique, Sciensano.
5. Maison médicale Medikuregem.
6. Service Maladies infectieuses et médecine tropicale, Hôpital universitaire d'Anvers.
7. Centre flamand d'expertise sur la santé sexuelle (Sensoa).
8. Agence Opgroeien (équivalent flamand de l'ONE).
9. Centrum voor Evidence-Based Practice (CeBAP), Rode Kruis-Vlaanderen.
10. Departement Maatschappelijke Gezondheidszorg en Eerstelijnszorg, Leuven Instituut voor Gezondheidszorgbeleid, KU Leuven.
11. Croix Jaune et Blanche.
12. Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen, centrum voor huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen. 2610 Wilrijk.
paul.vanroyen@worel.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.

Financement

L'élaboration de ce guide de pratique clinique a été financée par l'INAMI.

Responsabilité et droits d'auteur

Tous les auteurs déclarent accepter les règles imposées en matière de responsabilité et de droits d'auteur.

Cet article est un résumé du guide de pratique clinique du même nom réalisé par le Worel⁽¹⁾ et dont l'objectif premier est de fournir un outil permettant d'améliorer la qualité de la remise d'un résultat positif au dépistage du VIH en première ligne de soins. Le second objectif vise à améliorer l'implication du médecin généraliste dans le suivi des personnes vivant avec le VIH (PVVIH). Que faut-il faire après un test VIH positif ? Quel est le suivi médical de la PVVIH en soins primaires ?

Prétest	Vrai	Faux
1. Après un test VIH positif, le ou la médecin généraliste doit orienter rapidement le patient vers un Centre de Référence VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Une charge virale indétectable signifie que le traitement peut être arrêté.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les vaccins vivants sont contre-indiqués si les CD4 < 200/mm ³ .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Réponses en page 27.

Introduction

En 2022, 18 083 patient·es atteint·es du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été suivis en Belgique⁽²⁾. Le nombre de PVVIH augmente en raison de nouvelles infections et d'une faible mortalité. L'espérance de vie des PVVIH sous traitement s'allonge. La moyenne d'âge au moment du diagnostic est en hausse (39 ans tous sexes confondus)⁽¹⁾.

Grâce au traitement antirétroviral (TAR), l'infection VIH est passée du statut de maladie mortelle à celui de maladie chronique⁽³⁾. Les PVVIH ont aujourd'hui la même espérance de vie que les personnes non infectées.

ABSTRACT

This article is a summary of the clinical practice guide on the management of people living with HIV in primary care. The aim is to improve the quality of communication of HIV test results and the involvement of GPs in monitoring these patients.

Keywords : HIV infection.

RÉSUMÉ

Cet article est un résumé du guide de pratique clinique sur la prise en charge des personnes vivant avec le VIH (PVVIH) en première ligne de soins. L'objectif est d'améliorer la qualité de la communication des résultats du test VIH et l'implication des médecins généralistes dans le suivi de ces patient·es.

Mots-clés : infection VIH.



Depuis 2013, le Plan national de lutte contre le VIH fournit un cadre commun d'action contre le VIH/sida⁽⁴⁾. Ce plan a été approuvé par les autorités sanitaires fédérales et régionales et prévoit des actions spécifiquement destinées aux médecins généralistes dans le cadre du pilier «soins». Le-la médecin généraliste assure une prise en charge des patient-es chroniques en collaboration avec les soins spécialisés. Il devrait en être de même pour les patient-es vivant avec le VIH: le-la médecin généraliste devrait intégrer le suivi médical des PVVIH à l'approche globale de la médecine générale, en collaboration avec le Centre de Référence VIH (CRV).

La suppression virale n'est pas le but unique de la prise en charge. Les patient-es vivant avec le VIH qui ont atteint la suppression virale doivent encore faire face à d'autres défis pouvant avoir un impact sur leur qualité de vie⁽⁵⁾. Ils et elles ont en effet besoin d'un suivi adéquat de leurs comorbidités et facteurs de risque, mais aussi de leur santé mentale ainsi que sexuelle et reproductive. De plus, en raison de l'amélioration de la survie, les patient-es vivant avec le VIH qui vieillissent, sont susceptibles de développer comme le reste de la population, des affections liées à l'âge, telles que des affections osseuses et articulaires, des troubles mentaux, des maladies cardiovasculaires, des cancers et un déclin neurocognitif. Enfin, différentes formes de stigmatisation peuvent viser les PVVIH et avoir un impact sur leurs comportements de santé et l'observance thérapeutique⁽⁶⁾.

Actuellement en Belgique, il existe beaucoup de variations au niveau de l'expérience des médecins généralistes par rapport au suivi des patient-es vivant avec le VIH. Il y a pratiquement autant de PVVIH que de médecins (ratio 1:1). Bien que chaque médecin généraliste soit un jour confronté-e à des situations nécessitant un test VIH^a, certain-es médecins généralistes ne s'occuperont jamais de patient-es vivant avec le VIH étant donné la prévalence du VIH en Belgique⁽⁷⁾. Toutefois, si le-la médecin généraliste doit communiquer un résultat de test positif et/ou suivre une personne chez qui le VIH a déjà été diagnostiqué, il est important de disposer de recommandations claires. Ce guide de pratique clinique (GPC) met l'accent sur l'importance de la mise en lien avec les services de soins et du traitement antirétroviral (TAR) pour les patient-es vivant avec le VIH, sur l'observance au long cours du TAR et sur le maintien dans le circuit des soins dans le cadre du continuum de soins du VIH (*HIV Continuum of Care*, HCC). Ce GPC concerne les adultes (16+) après un test VIH positif confirmé.

a. Pour les indications de testing: voir l'outil développé par le KCE concernant le dépistage, le traitement et le suivi des IST en consultation⁽⁷⁾.

Méthodes

Ce guide de pratique clinique⁽¹⁾ a été élaboré par le Groupe de travail «Développement de guides de pratique de première ligne» (*Werkgroep Richtlijnen Eerste Lijn*, WOREL) conformément aux étapes méthodologiques décrites dans le manuel pour le développement de GPC rédigé par le WOREL⁽⁸⁾. Les questions cliniques ont été déterminées en consultation avec des experts et des parties prenantes et ont servi de point de départ à l'élaboration des recommandations. Pour développer ce guide, on a utilisé la méthode ADAPTE, un cadre validé au niveau international pour adapter les guides de pratique clinique de qualité pertinents et déjà existants au contexte local des soins⁽⁹⁾. Les guides internationaux suivants ont été pris en compte: «IAPAC Guidelines for Optimising the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents (2015)», «NICE guidelines for HIV testing: increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV (2016)» et «British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015» (mise à jour 2022)⁽¹⁰⁻¹²⁾.

La qualité des données probantes scientifiques a été évaluée à l'aide de la méthodologie GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*)^(13,14).

Pour la méthodologie suivie, les auteurs renvoient au guide de pratique clinique intégral⁽¹⁾ ainsi qu'au rapport méthodologique (sur demande). Le guide de pratique clinique a été validé par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (Cebam) en mai 2023 et est disponible en format «point-of-care» (POC) via www.ebpracticenet.be⁽¹⁵⁾.

Recommandations pour la prise en charge

Que faut-il faire après un test VIH positif ?

Counseling post-test

CRÉER L'ENVIRONNEMENT ADÉQUAT

Informez le-la patient-e vivant avec le VIH de sa séropositivité dès que le diagnostic de VIH est confirmé (voir encadré). Une consultation est spécialement programmée pour ce *counseling post-test*. De nombreuses informations sont à délivrer pendant cet entretien. Plusieurs consultations sont parfois nécessaires.

Le *counseling post-test* est basé sur une relation empathique et sans jugement où l'établissement de

la confiance est une priorité. Le *counseling post-test* est donné en face-à-face, uniquement à la personne et de manière confidentielle. Il est essentiel de créer un environnement sûr, fondé sur la confiance et le respect mutuel.

Informar une personne d'un diagnostic VIH positif n'est pas aisé. Certain-es professionnel·les de première ligne sont formé·es à l'annonce de mauvaises nouvelles, d'autres moins. Dans certains centres, il est possible de demander à être accompagné par un·e collègue (un·e autre médecin ou un·e psychologue, par exemple) pour la communication du résultat. L'annonce du résultat d'un test positif peut avoir un impact psychologique, variable d'une personne à l'autre. Il est important de laisser aux patient·es le temps d'intégrer l'information.

QU'EST-CE QU'UN TEST CONFIRMÉ ?

Le diagnostic du VIH est posé sur le sérum du sang. Le laboratoire recherche des anticorps anti-VIH par une méthode Elisa. En Belgique, tous les laboratoires réalisent cette recherche avec un test Elisa de 4^e génération ou plus récent⁽¹⁴⁾. Le test Elisa est très sensible. En cas de résultat positif, l'échantillon est envoyé à un laboratoire de référence SIDA (LRS) qui réalise un test de confirmation par Western Blot. Le Western Blot permet aussi de distinguer le VIH-1 (le plus commun) du VIH-2. En cas de test positif par Western Blot, l'échantillon de sérum test est considéré comme positif pour le VIH. Le résultat du test de confirmation n'est connu que 7 jours après le prélèvement de sang. Le test de détection des anticorps anti-VIH peut être négatif jusqu'à 6 semaines après la transmission, et il s'agit alors d'un résultat faussement négatif. Le résultat sera vérifié sur un deuxième échantillon, afin d'exclure une erreur de tube. Cette vérification est nécessaire lorsque les moyens de traçabilité sont faibles. Il arrive que la vérification ne soit pas effectuée lorsque les moyens de traçabilité sont très performants (le risque d'une inversion d'identification de tubes est pratiquement nul) et que la probabilité pré-test est élevée pour un test positif.

EXPLORATION DES IDÉES, DES PRÉOCCUPATIONS ET DES ATTENTES

Comme pour toute autre consultation d'annonce de mauvaise nouvelle, on explorera les idées, préoccupations et attentes de la PVVIH. Par exemple : quelles sont ses idées concernant la maladie, y compris les idées reçues ou les récits imaginaires. Le-la patient·e a-t-il·elle des questions concernant l'aspect physique, les conditions de travail, la communication du résultat à ses partenaires sexuel·les (notification), la stigmatisation associée au VIH, etc. Quelles sont ses attentes par rapport au diagnostic, aux soins de santé, au traitement, à la santé sexuelle, à la peur de mourir, etc.

SOURCES DE SOUTIEN

Demander à la PVVIH si elle a informé quelqu'un·e qu'elle a été testée, permet de se renseigner sur les personnes de son entourage en qui elle a suffisamment confiance pour en parler. L'absence de soutien peut être une cause d'isolement et de comportement destructeur chez les patient·es chez qui le diagnostic de VIH a été posé récemment.

La mise en lien avec les services de soins, le maintien dans le circuit des soins et l'observance du TAR

Le-la patient·e chez qui le diagnostic de VIH vient d'être posé doit être orienté·e dès que possible vers un centre de référence VIH (CRV) pour instaurer un TAR. C'est essentiel pour que le-la patient·e ait accès aux soins et ainsi réduire le délai de mise sous traitement. Les CRV prévoient des plages pour les nouvelles PVVIH afin de favoriser la mise en lien avec les services de soins (*linkage to care*).

L'accès au TAR est un pont crucial entre le diagnostic et le traitement. Le-la patient·e doit connaître les bénéfices et les risques de l'instauration précoce d'un TAR (cf. tableau 1). Le TAR est remboursé et donc gratuit si le-la patient·e est en ordre de mutuelle. En l'absence de caisse d'assurance maladie, en cas de difficultés financières, de permis de séjour temporaire, d'absence de permis de séjour régulier ou de toute autre situation socio-économique complexe, les CRV peuvent aider les patient·es vivant avec le VIH à entreprendre les démarches sociales nécessaires pour accéder au TAR, éventuellement par le biais

Tableau 1. Bénéfices et points d'attention de l'initiation précoce d'un TAR.

Bénéfices	Points d'attention
Probabilité plus élevée d'un retour immunologique à la normale.	L'ambivalence par rapport au TAR à un moment de challenge émotionnel peut entraîner une moins bonne observance et le développement de résistance aux drogues antirétrovirales.
Contrôle rapide de l'infection (bénéfices virologique et immunologique plus élevés).	État psychologique vulnérable et mauvaise préparation à la prise d'un traitement à long terme.
Risque réduit d'une transmission virale involontaire.	Stigmatisation.
Absence/Réduction de la progression de la maladie.	Effets secondaires possibles.
Bénéfice clinique de la prise du TAR quel que soit le niveau immunitaire (taux de CD4).	
Initiation précoce dans les 12 premières semaines suivant le diagnostic améliore la récupération immunitaire.	
Limitation du réservoir viral.	



d'une assistance médicale du CPAS. Ces conditions précaires ne devraient jamais être une raison pour retarder le début du TAR.

Les patient-es vivant avec le VIH doivent être suivies de manière régulière tant par les CRV que par la première ligne de soins. Ils-elles doivent consulter leur médecin traitant au plus vite si le test a été réalisé ailleurs que chez ce dernier.

Se rendre dans un nouveau lieu de soins et faire face à un nouveau problème de santé correspondent à des moments de fragilité dans la trajectoire de soins des patient-es chez qui le diagnostic de VIH vient d'être posé. Il est important de soutenir ces personnes lors de cette étape. Une attention particulière est nécessaire pour les groupes vulnérables et/ou les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Ces personnes sont plus à risque de ne pas être prises en charge rapidement, ce qui les expose à des complications plus graves et à un décès prématuré.

Counseling post-test lors des consultations suivantes

Après l'annonce de la séropositivité pour le VIH, il est souvent nécessaire de revenir à plusieurs reprises sur les idées, préoccupations et attentes des PVVIH et de vérifier s'il-elle a informé quelqu'un-e et s'il-elle peut s'appuyer sur des sources de soutien suffisantes.

Les PVVIH doivent être sensibilisées en permanence à l'importance d'une mise en lien rapide avec les services de soins et du maintien des soins, ainsi qu'à l'importance d'une bonne observance (prise régulière et prolongée du traitement) (tableau 1). Il est nécessaire d'identifier les obstacles et les facteurs de motivation pour l'utilisation régulière du TAR. Cela permet de connaître les problèmes importants et d'y réagir. Les aspects positifs de l'observance doivent être soulignés. Les rappels peuvent contribuer à améliorer l'observance. Contacter des personnes dans la même situation peut avoir un effet très positif (via <https://www.vivreaveclevih.org/fr/> ou <https://www.exaequo.be/fr/>).

Il est utile de vérifier si la PVVIH s'est effectivement rendue au CRV. Si ce n'est pas le cas, on peut en vérifier avec elle la raison et au besoin, l'orienter de nouveau vers le CRV.

Il faudra porter une attention particulière aux groupes vulnérables et/ou personnes présentant des troubles de santé mentale. Les troubles de santé mentale peuvent préexister à l'annonce du diagnostic ou être déclenchés ou aggravés (rechute) par l'annonce. Il est essentiel d'apporter un soutien actif à ces patient-es qui nécessitent parfois une prise en charge pluridisciplinaire plus complexe.

Lors des consultations de suivi, il est également important de discuter de l'annonce du diagnostic aux partenaires.

Annnonce du diagnostic aux partenaires (notification)

Idéalement, toutes les personnes exposées devraient faire l'objet d'un dépistage afin que toute infection puisse être traitée le plus rapidement possible et que la transmission future soit réduite (dans les 72 heures après l'exposition). Il est donc nécessaire que les médecins généralistes délivrent aux patient-es nouvellement diagnostiqué-es des informations sur les méthodes d'annonce du diagnostic aux partenaires et les encouragent à demander à leurs partenaires sexuel-les de passer un test de dépistage du VIH (sur sérum et non par test rapide). Un exemple de lettre est disponible sur le site Web de la SSMG: [Lettre notification partenaire](#). Certains CRV disposent d'un téléphone portable dédié à l'annonce du diagnostic aux partenaires sexuel-les. L'annonce peut également être effectuée de manière anonyme en ligne à l'adresse suivante: <https://depistage.be/envoyer-un-sms/depistage.be>.

Prévention de la transmission du VIH

Le-la patient-e vivant avec le VIH doit connaître le mode de transmission du VIH (par contact sexuel, par le sang et de la mère à l'enfant) et comment la transmission peut être évitée. Avec le TAR, la charge virale devient indétectable et le VIH n'est alors plus considéré comme sexuellement transmissible [c'est ce que l'on appelle le principe « Indétectable = Intransmissible » (I=I)]. Tant que la charge virale n'est pas indétectable depuis plusieurs mois, les mesures habituelles de prévention de la transmission s'appliquent: préservatif, prophylaxie pré-exposition (PrEP) ou traitement post-exposition (TPE). Le TPE et la PrEP sont également indiqués en cas d'accident de préservatif.

