

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & Infectiologie

6

La tuberculose, cette inconnue

Diagnostic par l'Image

13

**Une auscultation pulmonaire
franchement anormale**

MG & TFE

22

**Quel est le devenir de l'autonomie
chez les patients sous tutelle ?**

Il est **temps** de rentrer votre **dossier Impulseo** !

Vous avez engagé un·e secrétaire ou souscrit à un télésecrétariat en 2025 ?

Demandez un remboursement d'une partie de vos charges !



Les aides Impulseo II et III sont des interventions dans les frais de télésecrétariat ou les charges salariales des médecins travaillant en solo ou en regroupement, que ce soit en Région Wallonne ou Bruxelloise.

Chaque année, vous devez rentrer un dossier entre le 1^{er} janvier et le 31 mai pour la Région Wallonne ou le 30 juin pour la Région Bruxelloise.

Vous êtes dans un cas particulier ? Vous n'avez pas trouvé de réponse à votre question ? Contactez notre coordinatrice Impulseo, Julie, sur impulseo@ssmg.be. Elle vous répondra avec plaisir !



Dr^e Laurence DERYCKER
Médecin généraliste
l.derycker72@gmail.com

Colère sourde, colère légitime

**Chaque minute
passée à cocher
des cases est une
minute en moins
pour écouter,
examiner, expliquer.**

La colère gronde chez les médecins généralistes. Elle n'est ni passagère ni anecdotique. Elle est le reflet d'un malaise profond, nourri par une accumulation de contraintes administratives, de prescriptions encadrées à l'extrême et d'injonctions parfois déconnectées de la réalité de terrain.

La charge administrative ne cesse de croître. Certificats, formulaires, justificatifs, téléservices multiples : le temps médical se dilue dans un océan de tâches non cliniques. Chaque minute passée à cocher des cases est une minute en moins pour écouter, examiner, expliquer. Cette bureaucratisation progressive du soin transforme le-la médecin en gestionnaire, au détriment de la relation médecin-patient-e, cœur de notre métier.

À cette pression s'ajoute la question de la « remise au travail », l'une des situations les plus complexes auxquelles nous sommes actuellement confronté-es face à des patient-es convaincu-es qu'un retour à l'emploi est impossible même lorsqu'un obstacle médical strict ne l'explique plus. La fatigue persistante, l'anxiété, la perte de confiance, la peur de la rechute ou de ne plus être à la hauteur sont autant d'arguments à prendre en compte. Reconnaître cette souffrance est essentiel. En revanche, valider d'emblée l'idée que la reprise est impossible peut enfermer le-la patient-e dans un statut de malade chronique, difficile à déconstruire.

Le-la généraliste est souvent sommé-e d'être l'arbitre entre impératifs économiques, attentes institutionnelles et réalité médicale individuelle. Évaluer l'aptitude au travail ne peut pourtant se réduire à une logique comptable. Elle exige du temps, de la nuance et une connaissance fine et précise du-de la patient-e, loin des slogans et des raccourcis politiques. La reprise ne se résume pas en un retour « tout ou rien », nous pouvons aider le-la patient-e à penser en termes de capacités résiduelles, par exemple en proposant un temps partiel thérapeutique afin

d'offrir une reprise progressive ; un aménagement de poste ou un changement temporaire voire définitif est parfois possible après discussion avec l'employeur. Cette approche permet souvent de lever l'angoisse liée à une reprise brutale et idéalisée comme insurmontable. Il est important d'expliquer clairement et avec bienveillance que l'arrêt ne peut être prolongé sans justification médicale objectivable. La reprise peut devenir une partie intégrante du projet de soins et participer à une reconstruction identitaire du lien social et surtout à l'estime de soi.

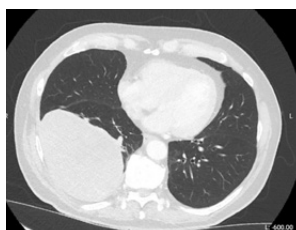
Il est important d'expliquer clairement et avec bienveillance que l'arrêt ne peut être prolongé sans justification médicale objectivable. La reprise peut devenir une partie intégrante du projet de soins et participer à une reconstruction identitaire du lien social et surtout à l'estime de soi.

Les contraintes pesant sur les prescriptions du-de la médecin généraliste traduisent parfois une défiance implicite envers nos compétences. L'exemple du scanner de la colonne lombaire en est emblématique. Entre recommandations, refus de remboursement voilés et pression des patients, le généraliste se retrouve seul, en première ligne, à devoir justifier chaque décision.

Or la médecine ne se pratique pas uniquement selon des algorithmes : elle s'exerce dans un contexte clinique, humain, parfois complexe, où le jugement médical doit rester central. Le renvoi vers une médecine spécialisée déjà extrêmement sous pression sera-t-il vraiment la solution ? N'est-ce pas aussi notre rôle de réaliser la mise au point initiale afin de mieux orienter nos patients ?

Cette colère des généralistes n'est pas un rejet du progrès ni de la responsabilité collective. Elle est un appel à la reconnaissance, à la confiance et au respect de l'expertise clinique. Réduire la médecine générale à une suite d'actes standardisés et contrôlés, c'est fragiliser un pilier essentiel de notre système de santé.

Écouter cette colère, c'est peut-être enfin accepter de redonner au-la généraliste ce dont iel a le plus besoin pour bien soigner : du temps, de l'autonomie et de la considération.



ÉDITORIAL

3

Colère sourde, colère légitime

par la D^{re} Laurence DERYCKER

MG & INFECTIOLOGIE

6

La tuberculose, cette inconnue

par la D^{re} Vinciane SIZAIRE, M^{me} Lilas WEBER, la D^{re} Margaux ARON, M^{me} Gaëlle FONTEYNE et le Dr Ali MOHAMED ADEM

La tuberculose, causée par *Mycobacterium tuberculosis*, demeure une priorité de santé publique mondiale malgré les progrès notables dans la lutte contre cette maladie. En 2023, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que près de 11 millions de personnes ont développé une tuberculose active, dont une grande majorité dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. La Belgique, bien que moins touchée que d'autres régions, reste vigilante et continue d'améliorer ses stratégies de prévention, de dépistage et de traitement, en particulier pour les populations les plus vulnérables.