Il est utile d'évaluer avec le-la patient-e vivant avec le VIH les risques de transmission régulièrement, si possible à chaque consultation.

Les PVVIH qui prennent régulièrement un TAR peuvent envisager une grossesse. Outre la surveillance habituelle, une surveillance spécifique sera nécessaire. La prudence est de rigueur concernant la transmission par l'allaitement. L'allaitement maternel dans ce cadre est pour l'instant généralement déconseillé en Belgique, il faut s'assurer qu'une charge virale soit réalisée à la 36^e semaine et que le nourrisson bénéficie d'un suivi spécialisé.

Révélation du statut sérologique (divulgence)

La divulgation de la séropositivité à l'entourage peut avoir des avantages comme des inconvénients. La divulgation du diagnostic peut générer de la peur, de l'anxiété, de la tristesse, des doutes, de la honte ou encore de la stigmatisation associés au diagnostic et/ou aux circonstances de la contamination, mais aussi contribuer à trouver du soutien social et à soulager la charge psychologique du secret. Il est

nécessaire d'identifier les obstacles et les facteurs de motivation. La divulgation du diagnostic est un processus. Certains patient-es vivant avec le VIH ont besoin de temps pour assimiler le diagnostic avant d'en informer leur entourage. En outre, les PVVIH peuvent hésiter à divulguer leur diagnostic à leurs proches et aux professionnel·les de la santé. Il est important de (ré) expliquer aux patient-es vivant avec le VIH que les professionnel·les de la santé et les assistant·es sociales·aux sont tenu·es au secret professionnel et qu'ils ne peuvent dévoiler le diagnostic sans la permission du·de la patient·e, sauf en cas d'urgence vitale. Les pharmacien·nes ont toutefois accès à tous les médicaments prescrits (et délivrés) par voie électronique et savent donc que le·la patient·e prend un TAR.

Le suivi médical des PVVIH en première ligne de soins

Observance du traitement et maintien dans le circuit des soins

Tout·es les professionnel·les de la santé qui suivent des patient-es vivant avec le VIH doivent régulièrement les évaluer et les soutenir, tant en termes d'observance du TAR que de maintien dans les soins (*voir aussi supra*). Même si le suivi de l'observance est assuré par le CRV, il est important que le·la médecin généraliste évalue et aide les PVVIH à suivre le TAR et à surveiller leur état de santé.

L'observance et le maintien dans les soins sont essentiels pour le principe «I=I», pour la survie et la qualité de vie des patient-es vivant avec le VIH et pour réduire le risque de transmission. Des conseils ciblés permettent une observance optimale et une suppression virologique. L'éducation des patient-es vivant avec le VIH quant à l'importance de respecter les rendez-vous médicaux (en première et deuxième ligne de soins, tant pour l'infection par le VIH que pour d'autres problèmes de santé) a un effet positif sur le maintien dans les soins et l'observance du TAR.

L'observance du TAR peut être évaluée non seulement par le biais de l'anamnèse, mais également à l'aide d'une échelle d'auto-évaluation⁽¹⁶⁾. En outre, il est nécessaire de surveiller la charge virale et le taux des CD4 à chaque bilan semestriel pour les personnes nouvellement diagnostiquées. La mesure de la charge virale n'est effectuée que dans un laboratoire de référence SIDA (LRS)⁽¹⁷⁾. Le prélèvement peut être effectué n'importe où. Les laboratoires périphériques se chargent de l'expédition des tubes. Les résultats concernant la charge virale et la numération des CD4 sont disponibles sur la plateforme e-Health si le·la patient·e vivant avec le VIH a donné son accord. Une charge virale indétectable est le principal indicateur de l'observance du TAR.

Pour évaluer le maintien dans les soins, il convient de vérifier si les PVVIH ont effectué un test sanguin avant leur rendez-vous avec l'infectiologue, si elles ont consulté l'infectiologue au moins une fois au cours des six derniers mois et ont bénéficié d'un test sanguin de détection de la charge virale et si elles ont respecté les rendez-vous fixés, dans le cadre du suivi global.

Suivi de la santé globale

VACCINATIONS DE BASE, COMORBIDITÉS, FACTEURS DE RISQUE ET PROGRAMMES DE DÉPISTAGE

Idéalement, tout·es les patient-es vivant avec le VIH devraient avoir un médecin généraliste. Comme pour les autres patient-es, le·la médecin généraliste assure le suivi de l'état de santé général des patient-es vivant avec le VIH, en tenant compte du contexte biopsychosocial et sexuel. Par exemple, le·la médecin généraliste vérifie les vaccinations de base, examine et surveille les comorbidités et les facteurs de risque non liés au VIH, et assure le dépistage du cancer conformément aux programmes prévus.

Le·la médecin généraliste peut proposer de compléter la vaccination de base. Cela peut également se faire au CRV. Si le·la médecin généraliste vaccine le·la patient·e vivant avec le VIH, le CRV doit en être informé, par exemple par le biais de la plateforme e-Health. Les vaccins inactivés sont sans danger pour les PVVIH et les vaccins vivants atténués (ROR, varicelle, zona, fièvre jaune et rotavirus) ne doivent pas être administrés aux patient-es chez qui le taux des CD4 est inférieur à 200/mm³.

L'infection par le VIH déclenche un processus d'inflammation chronique, qui constitue en soi un facteur de risque de nombreuses maladies. En outre, la prise du TAR est un facteur de risque de surcharge pondérale, d'insuffisance rénale chronique, de dyslipidémie, d'ostéoporose et de maladies cardiovasculaires. Ces facteurs de risque s'ajoutent aux facteurs individuels. Par conséquent, les patient-es vivant avec le VIH doivent faire l'objet d'un dépistage et d'un suivi régulier des comorbidités et des facteurs de risque. Le·la médecin généraliste vérifie également leur adhésion aux programmes de dépistage du cancer. Tout changement dans l'état de santé des patient-es vivant avec le VIH doit être signalé à l'infectiologue du CRV afin d'en évaluer les conséquences sur le TAR et la nécessité d'adapter le TAR.

INTERACTIONS MÉDICAMENTEUSES AVEC LE TAR

Le TAR comporte 3 à 4 molécules réparties en un ou plusieurs comprimés (ou gélules), à prendre une à plusieurs fois par jour. De nouvelles modalités d'administration du TAR sont en cours de développement, par exemple la possibilité de bénéficier de traitement injectable à longue durée d'action. Certaines molécules antirétrovirales sont métabolisées par le foie et interagissent au niveau des cytochromes, entraînant des interactions avec d'autres médicaments. Lors de



la prescription d'un nouveau médicament, y compris les traitements par inhalation, les pulvérisations nasales ou les injections, tout risque d'interaction médicamenteuse doit être recherché via www.hiv-druginteractions.org. Il est également possible de demander conseil à un spécialiste du CRV. Les PVVIH doivent savoir qu'il existe un risque d'interactions, en particulier avec des médicaments qu'elles se procureraient à la pharmacie sans ordonnance, tels que le calcium et le magnésium. Ils-elles doivent considérer ces produits comme des traitements susceptibles d'entraîner des interactions médicamenteuses.

Suivi spécifique du VIH

VACCINATIONS SPÉCIFIQUES POUR LES PATIENT·ES VIVANT AVEC LE VIH

En plus des vaccinations de base, le·la médecin traitant vérifie le statut vaccinal spécifique des patient·es vivant avec le VIH. La vaccination spécifique vise à protéger contre le risque de co-infections (virus de l'hépatite A, virus de l'hépatite B) et à prévenir les infections pour lesquelles les patient·es vivant avec le VIH sont à plus haut risque de complications (pneumocoque, grippe, covid-19, HPV).

SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le·la patient·e vivant avec le VIH peut être suivi·e au niveau de sa santé sexuelle et reproductive par la première ou la deuxième ligne de soins, selon ses préférences. Dans le cadre de ce suivi, les points suivants seront abordés : la santé sexuelle, y compris la contraception (attention : interactions avec le traitement antirétroviral), la prévention des IST par le dépistage, les comportements sexuels à risque (drogues récréatives, chemsex...), la possibilité d'un traitement post-exposition (TPE) pour les partenaires sexuel·les dans les 72 heures suivant un rapport sexuel non protégé, un éventuel souhait de grossesse (prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, allaitement maternel, maintien d'un bon contrôle viral...).

SUIVI SPÉCIFIQUE ET COLLABORATION AVEC LE CRV

Il est essentiel que les PVVIH soient vues régulièrement (au moins deux fois par an) au CRV par l'infec-tiologue (après une prise de sang avec charge virale) et, si nécessaire, par d'autres spécialistes. Tous les CRV offrent une prise en charge psychomédicosociale et pluridisciplinaire dont la composition peut varier d'un CRV à l'autre.

Le·la médecin généraliste oriente le·la patient·e vivant avec le VIH vers le CRV dans les cas suivants :

- de manière générale : lorsque le·la patient·e vivant avec le VIH n'a pas été vu·e au CRV depuis plus de 6 mois ou qu'il·elle n'a pas réalisé de prises de sang avec charge virale depuis plus de 6 mois, si la charge virale remonte (ou ne baisse pas à l'initiation du TAR), dès qu'une intervention du spécialiste est nécessaire ;

- de manière spécifique :

renvoyer les PVVIH au CRV et/ou aux autres spécialistes (GPP) concernant :

- les effets secondaires du TAR ;
- les complications liées au TAR ;
- les infections opportunistes (risque > quand $CD4 < 200/mm^3$) (p. ex. tuberculose) ;
- les IST (syphilis, chlamydia, gonorrhée, Monkeypox) ;
- la prise en charge des cancers viraux-induits (syndrome de Kaposi, condylomes hépatocarcinomes) ;
- les problèmes d'observance (oubli répété...) ;
- les problèmes de santé sexuelle ;
- les problèmes de dépendance (alcool, drogue) et la consommation répétée de drogues à usage festif (« chemsex ») ;

Conclusion

Malgré les progrès considérables réalisés dans la lutte contre le VIH, l'épidémie continue de représenter une grave menace pour la santé publique dans le monde entier. Il n'existe pas de traitement curatif de l'infection par le VIH, mais le TAR permet d'améliorer l'espérance de vie et de limiter sensiblement le risque d'infections des personnes les plus exposées.

Depuis 2013, le Plan national de lutte contre le VIH fournit un cadre commun d'action contre le VIH/sida. Le plan prévoit des actions spécifiquement destinées aux médecins généralistes dans le cadre du pilier « soins » garantissant que les patient·es vivant avec le VIH continuent à recevoir des soins grâce à leur empowerment et à une approche collaborative avec les médecins généralistes et les organisations de patient·es. D'autres actions impliquent les médecins généralistes dans le dépistage et dans la qualité des soins. Ce guide se veut un outil pour les médecins généralistes afin d'améliorer la qualité de la communication des résultats des tests VIH et du suivi des patient·es atteint·es du VIH en première ligne de soins en collaboration avec les CRV en Belgique.

Bibliographie

1. Mokrane S, Dekker N, Van Royen P, Martin C, Van Beckhoven D, Swannet S, et al. *GPC sur la prise en charge des patients vivant avec le VIH*. Bruxelles : ebpracticenet ; 2022. Version validée par le Cebam le 2 mai 2023. À la demande du groupe de travail pour le développement des recommandations de première ligne (WOREL).
<https://ebpnet.be/fr/ebsources/7046>
2. Deblonde J, Serrien B, De Rouck M, Montourcy M, Van Beckhoven D. *Epidémiologie du VIH en Belgique*. Situation au 31 décembre 2022. Rapport 2023. Sciensano, Novembre 2023. Bruxelles. Disponible sur : <https://www.sciensano.be/fr/biblio/epidemiologie-du-vih-en-belgique-situation-au-31-decembre-2022>
3. Deeks SG, Lewin SR, Havlir DV. The end of AIDS: HIV infection as a chronic disease. *Lancet* 2013; 382 (9903): 1525-33. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24152939/> DOI: 10.1016/S0140-6736 (13) 61809-7
4. HIV Plan 2020-2026 [Internet]. HIV Plan Belgium. [cité 14 oct 2025]. Disponible sur : <https://hiv-plan.be/plan-2020-2026/introduction/>
5. Scheerder G, Van den Eynde S, Koeck R, Reyntiens P. *Nodenbevraging mensen met hiv*. Eindrapport. Antwerpen : Sensoa, 2020. Disponible sur : <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Eindrapport%20nodenbevraging%20mensen%20met%20hiv.pdf>
6. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence : systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc*. 2013 Nov 13; 16 (3 Suppl 2): 18640. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24242258/> DOI: 10.7448/IAS.16.3.18640.
7. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation [Internet]. [cité 11 nov 2025]. Dépistage, traitement et suivi des IST en consultation. Disponible sur : <https://www.sti.kce.be/fr/>
8. Dekker N, Goossens M, et al. *Manuel pour l'élaboration des guides de pratique clinique*. Anvers : WOREL, 2021.
9. The ADAPTE Collaboration (2009). *The ADAPTE Process : Resource Toolkit for Guideline Adaptation*. Version 2.0. Disponible sur : <http://www.g-i-n.net>.
10. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2015 Nov-Dec; 14 Suppl 1: S3-S34. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26527218/> DOI: 10.1177/2325957415613442.
11. NICE. HIV testing: increasing uptake among people who may have undiagnosed HIV. 2016. Disponible sur : www.nice.org.uk/guidance/ng60
12. Churchill D, Waters L, Ahmed N, Angus B, Boffito M, Bower M, et al. British HIV Association guidelines for the treatment of HIV-1-positive adults with antiretroviral therapy 2015. *HIV Med*. 2016 Aug; 17 Suppl 4: s2-s104. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27568911/> DOI: 10.1111/hiv.12426.
13. Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ*. 2008 Apr 26; 336 (7650): 924-6. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18436948/> DOI: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.
14. Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ. What is 'quality of evidence' and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008 May 3; 336 (7651): 995-8. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2364804/> DOI: 10.1136/bmj.39490.551019.BE.
15. Groupe de travail Développement de Guides de pratique de première ligne (WOREL). *GPC sur la prise en charge des patients vivant avec le VIH*. 2023. Disponible sur : <https://ebpnet.be/fr/ebsources/7046>
16. Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence : A review with recommendations for HIV research and clinical management. *AIDS Behav* 2006; 10 (3): 227-45. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16783535/> DOI: 10.1007/s10461-006-9078-6.
17. Sciensano.be [Internet]. [cité 14 oct 2025]. Laboratoires de référence SIDA (LRS). Disponible sur : <https://www.sciensano.be/fr/laboratoires-de-reference-sida-lrs>

Le texte complet du guide de pratique clinique avec les données probantes scientifiques est disponible sur www.worel.be. Le résumé « point-of-care » (POC) est disponible sur <https://ebpnet.be/>.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Après un test VIH positif confirmé, le ou la MG doit annoncer le diagnostic lors d'une consultation dédiée, dans un cadre confidentiel et empathique, puis orienter rapidement le-la patient-e vers un **Centre de Référence VIH (CRV)** pour la mise en route du traitement antirétroviral (TAR).
2. La prise en charge repose sur une **collaboration étroite** entre le CRV et la première ligne de soins. Le ou la MG joue un rôle clé dans le suivi global : soutien à l'observance, maintien dans les soins, surveillance des comorbidités et coordination avec les spécialistes.
3. Le principe « **Indétectable = Intransmissible** » (I=I) doit être expliqué : une charge virale indétectable empêche la transmission sexuelle du VIH, mais n'autorise pas l'arrêt du traitement.
4. Le suivi inclut la **prévention globale** : vaccinations de base et spécifiques, dépistage des comorbidités et adaptation des traitements en cas d'interactions. Les vaccins vivants sont contre-indiqués si le taux de CD4 est inférieur à 200/mm³.
5. Enfin, la **relation de confiance et la lutte contre la stigmatisation** sont essentielles : accompagner la santé mentale, la santé sexuelle et la communication du diagnostic aux partenaires fait pleinement partie du rôle des MG.