LIVRE LU

12

La Méditation, c'est bon pour le cerveau

par la D^{re} Caroline MICHOT

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE

13

Une auscultation pulmonaire franchement anormale

par la D^{re} Caroline MICHOT

Monsieur Q, 68 ans, me consulte pour une toux légère présente depuis quelques jours, dans un contexte de virose. À l'auscultation des poumons, je constate une absence de ventilation à la base pulmonaire droite.

MG & PROFESSION

15

Médecine rurale et formation : les maîtres de stage au cœur de l'installation des jeunes médecins

par le Dr Dominique HENRION et le Pr Martin DESSEILLES

La pratique de la médecine générale en milieu rural présente des caractéristiques propres qui la différencient du modèle urbain dominant. En dépit de son importance stratégique dans la lutte contre la désertification médicale, la médecine rurale demeure souvent marginalisée dans les parcours de formation. Cet article vise à explorer le rôle crucial que jouent les maîtres de stage dans l'exposition des futures médecins à la réalité rurale et à démontrer l'effet bénéfique de ces stages sur l'installation dans les zones sous-dotées.

REVUE DES REVUES

18

par la D^{re} Camille DUBUS

LA REVUE
DE LA
MÉDECINE
GÉNÉRALE
430
février
2026

FICHE CELLULE ENVIRONNEMENT

21

Comment réduire son exposition aux polluants obésogènes ?

MG & TFE

22

**Quel est le devenir de l'autonomie
chez les patients sous tutelle ?**

par la Dr^e Nahema CHIBOUT

En Belgique, la mise sous tutelle est une mesure de protection juridique en pleine expansion, notamment en raison du vieillissement de la population. Elle soulève des enjeux médicaux, éthiques et sociaux majeurs. Le médecin généraliste y occupe un rôle clé, souvent sans formation ni outils spécifiques.

PETITE CLINIQUE

27

Un gros bras

par les Dr^s Pierre FRANCES, Nathan FLODROPS, Laureline CECILE
et Sami MANJAOU

Richard, 82 ans, me consulte pour une douleur au niveau de la partie postérieure de son avant-bras droit qui est œdématié. Cette situation fait suite à un traumatisme survenu 4 semaines auparavant (il était monté sur une échelle pour tailler une haie et avait reçu des branchages sur l'avant-bras).

VIE DE LA SSMG

par Noé VAN SCHELVERGEM

NOUVELLE PAGE ÉCHOGRAPHIE SSMG

29

**UNE VITRINE RENOUVELÉE
POUR L'ÉCHOGRAPHIE CLINIQUE EN MG**

La Dr^e Sonia GOUDJIL, membre de la cellule échographie de la SSMG, nous présente la nouvelle page dédiée à l'échographie, entièrement repensée pour mieux refléter l'offre de formation et le travail de la cellule.

FORMATION PONCTIONS & INFILTRATIONS

30

**DES GESTES SIMPLES
POUR UNE AIDE EFFICACE AU CABINET**

Le Dr Jacques VAN DER STRAETEN nous présente la formation « Ponctions et infiltrations », une formation très demandée qui vise à outiller concrètement les MG dans leur pratique quotidienne de première ligne.

AGENDA

31

RÉPONSES AU PRÉTEST

31

La tuberculose, cette inconnue

par la D^{re} Vinciane SIZAI*, M^{me} Lilas WEBER**,
la D^{re} Margaux ARON***, M^{me} Gaëlle FONTEYNE****
et le D^r Ali MOHAMED ADEM*****



* Directrice du FARES
** Cheffe du service de prévention de la tuberculose et des affections respiratoires, FARES
*** Médecin généraliste, membre de PSMG
**** Coordinatrice de l'asbl PSMG coordination@promosante-mg.be
***** Assistant-chercheur à PSMG

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

ABRÉVIATIONS PRINCIPALES:

IT: infection tuberculeuse
TA: tuberculose active
TB: tuberculose
BCG: bacille de Calmette et Guérin
TCT: test cutané à la tuberculine
IGRA: Interferon-Gamma Release Assays
FARES: Fonds des Affections Respiratoires asbl

La tuberculose, causée par *Mycobacterium tuberculosis*, demeure une priorité de santé publique mondiale malgré les progrès notables dans la lutte contre cette maladie. En 2023, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que près de 11 millions de personnes ont développé une tuberculose active, dont une grande majorité dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. La Belgique, bien que moins touchée que d'autres régions, reste vigilante et continue d'améliorer ses stratégies de prévention, de dépistage et de traitement, en particulier pour les populations les plus vulnérables.

Prétest

Vrai Faux

1. Le traitement de l'infection tuberculeuse dure au minimum 6 mois. ☐ ☐
2. 90 % des cas de tuberculose sont détectés de manière passive, d'où l'importance d'une vigilance pour les symptômes dans les groupes à risque. ☐ ☐
3. Les personnes ayant introduit une demande d'asile sont dépistées pour la tuberculose à l'arrivée, donc le risque de tuberculose par la suite est très faible. ☐ ☐

Réponses en page 31.

La tuberculose : un défi persistant

La TB est une maladie infectieuse principalement pulmonaire, mais elle peut affecter presque tous les organes du corps. Elle se transmet par voie aérienne, lors de contacts prolongés avec une personne malade excréant les bacilles tuberculeux. **Les symptômes courants** incluent: une toux persistante, une perte de poids, de la fièvre et des sueurs nocturnes. Cependant, la maladie peut rester asymptomatique pendant des années, rendant le diagnostic et la gestion d'autant plus complexes⁽¹⁾.

ABSTRACT

Tuberculosis remains present in Belgium, particularly among certain risk groups. Its often non-specific symptoms should raise suspicion in these contexts. Treatment lasts at least six months in active disease, and three to six months in latent infection. A comprehensive approach remains essential to ensure effective follow-up.

Keywords: tuberculosis, latent tuberculosis infection, screening, risk groups, poverty.

RÉSUMÉ

La tuberculose reste présente en Belgique, en particulier dans certains groupes à risque. Ses symptômes, peu spécifiques, doivent alerter dans ces contextes. Le traitement dure minimum six mois en cas de maladie, et trois à six mois en cas d'infection tuberculeuse. Une prise en charge globale demeure indispensable pour garantir l'efficacité du suivi.

Mots-clés: tuberculose, infection tuberculeuse, dépistage, groupes à risque, pauvreté.