La Rédaction

RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT - DENOMINATION DU MEDICAMENT SINUTAB® 500/30 mg comprimés et SINUTAB FORTE® 500/60 mg comprimés

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : 1 comprimé contient 500 mg de paracétamol et 30 mg de chlorhydrate de pseudoéphédrine. Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : 1 comprimé contient 500 mg de paracétamol et 60 mg de chlorhydrate de pseudoéphédrine. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. FORME PHARMACEUTIQUE Comprimés INDICATIONS THERAPEUTIQUES Traitement symptomatique de la congestion nasale et des sinus avec maux de tête et/ou de fièvre causés par une infection virale aiguë des voies respiratoires supérieures. Sinutab et Sinutab Forte sont indiqués pour une utilisation chez les adultes et les enfants de plus de 12 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie : Adultes et enfants de plus de 12 ans : Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : 1 à 2 comprimés, 2 à 3 fois

par jour. Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : 1 comprimé, 2 à 3 fois par jour. Un intervalle d'au moins 4 heures doit être respecté entre les prises. La durée du traitement doit être aussi réduite que possible (max. 5 jours) et se limiter à la période durant laquelle les symptômes sont présents. En cas d'infection bactérienne, une antibiothérapie peut s'avérer nécessaire. La quantité maximale quotidienne recommandée de pseudoéphédrine pour les adultes et les enfants de plus de 12 ans est de 240 mg, en prises individuelles n'excédant pas 60 mg toutes les 4 à 6 heures sur une période de 24 heures. Pour les enfants et les adolescents (poids corporel < 50 kg), la dose habituelle de paracétamol est de 15 mg/kg par prise, et de max. 4 prises par jour. L'intervalle entre les prises doit être d'au moins 4 heures. Les doses maximales de paracétamol sont de 15 mg/kg par prise et de 60 mg/kg/jour. Pour les adolescents et les adultes (poids corporel > 50 kg), la dose habituelle de paracétamol est de 500 mg à 1 g par prise, si nécessaire respectivement, à répéter toutes les 4 à 6 heures, jusqu'à 3 g par jour. En cas de douleur plus intense ou de forte fièvre, la dose quotidienne de paracétamol peut être augmentée jusqu'à 4 g par jour. L'intervalle entre les prises doit être d'au moins 4 heures. Les doses maximales de paracétamol sont de 1 g par prise et de 4 g par jour. Pour les adultes qui pèsent moins de 50 kg, la dose quotidienne maximale de paracétamol est de 60 mg/kg/jour. Fonction hépatique diminuée, consommation chronique d'alcool : Chez des patients présentant une fonction hépatique diminuée, la dose doit être réduite ou l'intervalle entre les doses doit être prolongé. La dose quotidienne de paracétamol ne peut pas être supérieure à 2 g dans les situations suivantes : Insuffisance hépatique, Syndrome de Gilbert (ictère non hémolytique héréditaire), Consommation chronique d'alcool. Insuffisance rénale : En cas d'insuffisance rénale modérée à sévère, la dose doit être réduite :

Filtration glomérulaire	Dose de paracétamol
10 – 50 ml/min	500 mg toutes les 6 heures
< 10 ml/min	500 mg toutes les 8 heures

Personnes âgées : Il n'est pas nécessaire de procéder à une adaptation de dose eu égard aux données pharmacocinétiques. Il convient toutefois de tenir compte du fait que les insuffisances rénales et hépatiques sont plus fréquentes chez les personnes âgées. Mode d'administration : Voie orale. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 ; Patients présentant une insuffisance hépatique sévère, maladie rénale aiguë ou chronique / insuffisance rénale, hypertension sévère ou hypertension non contrôlée ou une affection coronarienne ; Dans le cas d'accidents cérébrovasculaires antérieurs ou de facteurs de risque qui peuvent augmenter le risque d'accident cérébrovasculaire ; L'utilisation concomitante d'IMAO ou l'utilisation d'IMAO au cours des 2 semaines qui précèdent est contre-indiquée en raison du risque de crises hypertensives ou d'hypertermies potentiellement fatales ; En combinaison avec d'autres médicaments sympathomimétiques (effet indirect ou type alpha) avec un effet vasoconstricteur en cas de décongestion, peu importe la méthode d'administration (orale ou nasale), en raison de risques plus importants de vasoconstriction et/ou de crise d'hypertension (cf. aussi 4.5) ; Enfants de moins de 12 ans ; Pendant la grossesse et l'allaitement. EFFETS INDÉSIRABLES Les effets indésirables rapportés lors de l'étude post-marketing sont décrits ci-dessous. Les effets indésirables sont mentionnés avec leur fréquence selon 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). Un certain nombre d'effets indésirables ont été identifiés au cours des études cliniques aux fréquences énoncées ci-dessous. Certains effets indésirables ont cependant été signalés spontanément lors de l'utilisation post-commercialisation. Dans ces cas, aucune fréquence n'a pu être établie sur la base des données disponibles et celle-ci a donc été classée en tant que "fréquence indéterminée". Des réactions indésirables aux médicaments contenant du paracétamol, de la pseudoéphédrine HCl ou une combinaison qui sont constatées au cours de l'étude post-marketing, à l'aide du nombre estimé de cas sur la base des messages spontanés : Affections du système immunitaire : Très rare : réaction anaphylactique, hypersensibilité. Quelques rares cas d'accidents allergiques ont été signalés, prenant la forme d'éruptions cutanées avec érythème ou urticaire et/ou de choc anaphylactique. De très rares cas de thrombocytopénie ont également été signalés. Un œdème de Quincke a été rarement rapporté. Très rarement, des cas de réactions cutanées sévères ont été signalés. Affections psychiatriques : Fréquent : nervosité, insomnie ; Très rare : angoisse, humeur euphorique ; Fréquence indéterminée : hallucination, hallucination (visuelle), impatiences. Affections du système nerveux : Fréquent : étourdissement ; Très rare : céphalée, hyperactivité psychomotrice (dans la population pédiatrique) ; Fréquence indéterminée : dysgueusie, migraine, convulsions, somnolence, accident vasculaire cérébral, Syndrome d'encéphalopathie postérieure

réversible (PRES), Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (RCVS), paresthésie, tremblement. Affections oculaires : Fréquence indéterminée : neuropathie optique ischémique. Affections cardiaques : Très rare : arythmie, palpitations, tachycardie, Fréquence indéterminée : infarctus du myocarde a. Dans des cas rares, des patients ingérant des médicaments comportant de la pseudoéphédrine ont été victimes d'une hémorragie cérébrale. Il s'agissait souvent de patients présentant des facteurs de risque cardiovasculaires ou dans des cas d'overdose ou en combinaison avec des médicaments vasoconstricteurs. Fréquence indéterminée : accidents ischémiques transitoires Affections vasculaires. Parfois : hypertension. Affections gastro-intestinales : Fréquent : sécheresse buccale, nausées. Très rare : maux de ventre, diarrhée, vomissements. Fréquence indéterminée : colite ischémique. Affections hépatobiliaires : Des signes de toxicité hépatique ont été rapportés à la suite de traitements prolongés à doses élevées. La toxicité hépatique peut être potentialisée par l'alcool et les inducteurs des enzymes microsomales. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Très rare : angio-œdème, prurit, éruptions cutanées, éruptions cutanées avec démangeaisons, urticaire, Fréquence indéterminée : érythème pigmenté fixe, pustulose exanthématique aiguë généralisée. Affections du rein et des voies urinaires : Très rare : dysurie, une rétention urinaire a été observée chez des hommes présentant une hypertrophie de la prostate, qui s'est avérée être un facteur prédisposant. Troubles généraux et anomalies au site d'administration : Très rare : sensation de nervosité. Investigations : Très rare : augmentation des transaminases (chez certains patients qui ingèrent des doses de paracétamol selon l'étiquette, de légères augmentations des transaminases peuvent intervenir ; ces augmentations ne s'accompagnent pas d'insuffisance hépatique et disparaissent généralement lors de la poursuite du traitement ou après l'arrêt du paracétamol). a : Ces événements ont été signalés dans de très rares cas après la mise sur le marché. Une récente étude de sécurité post-autorisation (PASS) n'a pas fourni de preuve d'un risque accru d'infarctus du myocarde ou d'accident cérébrovasculaire à la suite de l'utilisation de vasoconstricteurs pour décongestion nasale, y compris la pseudoéphédrine. Les effets indésirables suivants peuvent intervenir lors de la prise de paracétamol : Classes de système d'organes : Affections hématologiques et du système lymphatique : Très rare (<1/10 000) : thrombocytopénie ; leucopénie ; pancytopenie ; neutropénie ; anémie hémolytique, agranulocytose. Fréquence indéterminée : anémie. Affections du système immunitaire : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : réactions allergiques. Très rare (<1/10 000) : réactions allergiques nécessitant un arrêt du traitement. Fréquence indéterminée : choc anaphylactique. Troubles du métabolisme et de la nutrition : Fréquence indéterminée : Acidose métabolique à trou anionique élevé. Affections du système nerveux : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : céphalée. Affections gastro-intestinales : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : maux de ventre ; diarrhée ; nausées ; vomissements ; constipation. Affections hépatobiliaires : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : diminution de la fonction hépatique ; insuffisance hépatique

Produit	PPI
Sinutab® 500/30 mg 15 comp.	8,29 €
Sinutab® Forte 500/60 mg 20 comp.	9,83 €

Sinutab® traite de manière sûre et efficace plusieurs symptômes du rhume et de la grippe.



Symptômes légers

Symptômes sévères

Le rhume et la grippe impactent lourdement le quotidien de vos patients

- Ils affectent les patients **plusieurs fois par an**
- **Les recommandations européennes** suggèrent un traitement symptomatique¹
- Un **médicament combiné** permet de traiter plusieurs symptômes

La pseudoéphédrine, un décongestionnant sûr et efficace



Le PRAC confirme le **profil bénéfice-risque favorable**



Très faible risque de PRES et de RCVS*



Engagez la conversation pour un **traitement adéquat**



De nouvelles études confirment le risque neurologique limité de la pseudoéphédrine^{2,3}

Désormais uniquement sur ordonnance

*PRES = Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome / RCVS = Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome

hépatique nécrose ; hépatite ictère. Très rare (<1/10 000) : hépatotoxicité. Fréquence indéterminée : hépatite. **Affections de la peau et des tissus sous-cutanés** : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : prurit ; rash ; transpiration ; angioedème ; urticaire. Très rare (<1/10 000) : réactions cutanées sévères très rares. **Affections du rein et des voies urinaires** : Très rare (<1/10 000) : pyurie stérile (urine trouble). Fréquence indéterminée : néphropathies (néphrite interstitielle ; nécrose tubulaire) avec utilisation à long terme de doses élevées. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : étourdissements ; malaise. **Lésions, intoxications et complications liées aux procédures** : Rare (≥1/10 000, <1/1 000) : surdosage et intoxication. **Description des effets indésirables sélectionnés** : Acidose métabolique à trou anionique élevé. Des cas d'acidose métabolique à trou anionique élevé due à une acidose pyroglutamique ont été observés chez des patients présentant des facteurs de risque et prenant du paracétamol (voir rubrique 4.4). Une acidose pyroglutamique peut survenir chez des patients en raison des faibles taux de glutathion. **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.notifierunefindesirable.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 Sur prescription médicale TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Kenvue Belgium NV, Michel De Braeystraat 52, 2000 Antwerpen NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Belgique : Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : BE240195, Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : BE240186. Luxembourg : Sinutab 500 mg/30 mg comprimés : Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2003070017, Numéro national 15 comprimés : 0349011, Numéro national 30 comprimés : 0349025, Sinutab Forte 500 mg/60 mg comprimés : Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2003070018, Numéro national : 0349039 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 06/2025. Date de l'approbation du texte : 10/2025 v24.0_B21.1+23.0 *Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.* BE-SIN-2025-267388



L'ENDOMÉTRIOSE

Auteure: D^{re} Marie PUISSANT • Dernière mise à jour: 07/2025
(relecture et validation par le D^r Gabriel CHARAF, CHU Tivoli La Louvière)

E.R.: D^{re} Aurore Girard – SSMG asbl – rue de Suisse 8 – 1060 Bruxelles – 0410.639.602

Généralités	<p>Maladie inflammatoire chronique caractérisée par la présence de tissu semblable à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prévalence: 10-15% des femmes en âge de procréer. Maladie sous-diagnostiquée avec une errance diagnostique d'environ 7-8 ans • La physiopathologie n'est pas encore assez claire
Symptômes	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de symptôme spécifique • Règle des 4 D: <ul style="list-style-type: none"> – Dysménorrhées: douleurs avec impact fonctionnel sur le quotidien des femmes (impossibilité d'aller à l'école, au travail, au sport, de faire des tâches quotidiennes...) – Dyspareunie profonde – Dysurie – Dyschésie • Pas de corrélation entre la taille des lésions et la douleur ressentie
Diagnostic	<p>Si l'anamnèse est évocatrice, on réalisera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • À l'examen clinique: toucher vaginal à la recherche de: <ul style="list-style-type: none"> – Nodules douloureux – Sensibilité à la palpation des ligaments utéro-sacrés ou du cul-de-sac de Douglas – Diminution de la mobilité utérine • Imageries: échographie gynécologique et/ou IRM pelvienne de sensibilités et spécificités différentes. (Pour détecter un kyste ovarien, l'IRM et l'échographie auront chacune une bonne sensibilité et spécificité. Pour l'endométriose superficielle, l'IRM a une mauvaise sensibilité et spécificité et l'échographie aura une bonne sensibilité mais une mauvaise spécificité) --> Un examen d'imagerie négatif n'exclut pas l'endométriose • Si les examens reviennent négatifs mais que la suspicion persiste, une laparoscopie peut être envisagée
Traitement	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun traitement curatif contre l'endométriose • Traitement symptomatique: <ul style="list-style-type: none"> – Antalgiques: AINS – Traitement hormonal: <ul style="list-style-type: none"> > Contraception continue à privilégier > Contraceptifs à base de diénogest, DIU au lévonorgestrel, implants: seraient associés à un meilleur contrôle des dysménorrhées > Analogue de la GnRH: induit une ménopause artificielle (effets secondaires possibles: bouffées de chaleur, prise de poids, diminution de la densité osseuse, atrophie vaginale) > Association d'un antagoniste de la gonadoréline avec estradiol et noréthistérone (Ryeqo®: permettrait de diminuer les effets secondaires liés à la chute d'œstrogènes) > Demande de remboursement doit être faite par le gynécologue > Laparoscopie: élimination des lésions et adhérences



Où référer ?	En cas d'échec du traitement médical, il est important de référer les patientes avec une suspicion d'endométriose vers des spécialistes de la pathologie. Notons qu'à ce jour, les hôpitaux peuvent s'auto-proclamer « clinique d'endométriose » mais à l'avenir, suite au rapport publié par le KCE en avril 2024, les hôpitaux devront respecter un certain nombre de critères afin de devenir des cliniques agréées ou centres d'expertise spécialisés où seraient dispensés des soins multidisciplinaires adaptés à chaque patiente
Place du généraliste, situations cliniques	Le médecin généraliste joue un rôle central et doit être attentif devant des jeunes femmes qui présentent : <ul style="list-style-type: none"> • Des menstruations douloureuses avec notion d'absentéisme scolaire et professionnel à répétition • Des « cystites » à répétition pour lesquelles aucun germe n'est détecté • Un tableau de côlon irritable : <ul style="list-style-type: none"> – Une femme atteinte d'endométriose aura deux fois plus de chance de développer un syndrome de côlon irritable par rapport à une femme non atteinte – Potentielles lésions d'endométriose se trouvant sur le système digestif entraînant constipation, douleur à la défécation, rectorragie, ballonnements intestinal...
Prévention	Une prévention accrue associée à un diagnostic et une prise en charge précoces peuvent ralentir voire stopper la progression naturelle de la maladie, et donc prévenir ses complications, comme l'infertilité ou les douleurs chroniques. Il est donc essentiel pour les médecins généralistes de ne pas banaliser la douleur des patientes et de favoriser un diagnostic rapide. Le tabou autour des règles peut freiner la parole : une affiche en salle d'attente peut aider à ouvrir le dialogue (exemple d'affiches : https://www.toimonendo.com/pour-les-professionnel-le-s-de-la-sant%C3%A9...)