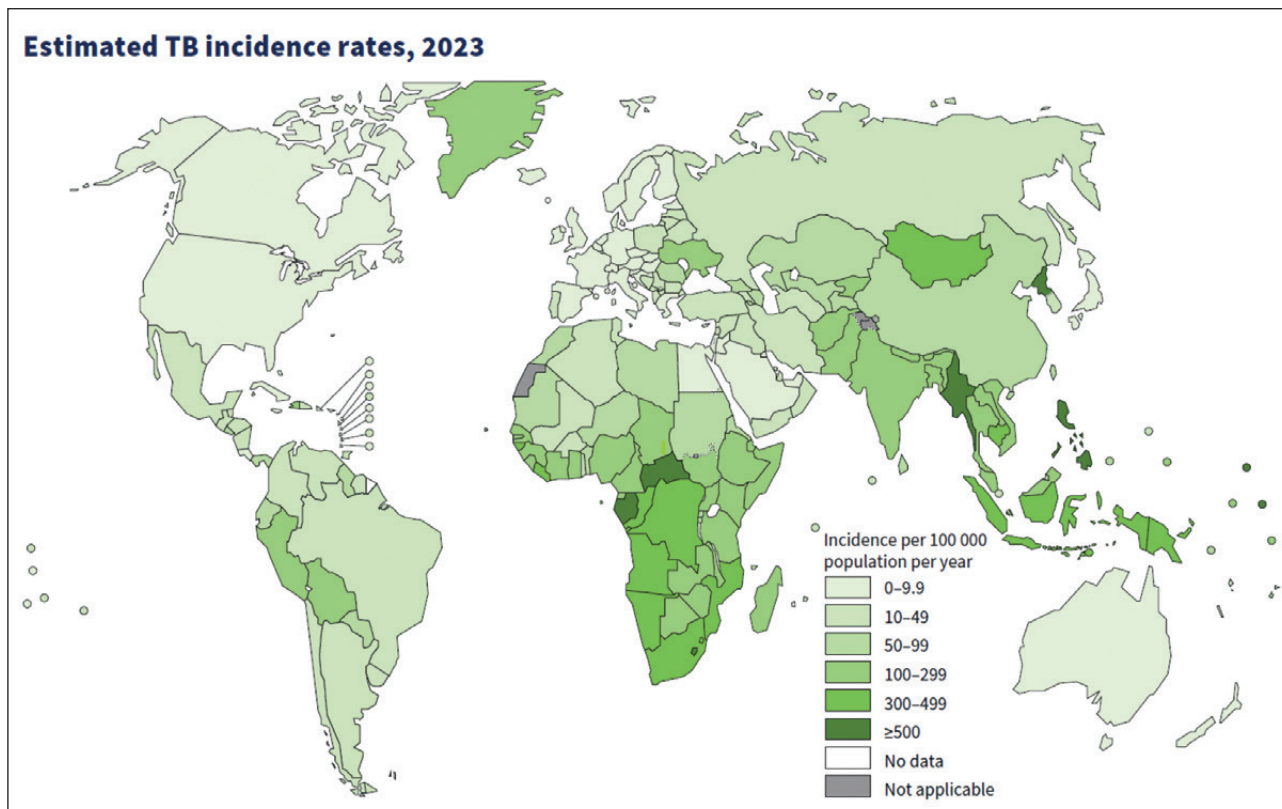


Figure 1. Estimation des taux d'incidence de la tuberculose en 2023⁽³⁾.

En Belgique, le nombre de cas de TA a diminué au cours des dernières décennies, mais **la vigilance reste de mise** car une augmentation des cas a été observée en 2024. Les cas sont particulièrement concentrés chez les personnes arrivées récemment en Belgique d'un pays à haute incidence (ex. : demandeurs et demandeuses de protection internationale = 18% des cas de TB diagnostiqués en Belgique), les personnes sans-abri (20% des cas à Bruxelles) et celles ayant été en contact avec un cas de TB^(2,3). Il faut également ajouter les personnes détenues (2%) ou encore les cas de co-infection VIH (3%)⁽⁴⁾. Toutefois, restant une maladie à transmission aérienne, la TB peut toucher tout individu, en particulier si son immunité est amoindrie.

La lutte contre la TB en Belgique repose sur une approche intégrée incluant la détection précoce, le traitement efficace des cas actifs, le dépistage des contacts et la gestion de l'IT.

Diagnostic de la tuberculose : une étape cruciale

Le diagnostic de la TB repose sur plusieurs méthodes complémentaires, essentielles pour une prise en charge adéquate et limiter la transmission⁽⁵⁾.

- 1. Radiographie de thorax :** en cas de suspicion de TB, une radiographie thoracique sera systématiquement réalisée afin de rechercher une atteinte au niveau pulmonaire (70% des cas).
- 2. Microscopie et culture bactérienne :** la confirmation du diagnostic de TA est souvent basée sur la détection directe du bacille dans les expectorations (tubage gastrique ou aspiration nasopharyngée chez les jeunes enfants) par microscopie, avec coloration de Ziehl-Neelsen. Cependant, la culture bactérienne reste le gold standard, bien que plus longue (plusieurs semaines), elle permet non seulement l'identification du *M. tuberculosis* mais aussi la réalisation du test de sensibilité aux antibiotiques.
- 3. Tests moléculaires rapides :** des avancées technologiques ont permis le développement de tests moléculaires tels que le GeneXpert MTB/RIF, qui détecte en 2 heures la présence d'ADN de *M. tuberculosis* et identifie la résistance à la rifampicine, l'un des principaux médicaments antituberculeux. Ce test est particulièrement utile dans les contextes où la résistance aux médicaments est une préoccupation.
- 4. TCT et tests IGRA :** ces tests sont principalement utilisés dans le cadre du dépistage des contacts, pour diagnostiquer l'IT.