Sources

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). Endométriose [en ligne]. 2025. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis>
2. Smith R, Kaunitz A. Dysmenorrhea in adult females : Clinical features and diagnosis. Kristen Eckler, UpToDate, Wolters Kluwer [consulté Jan 2025].
3. Leroy R, Desimpel F, Ombelet S, De Jaeger M, Benahmed N, Camberlin C, et al. Comment améliorer la prise en charge de l'endométriose en Belgique ? Health Services Research (HSR). Bruxelles. Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2024. KCE Reports 378BS. Disponible sur : https://kce.fgov.be/sites/default/files/2024-04/KCE378B_Comment_ameliorer_la_prise_en_charge_endom%C3%A9triose_Belgique.pdf. DOI : 10.57598/R378BS.
4. ESHRE. Endometriosis Guideline of European Society of Human Reproduction and Embryology [En ligne]. 2022. Disponible sur : <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/Guidelines/Endometriosis-guideline>
5. Butrick CW. Patients with Chronic Pelvic Pain: Endometriosis or Interstitial Cystitis/Painful Bladder Syndrome ? SLS. 2007 Apr-Jun ; 11 (2) : 182-9. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17761077/>
6. Chiaffarino F, Cipriani S, Ricci E, Mauri PA, Esposito G, Barretta M, et al. Endometriosis and irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. Arch Gynecol Obstet. 2021 Jan ; 303 (1) : 17-25. Disponible sur : <https://doi.org/10.1007/s00404-020-05797-8>. DOI : 10.1007/s00404-020-05797-8.



Avec le soutien de



INFORMATIONS ESSENTIELLES 1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Trixeo Aerosphere 5 microgrammes/7,2 microgrammes/160 microgrammes, suspension pour inhalation en flacon pressurisé **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque dose délivrée (mesurée à la sortie de l'embout buccal) contient 5 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté, 9 microgrammes de bromure de glycopyrronium équivalent à 7,2 microgrammes de glycopyrronium et 160 microgrammes de budésonide. Cela correspond à une dose mesurée de 5,3 microgrammes de fumarate de formotérol dihydraté, 9,6 microgrammes de bromure de glycopyrronium équivalent à 7,7 microgrammes de glycopyrronium et 170 microgrammes de budésonide. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 'Liste des excipients' du RCP. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Suspension pour inhalation en flacon pressurisé Suspension de couleur blanche. **4. INFORMATIONS CLINIQUES 4.1 Indications thérapeutiques** Trixeo Aerosphere est indiqué en traitement continu de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta2agoniste de longue durée d'action ou l'association d'un bêta2agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action (voir rubrique 'Propriétés pharmacodynamiques' du RCP pour les résultats obtenus sur le contrôle des symptômes et la prévention des exacerbations). **4.2 Posologie et mode d'administration** **Posologie** La dose maximale recommandée est de deux inhalations deux fois par jour (deux inhalations le matin et deux inhalations le soir). En cas d'oubli d'une prise, la dose doit être administrée le plus rapidement possible et la dose suivante doit être administrée à l'heure habituelle. Ne pas prendre de dose double pour compenser la dose oubliée. **Populations particulières** **Patients âgés** Aucun ajustement posologique n'est nécessaire chez les patients âgés (voir rubrique 'Propriétés pharmacocinétiques' du RCP). **Insuffisance rénale** Chez les patients présentant une insuffisance rénale légère à modérée, ce médicament peut être utilisé à la dose recommandée. Chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère ou terminale nécessitant une dialyse, il ne peut être utilisé à la dose recommandée que si les bénéfices attendus l'emportent sur les risques potentiels (voir rubriques 'Mises en garde spéciales et précautions d'emploi' et 'Propriétés pharmacocinétiques' du RCP). **Insuffisance hépatique** Chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère à modérée, ce médicament peut être utilisé à la dose recommandée. Chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère, il ne peut être utilisé à la dose recommandée que si les bénéfices attendus l'emportent sur les risques potentiels (voir rubriques 'Mises en garde spéciales et précautions d'emploi' et 'Propriétés pharmacocinétiques' du RCP). **Population pédiatrique** Il n'existe pas d'utilisation justifiée de ce médicament chez les enfants et les adolescents (**âgés de moins de 18 ans**) dans l'indication BPCO. **Mode d'administration** Voie inhalée. **Instructions d'utilisation** : Pour une administration satisfaisante du médicament, il est souhaitable que le patient bénéficie d'une démonstration du fonctionnement de l'inhalateur faite par le médecin ou un autre professionnel de santé. Celui-ci devra également s'assurer régulièrement que la technique d'inhalation du patient est correcte. Il sera conseillé au patient de lire attentivement la notice et de suivre les instructions d'utilisation qu'elle contient. Il est important de recommander au patient : de ne pas utiliser l'inhalateur si le sachet de l'agent dessicant, présent à l'intérieur de l'emballage, est endommagé. Pour de meilleurs résultats, l'inhalateur doit être maintenu à température ambiante avant son utilisation ; d'amorcer l'inhalateur en l'agitant bien et en l'acclimatant quatre fois dans l'air ambiant avant la première utilisation ou deux fois lorsque l'inhalateur n'a pas été utilisé pendant plus de sept jours, après un lavage hebdomadaire ou lorsqu'il est tombé ; de se rincer la bouche avec de l'eau sans l'avalier après l'inhalation afin de minimiser le risque de candidose oropharyngée. Lorsque le dispositif Trixeo Aerosphere est déclenché, un volume de la suspension est expulsé de la cartouche pressurisée. Lorsque le patient inhale par l'embout buccal, et déclenche en même temps l'inhalateur, les substances actives contenues dans l'aérosol suivent l'air inspiré jusque dans les voies aériennes. Les patients qui présentent des difficultés à coordonner le déclenchement du dispositif d'inhalation avec l'inspiration peuvent utiliser Trixeo Aerosphere avec une chambre d'inhalation afin d'assurer une administration correcte du produit. Trixeo Aerosphere peut être utilisé avec des chambres d'inhalation telles qu'Aerochamber Plus FlowVu (voir rubrique 'Propriétés

Belgique			
Trixeo Aerosphere® (5/7,2/160 µg/dose)	Prix public TVA incl.	Ticket Modérateur Actif TVA incl.	Ticket Modérateur VIPO TVA incl.
120 doses	€ 63,20	€ 12,50	€ 8,30
3 x 120 doses	€ 163,55	€ 12,50	€ 8,30

EFFICACE POUR VOS PATIENTS
BPCO, PLUS RESPONSABLE
POUR L'ENVIRONNEMENT^{1-6,*}



**TRIXEO
AEROSPHERE®**
(fumarate de formotérol dihydraté,
glycopyrronium et budésonide)
Aérosol, suspension



99.9%

Réduction du Potentiel de réchauffement planétaire (PRP)
vs propulseur actuel¹

- Meilleure qualité de vie^{2,4,8} ➤ Réduction du risque de mortalité (toutes causes)^{2,3,8,9} ➤ Moins d'exacerbations^{1,2,4}

pharmacocinétiques' du RCP). **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 'Liste des excipients' du RCP. **4.4 Effets indésirables** **Résumé du profil de sécurité** Le profil de sécurité est caractérisé par les effets de classe des corticoïdes, des anticholinergiques et des β2mimétiques de chacun des composants de cette association. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients recevant ce médicament étaient des pneumonies (4,6 %), des candidoses orales (3,0%), des céphalées (2,7 %) et des infections des voies urinaires (2,7 %). **Tableau récapitulatif des effets indésirables** Le tableau récapitulatif des effets indésirables est basé sur l'expérience acquise avec ce médicament dans le cadre des essais cliniques ainsi que sur les données concernant chacun des composants. La fréquence de survenue des effets indésirables est définie selon 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) et fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Tableau 1 : Effets indésirables par fréquence et classe de systèmes d'organes ; Infections et infestations ;** Pneumonie Infections des voies urinaires Candidose orale ; Fréquent ; Affections du système immunitaire ; Hypersensibilité ; Peu fréquent ; Angiodème ; Fréquence indéterminée ; Affections endocriniennes ; Signes ou symptômes d'effets systémiques des glucocorticoïdes, par exemple freinage de fonction surrénalienne ; Très rare ; Troubles du métabolisme et de la nutrition ; Hyperglycémie ; Fréquent ; Affections psychiatriques ; Anxiété Insomnie ; Fréquent ; Dépression Agitation Impatience Nervosité ; Peu fréquent ; Trouble du comportement ; Très rare ; Affections du système nerveux ; Céphalées ; Fréquent ; Etourdissements Tremblement ; Peu fréquent ; Affections oculaires ; Glaucome Cataracte Vision trouble (voir rubrique 'Mises en garde spéciales et précautions d'emploi' du RCP) ; Fréquence indéterminée ; Affections cardiaques ; Palpitations ; Fréquent ; Angor Arythmies cardiaques (fibrillation atriale, tachycardie supraventriculaire et extrasystoles) Tachycardie ; Peu fréquent ; Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales ; Dysphonie Toux ; Fréquent ; Bronchospasme Irritation de la gorge ; Peu fréquent ; Affections gastrointestinales ; Nausées ; Fréquent ; Bouche sèche ; Peu fréquent ; Affections de la peau et du tissu sous-cutané ; Eczymoses ; Peu fréquent ; Affections musculosquelettiques et systémiques ; Contractures musculaires ; Fréquent ; Affections du rein et des voies urinaires ; Rétention urinaire ; Peu fréquent ; Troubles généraux et anomalies au site d'administration ; Douleur thoracique ; Peu fréquent. **Description de certains effets indésirables** **Pneumonie** L'étude KRONOS était une étude de 24 semaines conduite chez un total de 1 896 patients présentant une BPCO modérée à très sévère (VEMS postbronchodilatateur moyen lors de la sélection = 50 % de la valeur prédite, écart type [ET] = 14 %), parmi lesquels 26 % avaient présenté une exacerbation de BPCO au cours de l'année précédant l'inclusion dans l'étude. L'incidence des événements de pneumonie confirmés rapportés sur une période allant jusqu'à 24 semaines était de 1,9 % (12 patients) avec Trixeo Aerosphere (n = 639), 1,6 % (10 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté/glycopyrronium (FOR/GLY) MDI 5/7,2 microgrammes (n = 625), 1,9 % (6 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté budésonide (FOR/BUD) MDI 5/160 microgrammes (n = 314) et 1,3 % (4 patients) avec le fumarate de formotérol dihydraté/budésonide Turbuhaler (FOR/BUD) TBH 6/200 microgrammes en ouvert (n = 318). L'étude ETHOS était une étude de 52 semaines conduite chez un total de 8 529 patients (effectif de la population étudiée en termes de tolérance) présentant une BPCO modérée à très sévère et un antécédent d'exacerbations modérées ou sévères au cours des 12 mois précédents (VEMS postbronchodilatateur moyen lors de la sélection = 43 % de la valeur prédite, écart type [ET] = 10 %). L'incidence de pneumonie confirmée était de 4,2 % (90 patients) avec Trixeo Aerosphere (n = 2144), 3,5 % (75 patients) avec fumarate de formotérol dihydraté/glycopyrronium/budésonide (FOR/GLY/BUD) MDI 5/7,2/80 microgrammes (n = 2124), 2,3 % (48 patients) avec FOR/GLY MDI 5/7,2 microgrammes (n = 2125) et 4,5 % (96 patients) avec FOR/BUD MDI 5/160 microgrammes (n = 2136). **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.notifieunefetindesirable.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 **5. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** AstraZeneca AB SE151 85 Södertälje Suède **6. NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/1/20/1498/002 120 doses EU/1/20/1498/003 360 doses (3 inhalateurs de 120 doses) **7. STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale **8. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** 08/2025 Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <https://www.ema.europa.eu> www.inami.be **Références** : 5. Basé sur les notices des autres produits actuellement disponibles sur le marché (date de la dernière consultation : septembre 2025). * TRIXEO AEROSPHERE® est indiqué en traitement continu de la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) modérée à sévère chez les adultes non traités de façon satisfaisante par l'association d'un corticostéroïde inhalé et d'un bêta 2 agoniste de longue durée d'action ou l'association d'un bêta 2 agoniste de longue durée d'action et d'un antagoniste muscarinique de longue durée d'action. Dans l'étude ETHOS de 52 semaines, le critère d'évaluation principal concernant la réduction des exacerbations modérées/sévères a été atteint. TRIXEO AEROSPHERE® (BUD/GLY/FORM MDI) [n=2137] a réduit de manière significative le taux annuel des exacerbations modérées/sévères sous traitement de 24% (IC à 95% : 17, 31 ; p<0,001) par rapport à LABA/LAMA (FORM/GLY MDI) [n=2120] (taux annuels : 1,08 vs 1,42 événements par année/patient) et de 13% (IC à 95% : 5, 21 ; p=0,0027) par rapport à ICS/LABA (BUD/FORM MDI) [n=2131] (taux annuels : 1,08 vs 1,24 événements par année/patient) ; Dans l'étude ETHOS de 52 semaines, l'état de santé spécifique à la maladie évalué par le questionnaire respiratoire de St. George (SGRO) était un critère d'évaluation secondaire. TRIXEO AEROSPHERE® (BUD/GLY/FORM MDI) [n=2076] a présenté une variation par rapport à la valeur initiale du score total SGRO sur 24 semaines par rapport à LABA/LAMA (FORM/GLY MDI) [n=2017] de -1,62 (IC à 95% : -2,27, -0,97 ; p<0,0001) et de -1,38 (IC à 95% : -2,02, -0,73 ; p<0,0001) par rapport à ICS/LABA (BUD/FORM MDI) [n=2056].^{2,8} Dans l'étude ETHOS de 52 semaines, le délai jusqu'au décès (toutes causes confondues) était un critère d'évaluation secondaire. TRIXEO AEROSPHERE® (BUD/GLY/FORM MDI) [n=2137] a présenté une réduction du risque de mortalité par rapport à LABA/LAMA (FORM/GLY MDI) de 49% (HR=0,51, IC à 95% : 0,33, 0,80 ; p non ajusté=0,0035 ; ARR=1,24%). TRIXEO AEROSPHERE® n'a pas réduit de manière significative le risque de décès par rapport à ICS/LABA (BUD/FORM MDI), bien qu'une tendance en faveur de TRIXEO AEROSPHERE® ait été observée (HR=0,72, IC à 95% : 0,44, 1,16 ; p non ajusté=0,1721). La valeur P n'est pas ajustée en raison d'un critère d'évaluation dans la hiérarchie de test de contrôle de l'erreur de type I qui n'a pas atteint la signification.^{3,9} Le pourcentage total de décès de patients dans chaque groupe jusqu'à la semaine 52 inclut était de 1,4% pour TRIXEO AEROSPHERE®, 2,6% pour LABA/LAMA et 1,9% pour ICS/LABA (incluant des données supplémentaires provenant de 354 patients ayant un statut vital incomplet à un an au moment de la fin de l'essai). BUD/FORM MDI Aerosphere® n'est actuellement pas autorisé sur aucun marché. BUD/FORM : budésonide/formotérol fumarate de dihydraté ; ARR : réduction absolue du risque ; IC : intervalle de confiance ; HR : rapport de risque instantané ; ICS : corticostéroïdes(s) inhalé(s) ; LABA : agoniste bêta 2 à longue durée d'action ; LAMA : antagoniste muscarinique à longue durée d'action ; MDI : inhalateur doseur. 1. Ferguson GT, et al. Lancet Respir Med; 6:747-758 (2018) ; 2. Rabe KF, et al. N Engl J Med; 383:35-48 (2020) ; 3. Martinez FJ, et al. Am J Respir Crit Care Med; 203: 553-564 (2021) ; 4. TRIXEO AEROSPHERE®, RCP dernière version (dernière consultation : septembre 2025) ; 5. Aurivillius M, et al. Pulm Pharmacol Ther; 2023; 103:102245 ; 6. Bednarczyk A, et al. Thorax; 2024; 79 (Suppl 2) : A219-A220 ; 7. Smith C, et al. The Earth's energy budget, climate feedbacks and climate sensitivity supplemental material. In: Masson-Delmotte V, et al. Climate change 2021: the physical science basis. 2021. Available from: ipcc.ch/report/ar6/wg1/downloads/report/IPCC_AR6_WGI_Chapter07_SM.pdf (Accessed 7 August 2024) ; 8. Rabe KF, et al. N Engl J Med; 383(1) : 35-48 (2020) Annexe supplémentaire ; 9. Rabe KF, et al. Respir Med; 158: 59-66 (2019). NS ID XL-5643-Revision date-10/2025-LB Local code: 1941

Jambe rouge et douloureuse

par la D^{re} Camille DUBUS*

* Médecin généraliste à
Wezembeek-Oppeem
camille.dubus93@gmail.com

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

Je reçois Madame V., 35 ans, 72 heures après un passage aux urgences, où elle a été traitée par flucloxacilline pour une cellulite. Cependant, l'urgentiste n'était pas convaincu de son diagnostic : en cas d'absence d'amélioration des symptômes, il lui recommandait de venir me voir.

La patiente présente une large éruption érythémateuse, surélevée et douloureuse à la palpation au niveau de la face antérieure du tibia droit. Sur la jambe gauche, je note également quelques éruptions cutanées douloureuses qui sont apparues peu après. La patiente garde un bon état général, elle n'a pas de fièvre mais se plaint de douleurs au niveau de l'articulation du genou gauche.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?

Quelle prise en charge proposez-vous ?

ABSTRACT

We report the case of a patient initially treated for cellulitis, presenting with a painful erythematous plaque on the anterior aspect of the tibia. Clinical evolution pointed toward erythema nodosum, which was confirmed upon examination. This article reviews the main infectious, inflammatory, and drug-induced causes of this panniculitis, as well as its therapeutic management, which is primarily symptomatic and etiological.

Keywords : erythema nodosum, panniculitis.

RÉSUMÉ

Cas clinique d'une patiente présentant une large plaque rouge au niveau de la face antérieure du tibia, et initialement traitée pour cellulite. Il s'agira finalement d'un érythème noueux. Cet article reprend les étiologies de l'érythème noueux et son traitement.

Mots clés : érythème noueux, panniculite.



Réponse

En regardant sa jambe droite de plus près, j'ai plutôt l'impression de visualiser 3 lésions distinctes mais proches les unes des autres, qu'une grande lésion. Le diagnostic d'érythème noueux me semble plus probable. L'érythème noueux est une panniculite ou inflammation du tissu adipeux. Il se caractérise par des nodules ou plaques sous-cutanées rouges. Les lésions sont douloureuses, en relief et fermes, principalement (mais pas que) localisées au niveau des tibias, contrairement aux autres types de panniculites. De la fièvre, une fatigue ou des arthralgies peuvent accompagner les nodules, comme c'est le cas chez ma patiente. Les lésions régressent généralement en 2 à 6 semaines, les lésions anciennes peuvent avoir un aspect ecchymotique.

L'érythème noueux se rencontre plus fréquemment chez les femmes jeunes, entre 25 et 40 ans. Une amie dermatologue me confirme rapidement mon diagnostic : en cas de doute, une biopsie aurait pu être utile.

Les érythèmes noueux (EN) ont plusieurs étiologies possibles :

- infections virales ou bactériennes :
 - le streptocoque bêta-hémolytique est responsable de 10 à 60 % des EN, selon les séries publiées,
 - yersiniose : cause prédominante chez l'enfant ; moins souvent une salmonellose ou une infection à *Campylobacter*,
 - primo-infection tuberculeuse (rarement),
 - exceptionnellement : chlamydiae, toxoplasmose, bartonellose, tularémie, leptospirose, infections par le virus d'Epstein-Barr (EBV), les virus de l'hépatite B, C, le parvovirus B19 et autres infections fongiques ;
- sarcoïdose : responsable de 10 à 20 % des cas, elle touche surtout la femme jeune. Une radiographie doit être effectuée pour rechercher des adénopathies hilaires caractéristiques. Le syndrome de Löfgren associe un érythème noueux, des arthralgies et des adénopathies médiastinales ;
- entéropathie inflammatoire chronique : rectocolite ulcéro-hémorragique (RCUH) ou maladie de Crohn ;
- grossesse (rarement) ;
- maladies hématologiques malignes (rarement) ;
- médicamenteuses : pénicilline, aspirine, sulfamides, oestroprogestatifs... Souvent dans les cas récurrents.

En creusant l'anamnèse, j'exclus des antécédents de maladies systémiques ou de diarrhées chroniques. La patiente n'est pas enceinte, elle n'a pas pris de médicament au cours de ces dernières semaines. Elle m'explique avoir eu un mal de gorge important avec des « points blancs » dans le fond de la gorge 3 semaines auparavant. L'origine streptococcique me semble probable.

Un bilan par biologie clinique, incluant un hémogramme avec CRP, fonction hépatique et rénale, antistreptolysine O (ASLO), fonction thyroïdienne, sérologies virales (HIV et hépatites surtout, vu une possible exposition professionnelle – la patiente est sage-femme) revient négatif.

Un frottis de gorge est parfois utile, ainsi qu'une coproculture à la recherche de *Yersinia*, qui est une étiologie fréquente.

En cas d'érythème noueux idiopathique, un bilan biologique plus approfondi avec une recherche de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (élevée en cas de sarcoïdose par production par les granulomes), lysozyme, FAN, FR, ANCA, ASCA doit être effectué. L'érythème noueux précède parfois de plusieurs années une maladie systémique.

Une radiographie du thorax est effectuée de principe pour exclure une sarcoïdose, celle-ci se révèle négative chez ma patiente.

Le traitement est avant tout étiologique.

Pour soulager la patiente, je lui recommande la prise d'antalgiques (anti-inflammatoires non stéroïdiens) ainsi que de surélever les jambes. Des bas de contention peuvent également l'aider. Lorsque les symptômes sont très invalidants, la colchicine est parfois proposée.

Bibliographie

1. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Dermatologie : l'essentiel. 4^e éd. Paris : Elsevier Masson ; 2021. p. 797-806.
2. Fontaine J. Une éruption douloureuse. *Rev Med Gen*. 2017 oct ; (346) : 23-24. Disponible à : https://www.ssmg.be/images/ssmg/files/RMG/346/RMG346_23-24.pdf (consulté le 11/10/2025).

Dénomination du médicament : Carmenthin® 90 mg/50 mg, capsules molles gastrorésistantes
Composition qualitative et quantitative : Une capsule molle gastrorésistante contient : 90 mg de Mentha x piperita L., aetheroleum (huile de menthe poivrée) et 50 mg de Carum carvi L., aetheroleum (huile de carvi). Excipient à effet notoire : 11 mg de sorbitol, moins de 1 mmol de sodium (23 mg) par capsule. Forme pharmaceutique : Capsule molle gastrorésistante. Capsule molle, ovale, vert clair (environ 7,2 mm x 10,9 mm) contenant une huile incolore à jaunâtre. Indications thérapeutiques : Médicament à base de plantes pour le traitement des troubles gastro-intestinaux, en particulier les spasmes légers, les flatulences, les ballonnements et les douleurs abdominales. Carmenthin® est indiqué chez les adultes et les adolescents à partir de 12 ans. Posologie et mode d'administration : Posologie : Adolescents à partir de 12 ans, adultes et personnes âgées : Une capsule gastrorésistante deux fois par jour. Population pédiatrique : L'utilisation chez les enfants âgés de 8 à 11 ans n'a pas été établie en raison d'un manque de données adéquates. Carmenthin® est contre-indiqué chez les enfants de moins de 8 ans pour des raisons de sécurité. Insuffisance rénale/hépatique : Aucune donnée n'est disponible pour des instructions de dosage en cas d'insuffisance rénale/hépatique. Mode d'administration : Voie orale. Les capsules doivent être avalées en entier avec une quantité de liquide suffisante (par exemple un verre d'eau) au moins 30 minutes avant les repas (de préférence le matin et à midi), car l'enrobage gastrorésistant peut être libéré prématurément lors d'une prise concomitante avec des aliments. Les capsules doivent être avalées en entier : elles ne doivent pas être mâchées, écrasées ni cassées avant de les avaler, afin de garantir que la substance active ne soit pas libérée prématurément. Durée d'utilisation : Les capsules doivent être prises jusqu'à la disparition des symptômes, habituellement endéans 2 à 4 semaines. On conseille au patient de consulter un médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent après 2 semaines. Lorsque les symptômes sont plus persistants, la prise des capsules gastrorésistantes peut être poursuivie pendant des périodes d'une durée maximale de 3 mois par traitement. Contre indications : Hypersensibilité aux substances actives, au menthol ou à l'un des excipients mentionnés. Les patients atteints de maladies du foie, cholangite, achlorhydrie, calculs biliaires et toutes autres affections biliaires. Enfants de moins de 8 ans, pour des raisons de sécurité (contenu de pulégone et de menthofurane). Effets indésirables : Affections gastro-intestinales : Brûlures d'estomac, nausées, éructation, sensation de brûlure périanale. Affections de la peau et du tissu sous cutané / Affections du système immunitaire : Réactions allergiques (par exemple érythème, œdème, prurit). La fréquence est indéterminée. Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Strasse 4, D-76227 Karlsruhe, Allemagne BE548853 Délivrance : Médicament non soumis à prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 07-2024

Dénomination du médicament : Refluthin® arôme menthe ou arôme fruité, comprimés à mâcher. Composition Refluthin® arôme menthe : 1 comprimé à mâcher contient : 450 mg de carbonate de calcium, 50 mg de carbonate de magnésium, 75 mg d'extrait de figuier de Barbarie, sorbitol, amidon de maïs, maltodextrine, huile de menthe poivrée, stéarate de magnésium. Composition Refluthin® arôme fruité : 1 comprimé à mâcher contient : 450 mg de carbonate de calcium, 50 mg de carbonate de magnésium, 75 mg d'extrait de figuier de Barbarie, sorbitol, amidon de maïs, maltodextrine, arôme fruit de la passion, stéarate de magnésium. Indication : Refluthin® est un dispositif médical permettant de soulager rapidement et durablement les brûlures d'estomac et les symptômes d'acidité gastrique. Pour adultes et jeunes à partir de 12 ans. Posologie et administration : Sauf recommandation contraire, les adultes et les adolescents à partir de 12 ans prennent, selon les besoins, un comprimé à mâcher en une seule dose. Un comprimé à mâcher peut être pris jusqu'à 4 fois par jour si nécessaire. Refluthin® est à prendre de préférence une heure après les repas et, en cas de besoin, également avant le coucher ou à n'importe quel autre moment. Les comprimés à mâcher peuvent être sucrés ou non sucrés. Refluthin® peut interagir avec des médicaments administrés par voie orale. Vous devez donc prendre Refluthin® à une ou deux heures d'intervalle de ces médicaments et en informer votre médecin traitant. La durée du traitement ne doit pas dépasser 30 jours. Un médecin doit



EMBALLAGE	CNK	PP (TVA incl.)*
Carmenthin® 42 capsules molles	4172-664	€ 28,82
Carmenthin® 84 capsules molles	4216-180	€ 39,99
Refluthin® 48 comprimés à mâcher au goût de menthe	4420-683	€ 17,85
Refluthin® 48 comprimés à mâcher au goût fruité	4736-724	€ 17,85

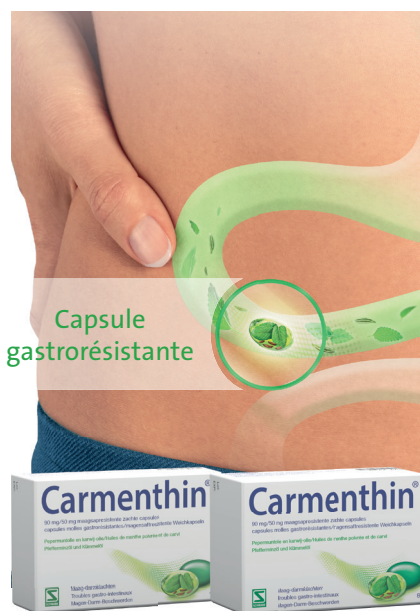
être consulté en cas de persistance des symptômes. En cas de grossesse ou d'allaitement, veuillez consulter votre médecin ou votre pharmacien. Mise en garde pour les diabétiques : 1 comprimé à mâcher contient jusqu'à 0,56 g de sorbitol. Peut avoir un effet laxatif en cas de consommation excessive. Quand Refluthin® ne doit-il pas être utilisé : En cas d'hypersensibilité ou d'allergie à l'huile de menthe poivrée (Refluthin® arôme menthe) ou à l'un des autres composants. En cas

d'intolérance héréditaire (génétique) au fructose. Par les enfants et pré-adolescents en dessous de 12 ans. En cas de problèmes rénaux (par exemple, calculs rénaux, dysfonctionnements rénaux). En cas de concentration de calcium trop élevée dans le sang ou l'urine. En cas de taux de phosphate sanguin trop faible. Avertissements et précautions d'emploi : L'utilisation prolongée de fortes doses peut entraîner une pathologie potentiellement grave nommée syndrome de Burnett (ou syndrome « du lait et des alcalins »). Cette maladie est associée à un taux sanguin de calcium élevé (par exemple, l'hypercalcémie), à une altération de la fonction rénale et, dans certains cas, à une pancréatite. Elle peut se manifester par des besoins fréquents et urgents d'uriner, des maux de tête, une perte d'appétit, des nausées ou des vomissements, une fatigue ou une faiblesse inhabituelle. Par conséquent, il est recommandé de ne pas prendre Refluthin® plus de 14 jours de suite et ne pas dépasser 4 comprimés par jour. Les apports excessifs en calcium doivent être évités, en particulier en cas d'alimentation riche en calcium (par exemple, lait, crème, fromage, yaourt, compléments alimentaires à base de calcium). Si vous prenez un diurétique thiazidique (médicament contre l'hypertension artérielle ou l'insuffisance cardiaque) veuillez au préalable consulter votre médecin traitant. Chez les personnes sensibilisées, le menthol contenu dans l'huile de menthe poivrée peut provoquer des réactions d'hypersensibilité (y compris des difficultés respiratoires). Fabricant : HÄLSA Pharma GmbH, Maria-Goeppert-Straße 5, D-23562 Lübeck. Distributeur en Belgique : Schwabe Pharma Belgium, Prins Boudewijnlaan 7D bte 0301, B-2550 Kontich. Date de mise à jour du texte : 01-2022.

* Les prix indiqués pour les médicaments sont des prix de vente recommandés, TVA comprise, valables à la date d'émission et susceptibles d'être modifiés. Les prix indiqués pour les dispositifs médicaux sont indicatifs et ont été calculés sur la base des règles applicables aux médicaments. Références : 1. Carmenthin [résumé des caractéristiques du produit]. Karlsruhe: Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co.KG; 2024. ; 2. Refluthin [notice]. Lübeck: Hälsa Pharma GmbH; 2022. ; 3. Madisch A, Frieling T, Zimmermann A, Hollenz M, Labenz J, Stracke B, Miehke S. Menthacarin, a Proprietary Peppermint Oil and Caraway Oil Combination, Improves Multiple Complaints in Patients with Functional Gastrointestinal Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Dig Dis. 2023;41(3):522-532 ; 4. Botschuijver S, Welting O, Levin E, Maria-Ferreira D, Koch E, Montijn RC, Seppen J, Hakvoort TBM, Schuren FHJ, de Jonge WJ, van den Wijngaard RM. Reversal of visceral hypersensitivity in rat by Menthacarin®, a proprietary combination of essential oils from peppermint and caraway, coincides with mycobiome modulation. Neurogastroenterol Motil. 2018 Jun;30(6):e13299 ; 5. CBiP. Antiacides [internet]. s.l.: CBiP; s.d. [consulté le 1er juillet 2025]. Disponible sur: <https://www.cbip.be/fr/chapters/4?frag=2626>. SCH rédaction: 2025-12-04 F091

TROUBLES DE L'INTERACTION INTESTIN-CERVEAU ¹

Douleurs abdominales
Spasmes légers
Ballonnements
Flatulences



2 ALTERNATIVES EFFICACES ET SÛRES AUX IPP

- ✓ Pour le traitement des troubles digestifs chroniques ou récurrents tant pour un traitement à court terme qu'à long terme ³
- ✓ Effet positif sur le microbiote et le mycobiote (in vitro) ⁴

ACIDITÉ GASTRIQUE ²

Brûlures d'estomac
Reflux acide
Sensation permanente de lourdeurs d'estomac



- ✓ Avant de démarrer un traitement par IPP pour le reflux ⁵
- ✓ Lors de l'arrêt du traitement par IPP (reflux rebond) ⁵

Smartphones et médecine de demain : au seuil d'une révolution humaniste et éthique

par le Dr Alberto PARADA*

* Médecin généraliste
Responsable de la cellule
E-santé de la SSMG
4983 Basse-Bodeux
alpadoc@gmail.com

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

Le smartphone, devenu un compagnon indispensable, s'est imposé en médecine via les dossiers numériques, les applications de suivi et la télémedecine. Mais l'outil actuel semble primitif comparé au « compagnon numérique » que nous tiendrons en 2035. L'évolution fulgurante de l'IA, des interfaces et des capteurs biomédicaux promet une intégration profonde de cet outil dans l'environnement, la relation médecin-patient et le tissu social. Pour que cette promesse soit acceptable, elle devra être guidée par une vigilance éthique forte et la réaffirmation d'un principe fondateur : la primauté de l'humain.