- Le **TCT** (ou intradermoréaction) consiste en l'**injection de tuberculine sous la peau** et la mesure de la réaction cutanée après 48 à 72 heures. Une réaction positive indique une exposition passée ou présente au bacille. La tuberculine est disponible en officine mais vendue par boîte (209,20 €) de 10 flapules (chacune environ 12 TCT). Il est possible de faire appel au FARES pour en obtenir à l'unité. Une flapule ouverte se conserve 1 semaine maximum moyennant des précautions d'asepsie. Les critères d'interprétation sont disponibles dans les recommandations⁽⁶⁾ ou via l'outil en ligne : <http://www.tstin3d.com/fr/calc.html>. Le seuil général pour les contacts chez l'adulte est une induration d'au moins 10 mm. La vaccination au BCG n'est pas une contre-indication (en tenir compte dans l'interprétation).
- Les **tests IGRA** (ex. : Quantiferon®) sont des **tests sanguins mesurant la production d'interféron gamma (IFN γ) par les lymphocytes T** après stimulation par des antigènes spécifiques du bacille tuberculeux. Ils sont particulièrement **utiles pour les populations vaccinées par le BCG** car ils ne sont pas influencés par cette vaccination, contrairement au TCT. On préférera donc les tests IGRA chez les adultes avec un antécédent de vaccination BCG. Les IGRA peuvent compléter le TCT pour un test en deux temps afin d'augmenter la sensibilité ou la spécificité. Dans ce cas, le test doit être fait dans les 72 heures après le TCT ou attendre 3 mois. Le test se réalise via une prise de sang dont le matériel de prélèvement peut différer d'un laboratoire à l'autre – un contact préalable est fortement recommandé. Selon les indications du laboratoire, les modalités peuvent varier : 3 tubes spéciaux sont nécessaires – tube rouge (TB antigène), tube gris (contrôle négatif), tube violet (contrôle positif) – tous doivent contenir 1 ml de sang au minimum, être mélangés par retournement dix fois et être acheminés au laboratoire dans les 16 heures à température ambiante ou 4 tubes verts à faire parvenir au laboratoire avant le vendredi matin. Le test est remboursé – code 555774 – il n'y a pas de ticket modérateur si demandé seul.
- Bien qu'ils soient efficaces pour diagnostiquer l'IT, ni le TCT ni les tests IGRA ne permettent de différencier une infection tuberculeuse d'une tuberculose active. Si l'un de ces deux tests est positif, une radiographie de thorax doit être effectuée pour exclure une infection active et confirmer que l'infection est bien latente.

Traitement efficace des cas actifs

Une fois le diagnostic confirmé, le traitement doit être initié dès que possible. Il comprend une quadrithérapie de deux mois (phase intensive), puis une bithérapie de quatre mois (phase de continuation), avec maintien des deux premiers médicaments uniquement :

- Isoniazide (INH);
- Rifampicine (RMP);
- Ethambutol (EMB);
- Pyrazinamide (PZA).

Un bon suivi du traitement permet d'éviter le risque de résistance aux antibiotiques et d'assurer une guérison dans presque 100 % des cas⁽⁶⁾.

Les effets indésirables à identifier en priorité sont⁽⁷⁾ :

- **INH :**
 - polyneuropathie périphérique;
 - toxicité hépatique (risque > 35 ans);
 - éruption cutanée;
 - syndrome lupoïde;
 - psychose;
 - dépression.
- **RMP :**
 - éruption cutanée, prurit, rash, réaction d'hypersensibilité (rare);
 - troubles gastro-intestinaux;
 - toxicité hépatique (moins importante que pour l'INH);
 - coloration orange des fluides (attention aux lentilles de contact).
- **PZA :**
 - nausées légères et anorexie;
 - hépatite, insuffisance hépatique et hépatotoxicité;
 - arthralgies;
 - hyperuricémie sévère.
- **EMB :**
 - névrite optique rétrobulbaire;
 - réactions d'hypersensibilité cutanée;
 - vertiges, paresthésies, diminution de la sensibilité, neuropathie périphérique, maux de tête, étourdissement et désorientation;
 - nausées, vomissements;
 - toxicité hépatique;
 - hyperuricémie;
 - fièvre;
 - troubles du goût.



Gestion de l'infection tuberculeuse

L'IT, qui touche environ un quart de la population mondiale, est un réservoir silencieux pour la TA. La détection et le traitement de l'IT sont cruciaux pour prévenir la réactivation de la maladie, en particulier chez les personnes à risque, telles que les immunodéprimées, les personnes en provenance de pays à haute incidence et les contacts proches de cas actifs.

Le traitement de l'IT en Belgique repose sur des régimes à base d'isoniazide et/ou de rifampicine, administrés sur une période de trois à neuf mois⁽⁸⁾. Il est envisagé chez toutes les personnes positives mais est recommandé prioritairement chez les personnes qui ont un risque majoré de développer une TB:

- infection récente (virage);
- contacts récents avec une TB contagieuse;
- jeunes enfants;
- présence de facteurs à haut risque de TB comme l'immunodépression.

Bien que ces traitements soient efficaces, leur succès dépend fortement de l'adhésion des patient·es, un défi particulièrement marqué dans les populations vulnérables. Les professionnel·les de santé doivent fournir un soutien constant et une éducation adéquate pour encourager la poursuite du traitement jusqu'à son terme.

Depuis 2025, l'OMS recommande d'utiliser la terminologie d'**infection tuberculeuse**, sans y adjoindre le terme **latente**. En effet, la dichotomie induite par cette appellation ne reflète pas la réalité clinique: la tuberculose s'inscrit plutôt dans un continuum, comprenant des phases de latence, des stades subcliniques ou asymptomatiques, jusqu'aux formes cliniquement manifestes.

Prévention : au cœur de la lutte contre la tuberculose

La prévention de la TB passe par **3 axes essentiels**:

1. **Dépistage ciblé**: le dépistage systématique des populations à risque, notamment les contacts des cas actifs, les personnes demandeuses de protection internationale, les détenu·es, les professionnel·les de santé, les personnes sous traitements immunosuppresseurs et dans certains cas les personnes vivant avec le VIH, permet de détecter précocement les cas d'IT et de TA⁽⁹⁾. Ce dépistage est crucial pour interrompre

la chaîne de transmission. Toutefois, la TB peut se déclarer à tout moment et il est essentiel de rester attentif·ve aux symptômes dans les groupes à risque, même s'ils ont bénéficié d'un dépistage radiologique récent.