ABSTRACT

The medical smartphone of 2035, equipped with sensors and AI, promises a revolution in health-care. But its future depends on an ethical imperative: protecting data, providing equitable access and, above all, preserving the human relationship at the heart of care, without which technology becomes an instrument of domination.

Keywords: telemedicine, mobile applications, physician/patient relations, data confidentiality, artificial intelligence.

RÉSUMÉ

Le smartphone médical de 2035, bardé de capteurs et d'IA, promet une révolution sanitaire. Mais son avenir repose sur un impératif éthique: protéger les données, garantir l'équité d'accès et surtout, préserver la relation humaine au cœur du soin, sans laquelle la technologie devient un instrument de domination.

Mots-clés: télémedecine, applications mobiles, relation médecin/patient, confidentialité des données, intelligence artificielle.

Le laboratoire médical de poche

Déjà, les smartphones suivent notre activité physique, notre sommeil et notre fréquence cardiaque. Demain, des capteurs non invasifs miniaturisés permettront de mesurer en continu la glycémie, la saturation en oxygène, les biomarqueurs de stress ou des signatures vocales révélatrices de maladies neurodégénératives. Des recherches montrent que l'analyse de la voix peut détecter précocement la maladie de Parkinson, ou que des photos de lésions cutanées permettent d'identifier un mélanome avec une précision proche de celle des dermatologues. Dans les zones rurales, ces outils pourraient représenter un tournant démocratique.

Mais une question fondamentale se pose: qui contrôle, interprète et valide ces données médicales?

Le médecin augmenté... ou marginalisé?

Pour le médecin généraliste, ces innovations sont une double promesse. Elles pourraient soulager la charge des soins primaires par une meilleure prévention et un suivi patient responsabilisé. Mais elles risquent aussi de déléguer la décision clinique à des algorithmes peu transparents.

Le scénario optimiste est celui du « médecin augmenté », guidé par des assistants numériques analysant des milliers de données, tout en préservant le rôle essentiel du praticien: l'interprétation, le discernement et l'accompagnement humain. Le scénario pessimiste est celui de la déshumanisation: un monde où les patients, monitorés en continu, ne consultent plus que pour valider une recommandation dictée par une IA, réduisant la médecine générale à un simple guichet de validation.

Une éthique de la proximité numérique

Face à ces enjeux, une réflexion éthique urgente s'impose autour de trois axes:

- **Protection des données:** Le smartphone de 2035 renfermera l'ensemble du

capital biologique et psychologique d'une personne. Toute fuite serait catastrophique. La lutte contre le «capitalisme de surveillance» devient une urgence sanitaire.

- **Équité d'accès:** Ces technologies ne doivent pas creuser les inégalités entre populations rurales et urbaines, riches et précaires. Elles doivent être conçues comme des outils de justice en santé.
- **Humanisation:** L'assistant numérique, capable de dialoguer avec empathie, devra être un outil au service du lien médecin-patient, et non un substitut. Le défi est d'éviter que l'émotion simulée par la machine n'étouffe l'empathie réelle du praticien.

Quel avenir pour la médecine générale ?

La médecine générale se trouve à une bifurcation. Soit nous acceptons que les smartphones deviennent l'interface première du soin, avec le risque d'une relation distendue et d'une dépendance aux géants technologiques, soit nous choisissons de les intégrer comme des auxiliaires au service d'un modèle de soins centré sur la personne. Le smartphone de 2035 portera une responsabilité inédite : celle d'entourer en permanence notre intimité biologique et psychologique.

Conclusion : rester médecin avant tout

La question essentielle n'est pas de savoir à quoi ressemblera la technologie mais qui nous serons devenus, médecins et patients, dans ce nouvel écosystème. Si la médecine de demain garde l'humain au centre, le smartphone sera un formidable catalyseur de santé publique. Mais si une logique commerciale et techno-centrée s'installe, nous risquons de transformer cet outil puissant en instrument de domination invisible. Le rôle des médecins sera alors crucial : défendre un usage éclairé et humaniste, et rappeler que derrière chaque donnée se trouve une personne singulière, incarnée et vulnérable. Aucune technologie, aussi puissante soit-elle, ne pourra jamais remplacer ce que résume notre serment : soigner avec humanité.

Bibliographie

1. Arora S, Venkataraman V, Zhan A et al. Detecting speech as a biomarker for early Parkinson's disease. *NPJ Parkinson's Disease*. 2019.
2. Adams J L, Kangarloo T, Tracey B, O'Donnell P, Volfson D, Latzman R D, Zach N, Alexander R, Bergethon P, Cosman J, Anderson D, Best A, Severson J, Kostrzebski M A, Auinger P, Wilmot P, Pohlson Y, Waddell E, Jensen-Roberts S, Gong Y... Parkinson Study Group Watch-PD Study Investigators and Collaborators (2023). Using a smartwatch and smartphone to assess early Parkinson's disease in the WATCH-PD study. *NPJ Parkinson's disease*, 9 (1), 64. <https://doi.org/10.1038/s41531-023-00497-x>
3. Shokrpour S, MoghadamFarid A, Bazzaz Abkenar S, Haghi Kashani M, Akbari M & Sarvizadeh M (2025). Machine learning for Parkinson's disease : a comprehensive review of datasets, algorithms, and challenges. *NPJ Parkinson's disease*, 11 (1), 187. <https://doi.org/10.1038/s41531-025-01025-9>
4. Esteva A, Kuprel B, Novoa R A, Ko J, Swetter S M, Blau H M & Thrun S (2017). Dermatologist-level classification of skin cancer with deep neural networks. *Nature*, 542 (7639), 115-118. <https://doi.org/10.1038/nature21056>
5. Du-Harpur X, Watt F M, Luscombe N M & Lynch M D (2020). What is AI? Applications of artificial intelligence to dermatology. *The British journal of dermatology*, 183 (3), 423-430. <https://doi.org/10.1111/bjd.18880>
6. World Health Organization. *Global report on rural and remote health*. WHO, 2023.
7. Zuboff S (2019). *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*. Profile Books, 2019. ISBN 1782832742, 9781782832744. 691 pp.
8. Bommasani R, Hudson DA, Adeli E et al. On the Opportunities and Risks of Foundation Models. *Stanford HAI*. 2022. <https://arxiv.org/pdf/2108.07258?>
9. Bernstein M S, Levi M, Magnus D, Rajala B A, Satz D & Waeiss Q (2021). Ethics and society review : Ethics reflection as a precondition to research funding. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 118 (52), e2117261118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2117261118>

Trimbow[®]

NEXThaler[®]

Verpakkingen	Publieksprijs (incl. BTW)	Remgeld	Remgeld VT
Single pack (120 dosissen):			
Trimbow [®] 88/5/9 µg inhalatiepoeder	€ 63,84	€ 12,50	€ 8,30
Tripack (3 x 120 dosissen):			
Trimbow [®] 88/5/9 µg inhalatiepoeder	€ 165,20	€ 12,50	€ 8,30

- De enige vaste triple therapie met **extrafijne* formulering** voor uw **COPD-patiënten**.¹

- Scan voor een **staal** en meer informatie.



* MMAD (Mass Median Aerodynamic Diameter) < 2 µm²

1. Trimbow 88/5/9 µg inhalatiepoeder, SmPC 2025. 2. GOLD report 2025.

1922/TCP/Trim/BE/08-2025 - AUG 2025

NAAM VAN HET GENEESMIDDEL: Trimbow 88 microgram/5 microgram/9 microgram inhalatiepoeder. **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** Elke afgegeven dosis (de dosis die uit het mondstuk komt) bevat 88 microgram beclometasondipropionaat, 5 microgram formoterolformaraatdihydraat en 9 microgram glycopyrronium (als 11 microgram glycopyrroniumbromide). Elke afgepaste dosis bevat 100 microgram beclometasondipropionaat, 6 microgram formoterolformaraatdihydraat en 10 microgram glycopyrronium (als 12,5 microgram glycopyrroniumbromide). **Hulpstof met bekend effect:** Elke inhalatie bevat 9,9 mg lactosemonohydraat. Voor de volledige lijst van hulpstoffen, zie rubriek 6.1 van de SKP. **FARMACEUTISCHE VORM:** Inhalatiepoeder. Wit of bijna wit poeder in een witte inhalator (NEXThaler). **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Onderhoudsbehandeling bij volwassen patiënten met matige tot ernstige chronische obstructieve longziekte (COPD) die niet voldoende kunnen worden behandeld met een combinatie van een inhalatiecorticosteroïde en een langwerkende β₂agonist of een combinatie van een langwerkende β₂agonist en een langwerkende muscarineantagonist (voor effecten op het onder controle krijgen van de symptomen en het voorkomen van exacerbaties, zie rubriek 5.1 van de SKP). **DOSERING EN WIJZE VAN TOEDIENING:** **Dosering:** De aanbevolen dosering is twee inhalaties tweemaal daags. De maximumdosering is twee inhalaties tweemaal daags. **Bijzondere populaties:** **Ouderen:** De dosering hoeft niet te worden aangepast bij oudere patiënten (65 jaar en ouder). **Nierfunctiestoornis:** Trimbow kan worden gebruikt bij de aanbevolen dosering bij patiënten met een lichte (glomerulaire filtratiesnelheid [GFR] ≥ 50 tot < 80 ml/min/1,73 m²) tot matige (GFR ≥ 30 tot < 50 ml/min/1,73 m²) nierfunctiestoornis. Gebruik bij patiënten met een ernstige nierfunctiestoornis (GFR < 30 ml/min/1,73 m²) of nierfalen (GFR < 15 ml/min/1,73 m²) dat dialyse vereist, met name indien dit gepaard gaat met een significante daling van het lichaamsgewicht, mag alleen worden overwogen indien het verband worden gebracht met inhalatiecorticosteroïden; spierspasmen (0,4% en 0,2%), die kunnen worden toegeschreven aan de langwerkende β₂agonist en een droge mond (0,4% en 0,5%), dat een typisch anticholinerg effect is. Zo ook werd droge mond meld bij 2 patiënten (0,6%) met Trimbow inhalatiepoeder. Bij astmatische patiënten bestaat de neiging tot clustervorming van de bijwerkingen tijdens de eerste 3 maanden na het instellen van de behandeling en komen de bijwerkingen minder vaak voor bij langduriger gebruik (na een behandeling van 6 maanden). **Lijst van bijwerkingen:** Bijwerkingen die in verband worden gebracht met beclometasondipropionaat/formoterol /glycopyrronium die optreden tijdens klinische onderzoeken en ervaring na het in de handel brengen, alsmede bijwerkingen die worden vermeld voor de in de handel verkrijgbare afzonderlijke componenten, worden hieronder vermeld, onderverdeeld naar systeem/orgaanklasse en frequentie. De frequenties worden als volgt gedefinieerd: zeer vaak (≥ 1/10); vaak (≥ 1/100, < 1/10); soms (≥ 1/1.000, < 1/100); zelden (≥ 1/10.000, < 1/1.000); zeer zelden (< 1/10.000) en niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald). **Infecties en parasitaire aandoeningen:** Vaak: Pneumonie (bij COPD-patiënten), faryngitis, orale candidiasis, urineweginfectie¹, nasofaryngitis¹. Soms: Rash¹, orale schimmelinfectie, orofaryngeale candidiasis, slokdarmcandidiasis, (oro)faryngitis door schimmels, sinusitis¹, rinitis¹, gastroenteritis¹, vulvovaginale candidiasis¹. Zelden: Infectie van onderste luchtwegen (door schimmels). **Bloed en lymfestelselaandoeningen:** Soms: Granulocytopenie¹. Zelden: Trombocytopenie¹. **Immuunsysteemaandoeningen:** Soms: Dermatitis allergisch¹. Zelden: Overgevoelighedsreacties, waaronder erytheem, oedeem van lippen, gezicht, ogen, en farynx. **Endocriene aandoeningen:** Zelden: Bijniersuppressie¹. **Voedings- en stofwisselingsstoornissen:** Soms: Hypokaliëmie, hyperglykemie. Zelden: Verminderde eetlust. **Psychische stoornissen:** Soms: Rusteloosheid¹. Frequentie niet bekend: Psychomotorische hyperactiviteit¹, slaapproblemen¹, angst¹, depressie¹, agressie¹, gedragsveranderingen (voornamelijk bij kinderen)¹. Zelden: Insomnia. **Zenuwstelselaandoeningen:** Vaak: Hoofdpijn. Soms: Tremor, duizeligheid, dysgeusie¹, hypoesthetie¹. Zelden: Hypersomnie. **Oogaandoeningen:** Frequentie niet bekend: Gezichtsvermogen wazig¹ (zie ook rubriek 4.4 van de SKP). Zelden: Glaucoom¹, cataract¹. **Evenwichtsorgaan en ooraandoeningen:** Soms: Otsalpingitis¹. **Hartaandoeningen:** Soms: Atriumfibrillatie, elektrocardiogram QT verlengd, tachycardie, tachyarritmie¹, hartkloppingen. Zelden: Angina pectoris (stabiel¹ en onstabiel¹), extrasystolen (ventriculair¹ en supraventriculair), nodaal ritme, sinusbradycardie. **Bloedvataandoeningen:** Soms: Hyperemie¹, overmatig blozen¹, hypertensie. Zelden: Extravasatie. **Ademhalingsstelsel, borstkas en mediastinum-aandoeningen:** Vaak: Dysfonie. Soms: Astmatische crisis¹, hoesten, productieve hoest¹, keelirritatie, bloedeus¹, faryngeaal erytheem. Zelden: Paradoxaal bronchospasme¹, exacerbatie van astma, orofaryngeale pijn, farynxontsteking, droge keel. Zelden: Dyspneu¹. **Maagdarmstelselaandoeningen:** Soms: Diarree¹, droge mond, dysfagie¹, nausea, dyspepsie¹, branderig gevoel van de lippen¹, tandcaries¹ (afteuze) stomatitis. **Huid en onderhuidsaandoeningen:** Soms: Rash¹, urticaria, pruritus, hyperhidrose¹. Zelden: Angioedeem¹. **Skeletspierstelsel en bindweefsel-aandoeningen:** Soms: Spierspasmen, myalgie, pijn in extremiteit¹, skeletspierstelsel borstpijn¹. Zelden: Groeivertraging¹. **Nier en urinewegaandoeningen:** Zelden: Dysurie, urineretentie, nefritis¹. **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Soms: Vermoeidheid¹. Zelden: Asthenie. Zelden: Oedeem perifeer¹. **Onderzoeken:** Soms: Creatiefte proteïne verhoogd¹, bloedplaatjestelling verhoogd¹, vrije vetzuren verhoogd¹, bloedinsuline verhoogd¹, bloedsuiker verhoogd¹, cortisol verlaagd¹. Zelden: Bloeddruk verhoogd¹, bloeddruk verlaagd¹. Zelden: Botdichtheid verlaagd¹. **Bijwerkingen gemeld in de SPC van ten minste een van de afzonderlijke componenten, maar niet waargenomen als bijwerkingen in de klinische ontwikkeling van Trimbow.** Van de waargenomen bijwerkingen treden de volgende doorgaans op bij: Beclometasondipropionaat: Pneumonie, orale schimmelinfecties, infectie van de onderste luchtwegen door schimmels, dysfonie, keelirritatie, hyperglykemie, psychische stoornissen, cortisol verlaagd, wazig zien. **Formoterol:** Hypokaliëmie, hyperglykemie, tremor, hartkloppingen, spierspasmen, elektrocardiogram QT verlengd, bloeddruk verhoogd, bloeddruk verlaagd, atriumfibrillatie, tachycardie, tachyarritmie, angina pectoris (stabiel en instabiel), ventriculaire extrasystolen, nodaal ritme. **Glycopyrronium:** Glaucoom, atriumfibrillatie, tachycardie, hartkloppingen, een droge mond, tandcaries, dysurie, urineretentie, urineweginfectie. **Melding van vermoedelijke bijwerkingen:** Het is belangrijk om na toelating van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, www.fagg.be, Afdeling Vigilantie. Website: www.eenbijwerkingmelden.be, e-mail: adr@fagg-afmps.be. **HOUDER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A, 43122 Parma, Italië. **NUMMER(S) VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** EU/1/17/1208/010 - EU/1/17/1208/011 - EU/1/17/1208/012. **AFLEVERINGSWIJZE:** Op medisch voorschrift. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 13/02/2025. Gedetailleerde informatie over dit geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau <http://www.ema.europa.eu>.

par la Dr^e Caroline MICHOT

médecin généraliste

contactRMG@ssmg.be

Recommandations de prévention chez les personnes transgenres

Le terme « transgenre » s'emploie pour une personne dont l'identité de genre ne coïncide pas (ou incomplètement) avec son sexe assigné à la naissance. Les recommandations actuelles de prévention ne prennent pas en compte la diversité des identités de genre. Les professionnel·les de la santé restent également peu formé·es dans ce domaine.