2. **Maintien de l'expertise**: la TB étant relativement peu fréquente en médecine générale, il est important d'en parler afin de maintenir une attention pour ses symptômes, particulièrement en présence de groupes ou de facteurs de risque (personnes issues de pays à haute prévalence, immunodéprimées, etc.). Environ 90% des cas de TB sont dépistés passivement, via le·la médecin généraliste ou les urgences, d'où l'importance de la référence en cas de suspicion.
3. **Accompagnement du·de la patient·e**: le traitement de la TA dure au minimum six mois et associe plusieurs antibiotiques. L'adhésion thérapeutique est un enjeu majeur: le·la médecin généraliste occupe une position clé pour accompagner le ou la patient·e tout au long de ce parcours, si nécessaire avec l'appui du FARES. En effet, ses équipes peuvent soutenir la patientèle d'un point de vue médical (pilulier, accompagnement aux consultations, etc.) mais également via diverses démarches sociales, dans une prise en charge holistique de la personne, entre autres via le projet [BELTA-TBnet](#) «qui garantit le remboursement des coûts liés au traitement de la tuberculose qui ne sont pas pris en charge par la mutuelle, le CPAS ou une autre institution sociale»⁽¹⁰⁾.

La vaccination par le **BCG** protège principalement contre les formes graves de TB chez le jeune enfant, elle est réalisée dans les pays à haute incidence mais n'a jamais été systématisée en Belgique⁽¹¹⁾.

En Belgique francophone, le **FARES** est l'asbl de référence pour la surveillance et la prévention de la TB. Elle dispose d'une antenne dans chaque province ainsi qu'à Bruxelles, où une consultation à bas seuil est organisée en partenariat avec l'hôpital Saint-Pierre. Son équipe de personnels infirmiers médico-sociaux expérimentés rencontre les nouvelles personnes atteint·es de TB et les accompagne dans leur parcours thérapeutique lorsque cela s'avère nécessaire. Le FARES assure également le dépistage des contacts et la collecte des données de surveillance, permettant l'élaboration annuelle du registre belge de la TB⁽¹²⁾.

Pour tout renseignement ou pour des formations gratuites: www.fares.be.

Côté flamand, son association sœur est la *Vlaamse Vereniging voor Respiratoire Gezondheidszorg en Tuberculosebestrijding* (VRGT): [Respiratoire Gezondheid](#).

Vers une collaboration renforcée : l'importance du partenariat

La lutte contre la TB nécessite une collaboration étroite entre les différent-es acteurs et actrices de santé publique, les médecins, les patient-es et les communautés. En Belgique, des réseaux de soins spécialisés et des programmes de soutien ont été mis en place pour assurer une prise en charge complète et coordonnée des patient-es atteint-es de TB, tout en respectant leur droit à une information claire et à un consentement éclairé.

L'implication active de la patientèle dans la gestion de sa maladie est encouragée, car elle favorise l'adhésion thérapeutique et améliore les résultats à long terme.

Le FARES veille à lever les obstacles, qu'ils soient sociaux ou médicaux, afin que le traitement puisse rester une priorité et être mené à son terme. Les équipes mobiles vont à la rencontre des patient-es dans leur cadre de vie, y compris en rue lorsque cela s'avère nécessaire. Cette approche repose également sur une collaboration étroite avec de nombreux acteurs et actrices du secteur médico-social, afin de construire autour du patient ou de la patiente un véritable réseau de soutien.

Le rôle de la médecine générale

Le ou la médecin généraliste joue un rôle important dans la prise en charge des personnes atteintes de la TB. En tant qu'acteur et actrice de confiance pour les patient-es, le/la médecin généraliste peut aider au maintien de l'adhésion au traitement, notamment en cas de difficultés et de vulnérabilités psycho-médico-sociales. Une attention particulière doit être portée à la littératie en santé, en tenant compte des croyances, de la culture, de la religion, du handicap, de la langue maternelle et du niveau d'éducation de la personne. La collaboration en réseau entre les médecins généralistes et le FARES favorise une alliance de qualité, bénéfique pour le suivi des patient-es. Consciente de ce partenariat, la patientèle gagnera probablement en confiance.

Recommandations

1. Être vigilant-e face aux symptômes souvent peu spécifiques, mais qui doivent alerter selon le contexte clinique ou en l'absence d'amélioration sous traitement usuel.
2. Identifier les facteurs de risque et intégrer la TB dans le diagnostic différentiel chez la patientèle

concernée (origine d'un pays à haute incidence, précarité sociale, immunodépression, contact avec un cas contagieux...).

3. Prévenir tout risque de stigmatisation en adoptant une communication claire, rassurante et non jugeante.
4. Renforcer l'adhésion thérapeutique grâce à la relation de confiance et au rôle de soutien du/de la médecin généraliste.
5. À Bruxelles, possibilité d'orienter la patientèle suspecte de TB et rencontrant des barrières d'accès aux soins vers la consultation bas seuil du FARES en partenariat avec l'hôpital Saint-Pierre.
6. Solliciter l'appui du FARES en cas de besoin : conseil, dépistage des contacts, soutien et accompagnement du/de la patient-e.

Conclusion

La tuberculose reste un défi complexe nécessitant une approche globale, alliant diagnostic précoce, traitement efficace et prévention rigoureuse. La Belgique, bien que peu affectée par rapport à d'autres régions du monde, continue de jouer un rôle clé dans la lutte contre cette maladie, en adaptant ses stratégies aux besoins spécifiques de sa population. La promotion de la santé, via l'éducation et la sensibilisation, reste un pilier essentiel pour atteindre les objectifs d'élimination fixés par l'OMS. Seule une action concertée et continue permettra de surmonter ce fléau mondial et d'assurer un avenir sans tuberculose.

Réseau et ressources existantes

- Le FARES, [sa page consacrée à la Tuberculose](#) et [sa page à destination des professionnel·les de santé](#).
- [L'OMS et ses ressources sur la Tuberculose](#).
- BELTA/FARES/VRGT, *Belgian Guidelines on the Diagnosis and Management of Latent Tuberculosis Infection, 2025, 2nd edition*, [BELGIAN GUIDELINES ON THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF TUBERCULOSIS INFECTION](#)
- Pour aider à l'interprétation des tests TCT et IGRA, un outil en ligne est disponible : [Interpréter le TCT/TLIG\(IGRA\) en ligne Version 3.0](#).



Promo Santé & MG et le FARES vous proposent 3 fiches *Info Médecin* consacrées à la tuberculose :

- **La tuberculose : Informations générales**, mise à jour en août 2025 ;
- **La tuberculose. Lire les résultats d'un test cutané tuberculinique (TCT)**, mise à jour en juillet 2025 ;
- **Traitement de l'infection tuberculeuse en médecine générale**, publiée en septembre 2025.

Références

1. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Transmission et symptômes [en ligne]. 2025 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : <https://www.fares.be/transmission-et-symptomes>
2. Sciensano. Maladies transmissibles : Tuberculose, Rapport sur l'état de santé [en ligne]. 13 juin 2025 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/maladies-transmissibles/tuberculose>
3. OMS, Organisation Mondiale de la Santé. Global tuberculosis report 2024 [en ligne]. 2024 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7292c91e-ffb0-4cef-ac39-0200f06961ea/content>
4. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Aperçu de la tuberculose en Belgique [En ligne]. Mars 2024 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : https://www.fares.be/sites/default/files/documentation/tbc_aperçu2022_fr_.pdf
5. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Diagnostic IT et TBC [en ligne]. 2025 [cité le 15 janvier 2025]. Disponible sur : <https://www.fares.be/diagnostic-it-et-tbc>
6. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Belgian Guidelines on the Diagnosis and Management of Tuberculosis Infection [en ligne]. 2025 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : https://www.fares.be/sites/default/files/documentation/TBI-guidelines-diagnosis-2025_4tma.pdf
7. CBIP, Centre belge d'information pharmacothérapeutique. Répertoire commenté des médicaments – Antituberculeux [en ligne]. 2022 [cité le 20 janvier 2026]. Disponible sur : <https://www.cbip.be/fr/chapters/16?frag=10314>
8. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Traitement IT et TB [en ligne]. 2025 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : <https://www.fares.be/traitement-it-et-tb>
9. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Dépistage des contacts [en ligne]. 2025 [cité le 15 janvier 2026]. Disponible sur : <https://www.fares.be/dépistage-des-contacts>
10. BELTA-TBnet. Le modèle BELTA-TBnet [en ligne]. 2025 [cité le 17 janvier 2026]. Disponible sur : <https://belta.be/>
11. Sciensano. Surveillance de la santé et des maladies – Tuberculose – Prévention [en ligne]. 2025 [cité le 16 janvier 2025]. Disponible sur : <https://www.sciensano.be/fr/sujets-sante/tuberculose/prevention>
12. FARES, Fonds des affections respiratoires asbl. Registre belge de la tuberculose 2023 [en ligne]. 2025 [cité le 16 janvier 2025]. Disponible sur : <https://www.fares.be/registre-belge-de-la-tuberculose-2023>

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. La tuberculose existe encore bel et bien en Belgique et se concentre dans les groupes à risque : primo-arrivant·es, contact d'un cas de tuberculose, détenu·es et personnes sans-abri.
2. Dans les grandes villes, et en particulier dans les quartiers moins favorisés, le·la médecin doit redoubler d'attention quant à la tuberculose.
3. Le·la médecin généraliste a un rôle crucial dans l'identification des symptômes et la référence des patient·es en présence de facteurs de risque afin de limiter le délai diagnostique et la transmission.
4. La prise en charge de la tuberculose est longue mais le traitement est accessible à toutes et tous, sans barrière financière.
5. En cas de difficultés d'adhésion thérapeutique, il peut être nécessaire de faire appel au personnel médico-social du FARES pour accompagner le ou la patient·e de manière holistique.

La Rédaction

Dénomination du médicament : Tavoforce comprimés pelliculés. Composition qualitative et quantitative : Chaque comprimé pelliculé contient 240 mg d'extrait (sous forme d'extrait sec purifié) de Ginkgo biloba L., folium (feuille de Ginkgo) (35-67:1), correspondant à : 52,8 mg à 64,8 mg de flavonoïdes exprimés en glycosides de flavonol ; 6,72 mg à 8,16 mg de ginkgolides A, B et C ; 6,24 mg à 7,68 mg de bilobalides. Premier solvant d'extraction : acétone à 60 % (m/m). Excipient à effet notoire : sodium. Ce médicament contient moins de 1 mmol (23 mg) de sodium par comprimé pelliculé. Forme pharmaceutique : Comprimé pelliculé ovale, de couleur brun. Dimensions : environ 14 mm de longueur x environ 8 mm de largeur. Indications thérapeutiques : Médicament à base de plantes utilisé pour l'amélioration des troubles cognitifs (liés à l'âge) et de la qualité de

vie chez les adultes atteints de démence modérée. Posologie et mode d'administration : Posologie : Adultes et sujets âgés : Prendre 1 comprimé pelliculé par jour, de préférence le matin. Population pédiatrique : Il n'y a pas d'utilisation pertinente de Tavoforce chez les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans. Insuffisance rénale et/ou hépatique : En raison du manque de données pharmacocinétiques dans ces populations de patients, aucune recommandation posologique ne peut être faite. Mode d'administration : Voie orale. Les comprimés pelliculés doivent être avalés en entier avec une boisson, de préférence un verre d'eau. Ils peuvent être pris indépendamment des repas. Durée d'utilisation : Tavoforce doit être pris en continu pendant au moins 8 semaines. En l'absence d'amélioration des symptômes après 3 mois ou en cas d'intensification des symptômes pathologiques, il faut consulter un médecin. Contre-indications : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Grossesse. Effets indésirables : Les fréquences des effets indésirables sont présentées ci-dessous selon les catégories de fréquence Med-

DRA : Très fréquent ($\geq 1/10$) ; Fréquent ($\geq 1/100$, $< 1/10$) ; Peu fréquent ($\geq 1/1\ 000$, $< 1/100$) ; Rare ($\geq 1/10\ 000$, $< 1/1\ 000$) ; Très rare ($< 1/10\ 000$) ; Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles) Affections hématologiques et du système lymphatique : Fréquence indéterminée : des saignements d'organes individuels (hémorragies oculaires, nasales, cérébrales et digestives) ont été rapportés. Affections du système nerveux : Très fréquent : céphalées. Fréquent : sensations vertigineuses. Affections gastro-intestinales : Fréquent : diarrhée, douleurs abdominales, nausées, vomissements. Affections du système immunitaire : Fréquence indéterminée : des réactions d'hypersensibilité (choc allergique) peuvent survenir. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Fréquence indéterminée : des réactions cutanées allergiques (érythème, œdème, prurit et éruption cutanée) peuvent survenir.