Glossaire des termes essentiels relatifs à la diversité de genre (RMS).

TABLEAU 1		Glossaire des termes essentiels relatifs à de la diversité de genre
Sexe		Fait référence aux attributs biologiques des personnes, comprenant les chromosomes, l'expression génétique, les niveaux et actions des hormones et l'anatomie génitale et sexuelle. Le sexe est généralement défini comme mâle ou femelle mais des variations existent (intersexuation)
Sexe assigné à la naissance		Désigne le sexe identifié à la naissance (le plus souvent selon l'apparence des organes génitaux externes) qui sera ensuite enregistré à l'état civil en tant que F (féminin) ou M (masculin)
Genre		Construction sociale permettant de catégoriser les identités, rôles, expressions et comportements comme féminins, masculins ou ne correspondant à aucune de ces deux catégories
Identité de genre		Fait référence à la conscience individuelle et profonde de son propre genre (par exemple, homme, femme, entre les deux, ni l'un ni l'autre)
Transgenre		Se dit d'une personne dont l'identité de genre ne coïncide pas (ou pas complètement) avec son sexe assigné à la naissance
Femme transgenre		Se dit d'une personne assignée M à la naissance s'identifiant dans le genre féminin
Homme transgenre		Se dit d'une personne assignée F à la naissance s'identifiant dans le genre masculin
Cisgenre		Se dit d'une personne dont l'identité de genre coïncide avec le sexe assigné à la naissance
Non binaire		Se dit d'une personne dont l'identité de genre se situe en dehors de la binarité homme/femme

AVERTISSEMENT

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

Les articles sont disponibles au siège de la SSMG.

Dépistage des cancers

Le dépistage oncologique chez les personnes transgenres doit être basé sur les organes présents (selon les chirurgies réalisées), le recours à une hormonothérapie masculinisante ou féminisante et les antécédents familiaux.

Chez la femme transgenre :

- **cancer du sein** : mammographie tous les 2 ans dès l'âge de 50 ans (+/- échographie mammaire si présence d'une prothèse), risque si hormonothérapie durant plus de 5 ans et selon les antécédents familiaux ;
- **cancer de la prostate** : décision partagée comme chez un homme cisgenre (si prise d'un traitement antiandrogénique ou en cas d'orchidectomie, la prostate régresse de volume et le PSA diminue ; le risque de cancer prostatique est ainsi fortement réduit mais non nul) ;
- **cancer du côlon** : selon les guidelines usuelles (+ si présence d'une colovaginoplastie : examen de la muqueuse en gynécologie).

Chez l'homme transgenre :

- **cancer du sein** : mammographie tous les 2 ans dès l'âge de 50 ans si les seins sont présents (risque rare en cas de mastectomie) ;
- **cancer du col de l'utérus** : suivre les recommandations pour les femmes cisgenres en présence d'un utérus (atrophie de l'endomètre sous testostérone MAIS incidence accrue d'infection à HPV) (+ porter une attention particulière à la confidentialité et au confort de ces personnes lors d'un examen gynécologique) ;
- **cancer ovarien** : échographie (endovaginale ou abdominale/transrectale en cas de vaginectomie) de screening si risque familial ;
- **cancer de la peau** (mélanome) : si phalloplastie, rester vigilant·e car cette chirurgie utilise la peau de la cuisse ou du bras.

Le cancer anal a aussi une incidence plus élevée chez les personnes transgenres en raison des infections HPV plus fréquentes et d'un taux de vaccination moindre.

Santé cardiovasculaire

Au niveau de la santé cardiovasculaire, le risque d'événements semble augmenté chez les personnes transgenres. Les données scientifiques fiables manquent pour évaluer l'effet des hormones sur les événements cardiovasculaires. Les scores de prédiction d'événements cardiovasculaires à 10 ans sont non adaptés à cette population. Il est donc recommandé d'établir un score avant l'hormonothérapie et de tenir compte du sexe assigné à la naissance, du risque individuel et du nombre d'années sous hormones. Le score calcique pourrait être intéressant chez ces personnes.

Concernant l'hypertension artérielle, aucune modification de contrôle n'est recommandée. On ne note pas non plus de différence marquante au niveau de la cholestérolémie totale. Cependant, les hommes transgenres sous testostérone paraissent avoir un profil lipidique moins favorable, sans impact clinique connu à ce jour. Les femmes transgenres sous œstrogènes montrent un profil lipidique variable. La prévalence de tabagisme est accrue dans cette population, il s'agit de prendre en compte la dimension psychosociale dans l'accompagnement au sevrage. La prévention cardiovasculaire des personnes transgenres doit donc comprendre un dépistage systématique des facteurs de stress psychosociaux (discrimination, transphobie...).

Au niveau du surpoids et de l'obésité, les données scientifiques montrent une augmentation de l'IMC sous traitement hormonal, et cela pour les deux genres.

Santé sexuelle

La prévention des infections sexuellement transmissibles doit être basée sur le risque individuel, le type de pratique et les parties du corps impliquées. Les chirurgies d'affirmation de genre ne sont pas systématiques mais doivent être interrogées. Des intervalles de dépistage de 3 mois sont recommandés chez les personnes à haut risque (UCSF Gender Affirming Health Program), avec des prélèvements tenant compte de l'anatomie des organes génitaux (néovagin, col utérin si présent...) et des sites extragénitaux (oropharyngé et anal) selon les pratiques sexuelles. De plus, les traitements hormonaux n'étant pas des moyens de contraception efficaces, il faut discuter du risque de grossesse et du besoin d'une contraception (selon le sexe des partenaires).

Santé osseuse

Un taux d'oestradiol trop faible ou une inobservance au traitement hormonal semblent en lien avec de faibles densités minérales osseuses (DMO). La testostérone n'aurait pas d'impact négatif sur l'os chez les hommes transgenres.

Il est recommandé de mesurer la DMO **avant** l'hormonothérapie en cas de :

- gonadectomie (avant l'initiation des hormones d'affirmation);
- hypogonadisme (sans hormonothérapie);
- autres facteurs de risque : corticothérapie, hyperparathyroïdie...

Il est recommandé de mesurer la DMO **pendant** l'hormonothérapie en cas de :

- DMO basse connue;
- traitement au préalable par supprimeur pubertaire (analogue GnRH);
- non-adhérence ou dosage insuffisant des hormones de substitution;
- projet de stopper les hormones de substitution;
- autres facteurs de risque.

Santé mentale

La population transgenre est sept fois plus vulnérable aux tentatives de suicides que la population cisgenre. On observe des difficultés liées à l'image de soi, à la perception corporelle, à la marginalisation familiale, sociale ou médicale, ainsi que des violences physiques ou verbales.

Un guide de posture pour un accueil adéquat de ces personnes au cabinet a été élaboré (acronyme CASH) :

- C : pour consentement (s'assurer que la personne est d'accord ou pas de répondre à certaines questions, de passer certains examens...);
- A : pour affirmatif (être respectueux de l'autodétermination de la personne, soutenir l'affirmation et l'estime de soi);
- S : pour sécurité (confidentialité, écoute, respect et bienveillance);
- H : pour humilité (reconnaître ses propres limites, encourager les personnes à signaler nos maladresses).

En raison de la vulnérabilité des personnes transgenres, la prévention doit inclure une exploration systématique des facteurs de stress psychosociaux. L'approche doit être basée sur une décision partagée et une évaluation du risque tenant compte de l'affirmation de genre. (CM)^a

Ritz C, Bize R, Zufferey A, Dominicé Dao M. Recommandations de prévention chez les personnes transgenres. Rev Med Suisse. 2024; 20 (880) : 1248-1252.

DOI: <https://doi.org/10.53738/REVMEDE.2024.20.880.1248>

Mots-clés : prévention, dépistage, transgenre.

a. N.D.L.R. : PSMG propose un module de formation « Promouvoir la santé des personnes LGBTQIA+ en médecine générale » : <https://promosante.be/wp-content/uploads/2024/05/Formation-Sante-LGBTQIA.pdf>
L'ASBL Genres Pluriels met à disposition des ressources pour mieux comprendre les questions de santé liées aux personnes transgenres : <https://www.genrespluriels.be/-Sante->.

Un usage détourné

par les Drs Pierre FRANCES*, Lauryne LABROUSSE**,
Noémie NISUS*** et Ulysse COMTE****

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

** Externe
F - 63000 Clermont-Ferrand

*** Interne en médecine Générale
F - 34000 Montpellier

**** Interne en médecine générale
HIA Percy
F - 92140 Clamart

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

Christelle, 43 ans, consulte régulièrement pour un problème d'obésité (poids de 87 kg, taille de 165 cm, IMC à 32).

Elle a essayé différents régimes, avec un succès certain au départ mais, à l'arrêt, elle reprend rapidement le poids perdu.

La consultation de ce jour est motivée par un autre problème. La patiente a perdu près de 5 kg en 15 jours. Elle nous explique se sentir plus agressive. Elle présente des myalgies, une asthénie, ainsi qu'une dyspnée avec des douleurs thoraciques très atypiques. Elle rapporte également avoir eu des réponses incohérentes à certaines questions (cela contrarie énormément son entourage).

Mon examen clinique ne met pas en évidence d'anomalie particulière, uniquement une tension artérielle plus faible qu'à l'habitude (120/70 mmHg).

Compte tenu de ces différents éléments, quelle attitude allez-vous avoir ?

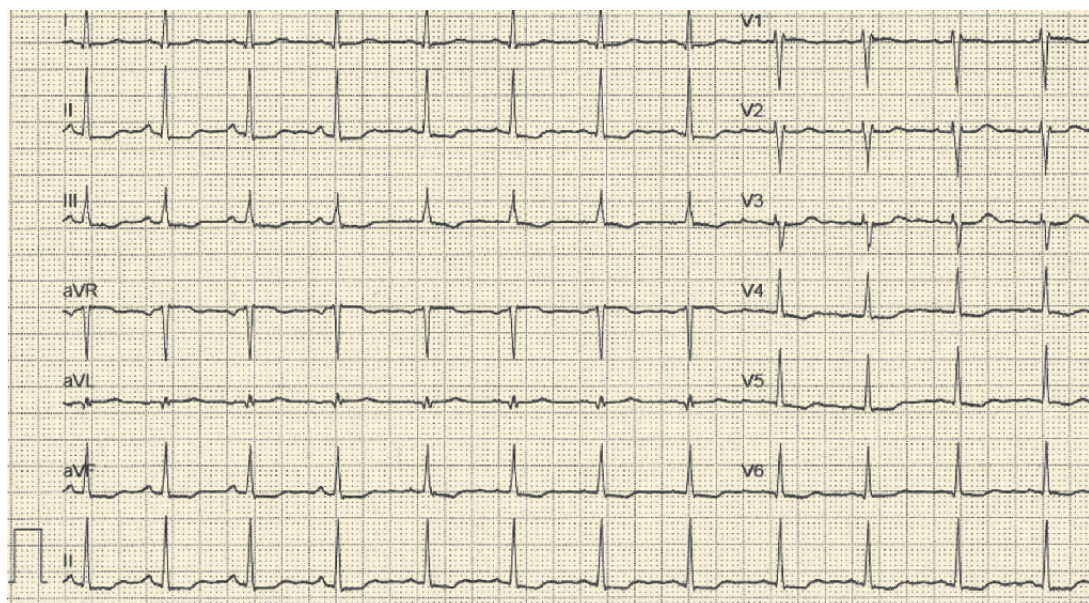
Les manifestations cliniques sont récentes et la perte de poids s'est faite sur un laps de temps assez court.

J'ai questionné ma patiente sur les méthodes employées pour perdre du poids. Cette dernière explique s'être auto-administrée le traitement diurétique prescrit à son père (500 mg de furosémide deux fois par jour depuis 15 jours).

Ayant pris connaissance de ce mésusage thérapeutique, que feriez-vous ?

Les manifestations cliniques présentées par la patiente sont probablement en rapport avec cette automédication. Un bilan biologique comportant un ionogramme et une clairance de la créatinine ainsi qu'un ECG ont été réalisés (voir cliché 1).

Cliché 1.



ABSTRACT

Clinical manifestations of a patient self-medicating for weight loss.

Keywords: hypokalemia, diuretic, self-medication.

RÉSUMÉ

Manifestations cliniques d'une patiente ayant effectué une auto-médication pour perdre du poids.

Mots-clés: hypokaliémie, diurétique, automédication.

Le bilan biologique met en évidence une hypokaliémie à 2,8 mmol/l et l'ECG objective un sous-décalage du segment ST et des ondes T aplaties.

Cette prise de diurétiques à hautes doses a causé une hypokaliémie chez la patiente.

L'hypokaliémie

L'hypokaliémie est un motif fréquent d'hospitalisation (3% à l'arrivée dans un service et 20% au décours d'une hospitalisation).

Un organisme «normal» se caractérise par une concentration en potassium qui avoisine les 50 mmol/L.

90% de l'élimination du potassium est effectuée par le rein, 10% par le tube digestif.

La régulation du potassium extracellulaire (le potassium extracellulaire représente 2% de la quantité totale au niveau corporel) est importante car toute réduction de concentration de potassium est délétère sur la repolarisation des fibres atriales ou ventriculaires.

L'équilibre ionique concernant le potassium est lié à l'insuline, aux agents β adrénergiques, aux minéralocorticoïdes et à la pompe $\text{Na}^+ \text{K}^+ \text{ATPase}$.

L'homéostasie se fait au niveau du tubule terminal du néphron.

La majoration du gradient transcellulaire de potassium (c'est-à-dire la majoration de la différence de concentration en potassium entre l'intérieur et l'extérieur des cellules) est responsable d'une augmentation du potentiel de repos membranaire qui est à l'origine d'une durée de potentiel d'action plus importante et d'une excitabilité myocardique favorisant l'apparition d'une onde U (l'onde U).

On parle d'hypokaliémie pour des valeurs qui sont inférieures à 3,5 mmol/L.

Plusieurs origines sont décrites: transfert potassique du secteur extracellulaire vers le secteur intracellulaire, carence d'apport, pertes rénales ou extra-rénales.

L'hypokaliémie peut être légère (entre 3 et 3,5 mmol/L), modérée (entre 2,5 et 3 mmol/L) ou sévère (inférieure à 2,5 mmol/L).

Cliniquement, les manifestations cliniques sont observées en cas d'hypokaliémie sévère ou chez des patients ayant des pathologies pouvant engendrer ces anomalies ioniques (cas d'une diarrhée d'origine bactérienne, tumeur des surrénales...).

On retrouve alors des anomalies neuromusculaires (myalgies, crampes, syndrome de jambes sans repos et, pour les cas les plus sévères, une tétraparésie), une asthénie, des manifestations psychiques (agitation, confusion), des anomalies respiratoires (dyspnée essentiellement), des troubles digestifs avec une constipation et des manifestations cardiovasculaires.

En ce qui concerne les manifestations cardiovasculaires, les caractéristiques sont fonction de l'importance de l'hypokaliémie.

Il est cependant important de souligner que les modifications électrocardiographiques sont mises en évidence chez 80% des patients ayant une hypokaliémie inférieure à 2,7 mmol/L et chez uniquement 10% de ceux qui ont une kaliémie comprise entre 3 et 3,5 mmol/L.

Pour les hypokaliémies comprises entre 3 et 3,5 mmol/L, on retrouve une réduction de l'amplitude de l'onde T et, dans certains cas, une onde U qui peut dépasser l'onde T. Cependant, l'ECG peut être tout à fait normal.

Pour les hypokaliémies comprises entre 2,7 et 3 mmol/L, on observe une onde T aplatie et une onde U proéminente qui est parfois incluse avec l'onde T (le plus souvent en DIII et V3).

Dans le cas de cette fusion, il est parfois difficile d'identifier l'onde P.

Pour les hypokaliémies en dessous de 2,7 mmol/L, on met en évidence un sous-décalage de ST descendant un peu concave (il est supérieur à 0,5 mm) et une onde U qui fusionne avec l'onde T. Il existe par ailleurs un QT long, ce qui est à l'origine d'un aspect en S italique couché.

Une potentialisation des anomalies ECG peut être objectivée chez les patients:

- qui reçoivent des digitaliques ou de l'amiodarone;
- qui ont un QT long congénital;
- qui ont un bloc auriculo-ventriculaire du 3^e degré;
- qui ont une hypomagnésémie.


Des complications cardiovasculaires peuvent survenir du fait d'une repolarisation retardée (elle survient après une période réfractaire). Ce retard est responsable de foyers automatiques qui peuvent être atriaux ou ventriculaires.

Parmi les troubles conductifs observés, nous avons: une accélération du rythme jonctionnel, des extrasystoles atriales qui peuvent devenir des fibrillations atriales, des extrasystoles ventriculaires, des tachycardies ventriculaires, des torsades de pointe (surtout s'il existe une association bradycardie et hypokaliémie).

Chez certains patients (le plus souvent des jeunes patients d'origine asiatique), on peut retrouver, du fait d'un facteur génétique une tétraparésie brutale (paralysie périodique thyrotoxique ou maladie de Westphall). Cette tétraparésie peut également être liée à l'ingestion de réglisse.

La prise en charge repose dans un premier temps sur l'arrêt du ou des traitements responsables de ce tableau.





Par la suite, en fonction de la sévérité de l'hypokaliémie, le traitement sera différent :

- pour les formes légères ou modérées (cas de notre patiente), une supplémentation orale par du chlorure de potassium oral^a est préconisée ;
- pour les formes sévères, on administre du gluconate de potassium par voie intraveineuse en milieu hospitalier avec parfois une association avec du chlorure de potassium per os.

Pour finir, j'ai sensibilisé la patiente sur les risques du mésusage thérapeutique : dans cette situation, les conséquences auraient pu être fatales. Elle a reçu un traitement per os de chlorure de potassium.

Bibliographie

1. Cez A. Hypokaliémie. La Revue du praticien MG 2025 ; 89 (1094) : 63-65.
2. Palmer BF. Physiology and pathophysiology of potassium homeostasis : Core Curriculum 2019. American Journal of Kidney Diseases 2019 ; 74 (5) : 682-696.
3. Katerinis I, Fumeaux Z. Hypokaliémie : diagnostic et prise en charge. Revue Médicale Suisse 2007 ; 3 : 579-582.
4. Dequiedt P. Rein et potassium. Chapitre 6. Dans : Équilibre hydroélectrolytique. Ed. Lavoisier 2011.

a. Choloropotassuril®, Ultra-K®

Grande Journée WaPi – 07/03/26

ADO 2.0 - GRANDIR, DOUTER, SOUFFRIR ?



Le Dr Salvatore BONSIGNORE, Président de la Commission WaPi, nous présente la GJ WaPi 2026, une matinée de formation consacrée à l'adolescence et aux nombreux défis auxquels les MG sont aujourd'hui confrontés.

Quel sera le thème de cette GJ ?

Salvatore BONSIGNORE : Le thème de cette année est « Ado 2.0 – Grandir, douter, souffrir ? ». Nous souhaitons aborder l'adolescence dans toute sa complexité actuelle, avec ses questionnements identitaires, ses fragilités, mais aussi les nouvelles formes de souffrance que nous rencontrons de plus en plus souvent en consultation.

Pourquoi avoir choisi ce thème ?

Salvatore BONSIGNORE : L'idée est née du témoignage personnel d'un de nos membres. À partir de là, nous avons pris conscience de l'ampleur de la détresse vécue par certain·es adolescent·es et par leurs proches. En tant que médecins généralistes, nous sommes en première ligne mais pas toujours suffisamment outillé·es. Il nous a semblé essentiel de proposer une journée qui nous aide à accueillir ces jeunes avec la sensibilité, les connaissances et les repères nécessaires.

Pouvez-vous nous présenter le programme ?

Salvatore BONSIGNORE : La Grande Journée s'articulera autour de cinq grands thèmes, sous forme d'exposés de 30 minutes suivis de temps d'échanges.

Nous commencerons par un premier volet consacré à l'**identité de genre**, avec une mise au point sur la terminologie à utiliser ou à éviter, les bonnes pratiques, ainsi que les aspects juridiques et législatifs, en collaboration avec l'asbl de référence Genre Pluriel.

Le deuxième thème prolongera cette réflexion en se concentrant sur la **gestion médicale de l'identité de genre** en médecine générale, avec une approche très concrète de la pratique quotidienne.

Nous aborderons ensuite la question du **harcèlement scolaire et du cyberharcèlement**, des situations de plus en plus fréquentes à l'ère des réseaux sociaux, auxquelles les médecins sont confrontés lorsque les parents arrivent en consultation avec des captures d'écran ou des inquiétudes bien réelles.

Le quatrième thème portera sur les **usages problématiques chez les adolescent·es**, qu'il s'agisse des substances, des écrans ou des jeux, avec un focus sur les risques et les leviers d'intervention possibles.

Enfin, la journée se clôturera par un temps fort consacré au **risque suicidaire chez les jeunes**, avec un éclairage sur les signes d'alerte à ne pas manquer, la gestion du risque et les ressources vers lesquelles orienter les patient·es et leurs familles.

Qu'apportera concrètement cette formation aux médecins généralistes ?

Salvatore BONSIGNORE : Ces thématiques font partie de plus en plus souvent de notre réalité de terrain, tant pour les jeunes médecins que pour celles et ceux ayant plus d'années de pratique. L'objectif est d'apporter des outils concrets, des repères clairs et des contacts utiles. Même lorsqu'on n'a pas toujours une réponse immédiate, il est essentiel de savoir orienter correctement les adolescent·es et leurs parents, souvent très démunis face à ces situations.

Un dernier message à faire passer ?

Salvatore BONSIGNORE : Les médecins généralistes sont des acteur·rices de première ligne dans l'accompagnement des adolescent·es. Se former sur ces sujets, c'est mieux comprendre, mieux orienter et mieux soutenir. J'espère que cette Grande Journée permettra à chacun·e de repartir avec des clés concrètes pour sa pratique et le sentiment de ne pas être seul·e face à ces problématiques complexes.

Infos pratiques

La Grande Journée WaPi 2026 se déroulera le 7 mars 2026 au Mont-Saint-Aubert, à l'Hôtel Panoramique Floréal. Accueil dès 8h00.

Les informations détaillées et les inscriptions sont disponibles sur le site de la SSMG :

<https://www.ssmg.be/formation-29937/>

Noé Van Schelvergem

DÉPENDANCES : MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX SOIGNER



La Dr^e Florence FRANCESCHINI nous présente la Grande Journée Bruxelles & Brabant wallon 2026, consacrée cette année à un thème aussi fréquent que complexe en médecine générale : les dépendances.

Quel sera le thème de cette Grande Journée ?

Florence FRANCESCHINI : Le thème retenu cette année est celui des dépendances, sous le titre : « Dépendances – mieux comprendre pour mieux soigner ».

Pourquoi avoir choisi ce thème en particulier ?

Florence FRANCESCHINI : C'est un sujet que l'on aborde finalement assez peu, alors qu'il traverse de nombreux aspects de notre pratique. On pense souvent spontanément à l'alcool ou aux drogues mais les dépendances concernent aussi les médicaments, les écrans ou encore les réseaux sociaux. Nous nous sommes rendu compte qu'il y avait beaucoup de manières d'aborder ce thème et qu'il méritait une journée entière pour prendre le temps de le comprendre.

Sous quel angle allez-vous aborder les dépendances lors de cette journée ?

Florence FRANCESCHINI : Nous commencerons par une introduction qui rappellera brièvement la physiopathologie des dépendances. Nous prendrons aussi un peu de recul en abordant la question d'un point de vue sociétal, tant sur le regard de la société que sur celui que nous portons, en tant que médecins généralistes, sur les assuétudes. Ensuite, la journée s'articulera autour de plusieurs sous-thèmes très concrets.

Pouvez-vous nous présenter le programme ?

Florence FRANCESCHINI : La journée sera structurée autour de cinq grands thèmes.

Nous aborderons d'abord les **dépendances et l'adolescence**, une période charnière de la vie, avec un focus particulier sur les addictions aux écrans et aux réseaux sociaux.

Un autre temps sera consacré aux **comorbidités somatiques des assuétudes**, afin de mieux comprendre les impacts physiques des différentes consommations et le rôle du médecin généraliste en matière de prévention, de dépistage et d'accompagnement.

Nous parlerons ensuite du **sevrage alcoolique ambulatoire**, avec des outils très pratiques pour organiser un sevrage à domicile, identifier les situations qui le permettent et celles qui nécessitent une orientation vers l'hôpital.

Enfin, un volet important sera dédié aux **addictions médicamenteuses**, en abordant l'usage et le mésusage des médicaments, notre rôle dans la prescription et la déprescription, ainsi que la prise en charge concrète de ces dépendances, notamment pour des molécules fréquemment rencontrées en médecine générale.

Quels sont les objectifs de cette GJ ?

Florence FRANCESCHINI : L'objectif principal est que les médecins généralistes soient mieux informés et plus à l'aise face aux problématiques de dépendance, afin de mieux accompagner leurs patient·es. C'est un thème que l'on connaît parfois mal ou auquel on hésite à se confronter. Cette journée vise aussi à lever certaines stigmatisations et à changer notre regard sur ces situations pour pouvoir proposer un accompagnement plus adapté, que ce soit vers un sevrage ou une diminution de consommation, en fonction des objectifs du·de la patient·e.

Un dernier mot ?

Florence FRANCESCHINI : J'espère que cette journée permettra d'ouvrir des perspectives, d'apporter des éléments nouveaux et parfois moins attendus, mais aussi de prendre du recul sur nos pratiques. L'idée est de ne pas rester uniquement dans une approche scientifique mais aussi de réfléchir à notre posture, à la manière dont nous accompagnons ces patient·es et à la façon dont nous pouvons encore améliorer nos prises en charge.

Infos pratiques

La Grande Journée de Bruxelles & Brabant wallon aura lieu le 28 mars 2026 de 13h00 à 17h00 dans l'Auditoire de Woluwé – Central E. Toutes les informations ainsi que les inscriptions sont disponibles sur le site de la SSMG :

<https://www.ssmg.be/formation-29923/>

La Grande Journée sera suivie de l'Assemblée Générale statutaire de la SSMG, ouverte à tous ses membres.

Noé Van Schelvergem

La Semaine SSMG 2026

UN FORMAT QUI SÉDUIT TOUJOURS AUTANT



La nouvelle édition de la Semaine SSMG se déroulera cette année à La Rochelle. Pour comprendre ce qui attend les participant-es, nous avons rencontré la Dr^e Catherine LIETAER, responsable de l'organisation.

Comment va se dérouler cette Semaine SSMG ?

Catherine LIETAER : La Semaine se déroule sur cinq jours, avec une arrivée le dimanche soir et un départ le vendredi matin. Cette formule plaît beaucoup car elle permet de profiter d'une formation dense, tout en préservant les week-ends pour la vie privée. La Semaine comptera trois journées complètes de congrès : lundi, mardi et jeudi. Chaque journée suit le même rythme : deux cours de type magistral de 8h30 à 10h30, un atelier de 11h à 13h, puis un second atelier de 18h à 20h. Les après-midis sont laissés libres afin de permettre aux participant-es de profiter de la région. Le mercredi est libéré entièrement pour organiser des visites. Comme chaque année, des animations jalonnent la Semaine : une soirée quiz le mardi soir ainsi qu'une grande soirée de gala le jeudi, qui marque la clôture du congrès. Nous organisons aussi un challenge photo tout au long de la Semaine, dont les résultats sont dévoilés lors de la soirée finale.

Où aura lieu cette édition 2026 ?

Catherine LIETAER : L'événement aura lieu à La Rochelle, dans un cadre particulièrement agréable. Nous logerons à l'hôtel Mercure Vieux-Port, idéalement situé : en plein cœur de la ville, à proximité immédiate du port historique, des rues commerçantes, des activités touristiques.

Quel est le public cible de cette Semaine ?

Catherine LIETAER : C'est un public très varié, et c'est l'une des forces de la formule. Nous avons des habitué-es fidèles qui reviennent depuis des années mais également beaucoup de jeunes médecins. Un autre atout majeur : en une seule semaine, les participant-es obtiennent l'ensemble de leurs points d'accréditation. En combinant cette Semaine et les deux Glems obligatoires, ils et elles atteignent les 20 points nécessaires pour l'année. Nous avons conscience que tout le monde n'a pas la possibilité financière ou logistique de se déplacer. Pour cette raison, nous déclinons le même contenu lors des « Entretiens de la SSMG » en septembre et octobre, organisés sur deux week-ends. Là aussi, les participant-es peuvent obtenir la totalité des points d'accréditation.

Combien de participant-es attendez-vous ?

Catherine LIETAER : Nous limitons généralement le nombre à 120 congressistes, sans compter les orateurs, modérateurs et accompagnant-es. Les inscriptions viennent d'ouvrir et une réduction de 100 € par personne est accordée aux « early birds » qui s'inscrivent avant le 31 janvier.

Le programme est-il déjà établi ?

Catherine LIETAER : Oui, nous avons fixé les six thèmes principaux. Les cours magistraux seront en cohérence directe avec les sujets des ateliers.

Le bon usage des antibiotiques – avec le Dr Philippe Clevenbergh (Hôpital Brugmann, Bruxelles)

Les pathologies endocriniennes hors diabète – avec la Dr^e Clotilde Saïe (Arlon)

Les urgences pédiatriques – avec le Pr Thierry Detaille (Cliniques Saint-Luc, Bruxelles)

Déprescrire en santé mentale – avec le Dr Lou Richelle et le Dr Sébastien Varetto (ULB)

Hépatologie – avec le Pr Christian Moreno (Hôpital Erasme)

La gestion non médicamenteuse des douleurs chroniques – avec Guillaume Hage (kinésithérapeute, Clinique de la Douleur Saint-Luc), qui sera préparé en collaboration avec la Pr Anne Berquin et le Pr Étienne Pendeville.

Ce choix thématique se base sur un sondage réalisé chaque année auprès des participant-es. Nous retenons les sujets les plus demandés mais aussi ceux pour lesquels la médecine générale dispose d'une réelle capacité d'intervention. L'objectif est de proposer des thèmes qui permettent véritablement de modifier la pratique : il ne s'agit pas seulement d'acquérir des connaissances mais aussi d'être en mesure de les appliquer au cabinet.

Un dernier mot ?

Catherine LIETAER : La Semaine SSMG est vraiment un moment privilégié : un temps de formation approfondie mais aussi d'échanges, de rencontres et d'inspiration. Le cadre exceptionnel de La Rochelle apporte une dimension supplémentaire. Nous espérons accueillir cette année encore une belle diversité de médecins, dans une ambiance chaleureuse et stimulante.

Infos pratiques :

La Semaine SSMG aura lieu du 12 au 17 avril 2026. Les informations et les inscriptions sont disponibles sur notre site web :

<https://www.ssmg.be/formation-29889/>

Noé Van Schelvergem

MANIFESTATIONS SSMG 2026

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

samedi 7 mars

Grande Journée «Ado 2.0 – Grandir, douter, souffrir ?»

organisée par la commission WaPi

samedi 28 mars

Grande Journée «Dépendances : mieux comprendre pour mieux soigner»

organisée par la commission de Bruxelles

du dimanche 12 au vendredi 17 avril

Semaine de la SSMG

organisée par le Pôle formation

samedi 12 & dimanche 13 septembre

Entretiens de la SSMG – 1^{er} WE

organisés par le Pôle formation

samedi 19 septembre

Congrès national

organisé par la SSMG et Domus Medica

samedi 26 septembre

Grande Journée

organisée par la commission de Charleroi

samedi 3 octobre

Grande Journée

organisée par la commission du Luxembourg

samedi 10 & dimanche 11 octobre

Entretiens de la SSMG – 2^e WE

organisés par le Pôle formation

samedi 14 novembre

Grande Journée

organisée par la commission de Namur

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 Delobea, 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

SSMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Rédactrice en chef:

D^{re} Laurence DERYCKER

Comité de lecture et de rédaction:

D^{re} Constance AUDET

D^{re} Camille DUBUS

D^r Jimmy FONTAINE

D^{re} Imane HAFID

D^{re} 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:

D^{re} 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:

Plage de Bel Ombre, Île Maurice

© Constance AUDET

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** ».