Emballage	CNK	PP (TVA incl.)	€ par jour
Tavoforce® 30 comprimés	3705-019	€ 41,71	€ 1,39/jour
Tavoforce® 60 comprimés	3705-001	€ 73,22	€ 1,22/jour
Tavoforce® 90 comprimés	4103-115	€ 85,83	€ 0,95/jour

sibilité (choc allergique) peuvent survenir. Affections de la peau et du tissu sous-cutané : Fréquence indéterminée : des réactions cutanées allergiques (érythème, œdème, prurit et éruption cutanée) peuvent survenir.

En cas de survenue d'autres effets indésirables non mentionnés ci-dessus, il convient de consulter un médecin ou un pharmacien. Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché : Dr. Willmar Schwabe GmbH & Co. KG, Willmar-Schwabe-Str. 4, 76227 Karlsruhe, Allemagne. BE519244. Délivrance : Médicament soumis à prescription médicale. Date de mise à jour du texte : 08-2024. Références : 1. Expertisecentrum Dementie. wat we ondersteunen: Vlaams dementieplan [Internet]. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw; s.d. [Consulté le 8 décembre 2025]. Disponible sur : <https://dementie.be/wie-zijn-we/beleid/> ; 2. Penn Memory Center University of Pennsylvania Health System. Mild Cognitive Impairment [Internet]. Philadelphia: Penn Memory Center; 2019 [Consulté le 18 septembre 2025]. Disponible sur : <https://penn-memorycenter.org/education-and-support-resources/understanding-mild-cognitive-impairment/> ; 3. Expertise centra Dementie. Feiten en cijfers over dementie [Internet]. Antwerpen: Expertisecentrum Dementie Vlaanderen vzw; s.d. [Consulté le 13

Le risque de développer une démence est de 1 sur 5 ¹



Évolution progressive de la maladie

± 50 % des patients MCI évoluent vers une démence ²

± 238 411 Belges atteints de démence en 2030 ³

RALENTISSEZ LE DÉCLIN COGNITIF AVEC TAVOFORCE® ! ⁴



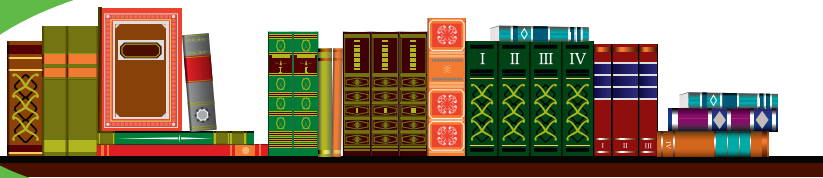
Troubles cognitifs légers ⁴

Maladie d'Alzheimer ⁵

Démence vasculaire ⁵

Démence mixte ⁵

octobre 2025]. Disponible sur : <https://dementie.be/home/themas/prevalentiecijfers-2/> ; 4. Tian J, Shi J, Wei M, Ni J, Fang Z, Gao J, Wang H, Yao H, Zhang J, Li J, Min M, Su L, Sun X, Wang B, Wang B, Yang F, Zou Y, Hu Y, Lin Y, Xu G, Li K, Li L, Zhen H, Xu J, Chen K, Wang Y; CHARM study group. Chinese herbal medicine Qinggongshoutao for the treatment of amnesic mild cognitive impairment: A 52-week randomized controlled trial. *Alzheimers Dement*. 2019 Sep 4;5:441-9. ; 5. von Gunten A, Schlaefke S, Überla K. Efficacy of Ginkgo biloba extract EGB 761® in dementia with behavioural and psychological symptoms: A systematic review. *World J Biol Psychiatry*. 2016 Dec;17(8):622-633. TAV rédaction : 2026-01-13 F003



par la Dr^e Caroline MICHOT

médecin généraliste

carmichot@gmail.com

La Méditation, c'est bon pour le cerveau



C'est quoi, au juste, la méditation ?

*Ce n'est pas planer ou ne penser à rien,
ce n'est pas une religion ou une pratique
réservée aux spécialistes [...]*

Dans ce livre, le Professeur Steven Laureys, neurologue et directeur du Centre du cerveau au CHU de Liège, entre autres, nous décrit les multiples bienfaits de la méditation pour notre corps et notre esprit.

A la suite de l'expérience personnelle traumatisante d'un divorce brutal, il a découvert les pratiques méditatives qui se sont avérées des aides précieuses pour surmonter cette épreuve.

En prenant comme cobaye Matthieu Ricard, moine bouddhiste et expert en méditation, il a pu observer en laboratoire grâce à l'imagerie médicale, les effets très concrets de la méditation au niveau de la structure et de la connectivité de son cerveau : *Si l'on compare les réseaux cérébraux à un réseau d'autoroutes, M. Ricard dispose d'un nombre supplémentaire de voies de circulation et d'un meilleur contrôle de la densité de circulation.*

En améliorant aussi notre bien-être émotionnel et notre sommeil et en agissant sur le ressenti de la douleur, la méditation peut être tout à fait complémentaire à la médecine moderne occidentale.

Grâce à la présentation de différentes méthodes et astuces, le lecteur peut trouver son cheminement personnel et les façons de méditer qui lui conviennent le mieux. Le docteur Laureys explique notamment en détail les différentes techniques de méditation : la méditation de l'attention focalisée, de l'observation ouverte ou la méditation par la respiration que l'on peut pratiquer où et quand on peut ou quand on en ressent le besoin.

D'ailleurs, à ses yeux, *la méditation doit être une manière non contraignante de prendre du recul [...] par rapport à la maladie, la pression, du chaos de la vie quotidienne et des pensées [...].*

Alors pratiquons les exercices simples et efficaces proposés et entraînons notre esprit en vagabondage continu, en l'ancrant dans le moment présent !

La Méditation, c'est bon pour le cerveau • 2024 Odile Jacob •
272 pp. • ISBN : 978-2-7381-4907-7 • 22,90 €



À regarder avec intérêt



Intéressant si aucune autre source bibliographique



D'un intérêt limité à quelques MG



Livre agréable à lire



Livre de qualité moyenne



Livre peu agréable à lire



À recommander en bibliothérapie



Peut être utilisé dans un cadre restreint en bibliothérapie



Non destiné à la bibliothérapie

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



DEXTROMÉTHORPHANE

TOUX SÈCHE



Sans sucre :
convient aux diabétiques



Action rapide
en 15 à 30 minutes



Dès 6 ans



Également pour la nuit

GUAIFÉNÉSINE

TOUX GRASSE



2 goûts



Action rapide



**Dès 12 ans (Menthol)
Dès 6 ans (Miel & Citron)**



Également pour la nuit¹

EXTRAIT DE FEUILLE DE LIERRE

TOUX GRASSE



Sans sucre et sans alcool



100 % naturel



Dès 2 ans



Également pour la nuit²

Sources : 1. Storms & Farrar Cur Allergy & Asthma Rep. 2009;9:101-106; 2. Laekeman Farmaceutisch Tijdschrift voor België. 2018;98(3):10-21.

DENOMINATION DU MEDICAMENT Bronchosedal Dextromethorphan 2 mg/ml sirop

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Bromhydrate de dextrométhorphan 2 mg/ml. Excipients à effet notoire : du parahydroxybenzoate de méthyle (E218) (3,5 mg/5 ml), du parahydroxybenzoate de propyle (E216) (0,875 mg/5 ml), du sorbitol (E420) (931 mg/5 ml), de l'éthanol (2,81 mg/5 ml), du propylène glycol (40 mg/5 ml). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Dextromethorphan est indiqué pour le traitement symptomatique d'une toux gênante, non productive chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 6 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Ce sirop est exempt de sucre et peut être utilisé par des diabétiques. Le sirop ne doit être pris qu'en présence de symptômes de toux sèche. La posologie maximale est indiquée ci-dessous. Son utilisation doit donc rester limitée à la période la plus courte possible et la dose doit être la plus faible possible. Un intervalle d'au moins 4 heures doit être observé entre 2 prises successives. Posologie Adultes et enfants à partir de 12 ans La dose recommandée de dextrométhorphan est de 20 mg (10 ml) toutes les 4 heures ou de 30 mg (15 ml) toutes les 6 à 8 heures (voir la graduation de sur la mesurette), selon les besoins. La dose quotidienne maximale recommandée de dextrométhorphan est de 120 mg (60 ml) à prendre sur une période de 24 heures, en doses fractionnées ne dépassant pas 30 mg (15 ml). Population pédiatrique Enfants de 6 à 12 ans La dose recommandée de dextrométhorphan est de 5 ml de sirop (voir graduation de 5 ml sur la mesurette), 4 à 6 fois par jour, selon les besoins. La dose quotidienne maximale recommandée de dextrométhorphan est de 60 mg (30 ml) à prendre sur une période de 24 heures, en doses fractionnées ne dépassant pas 10 mg (5 ml). Ne pas administrer aux enfants de moins de 6 ans. Sujets âgés et patients souffrant d'une insuffisance hépatique Chez les patients âgés ou les patients présentant une insuffisance hépatique, la posologie doit être réduite de moitié. Mode d'administration Voie orale. Chaque conditionnement de Bronchosedal Dextromethorphan inclut une mesurette graduée (avec graduations à 5 ml et 10 ml). Le flacon de sirop doit être ouvert comme suit : Pousser sur le bouchon à visser en plastique tout en le tournant dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. Troubles graves de la fonction hépatique. Insuffisance respiratoire. Toux de l'asthme. Traitement concomitant par des inhibiteurs de la MAO ou si leur prise date de moins de 2 semaines, voir rubrique 4.5 du RCP. Enfants de moins de 6 ans. EFFETS INDESIRABLES Ci-dessous figure un relevé des effets indésirables qui ont été identifiés avec le dextrométhorphan au cours des essais cliniques, des études épidémiologiques et du suivi post-commercialisation. Les fréquences sont indiquées en fonction de la convention suivante : Très fréquent (≥ 1/10) ; Fréquent (≥ 1/100, < 1/10) ; Peu fréquent (≥ 1/1.000, < 1/100) ; Rare (≥ 1/10.000, < 1/1.000) ; Très rare (< 1/10.000) ; Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Tableau : un certain nombre d'effets indésirables ont été identifiés au cours des essais cliniques et des études épidémiologiques, aux fréquences indiquées ci-dessous. Toutefois, certains de ces effets indésirables ont été signalés spontanément dans le cadre du suivi post-commercialisation. Une fréquence n'a alors pas pu être déterminée sur la base des données disponibles et ces cas ont donc été classés dans la catégorie de fréquence « fréquence indéterminée ». Classe de systèmes d'organes / Catégorie de fréquence / Effet indésirable : Affections du système immunitaire : Fréquence indéterminée : Angio-œdème¹, Prurit², Rash², Urticaire². Très rare : Bronchospasmes. Affections psychiatriques : Fréquence indéterminée : Insomnie¹. Très rare : Confusion. Affections du système nerveux : Fréquence indéterminée : Sensation vertigineuse², Hyperactivité psychomotrice², Somnolence². Très rare : Agitation, Céphalée. Affections oculaires : Très rare : Mydriase. Affections gastro-intestinales : Fréquence indéterminée : Douleurs abdominales, Diarrhée², Nausées², Vomissements². Très rare : Constipation². Ces effets indésirables ont été signalés spontanément dans le cadre du suivi post-commercialisation. Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, www.afmps.be, Division Vigilance. Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail : adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DELIVRANCE Délivrance libre TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Kenvue Belgium NV, Michel De Braeyststraat 52, 2000 Antwerpen NUMERO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Belgique : BE439345 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2014100323 Numéro national 180 ml : 0790801 Numéro national 200 ml : 0763883 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 04/2025. Date d'approbation : 06/2025. V15.0_B13.2 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

DENOMINATION DU MEDICAMENT Bronchosedal Mucus Menthol 20 mg/ml Sirop

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Ce médicament contient 20 mg de guaifénésine dans chaque ml (100 mg par 5 ml). Excipients à effet notoire : Ethanol 39,7 mg/ml ; Ponceau 4R (E124) 0,05 mg/ml ; Hydroxystéarate de macroglycérol 40 3 mg/ml ; Sel de benzoate (E211) 1 mg/ml ; Propylène glycol (E1520) 200,35 mg/ml. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop. Liquide rouge limpide à légèrement opalescent. INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Mucus Menthol 20 mg/ml Sirop est indiqué pour aider à fluidifier le mucus et les minces sécrétions bronchiques associées à une toux productive, pour une utilisation chez les adultes et les adolescents de plus de 12 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie Adultes et adolescents à partir de 12 ans : 10 ml (200 mg de guaifénésine), 4 fois par jour. Dose quotidienne maximale : 40 ml (800 mg de guaifénésine). Population pédiatrique : La sécurité et l'efficacité de Bronchosedal Mucus Menthol 20 mg/ml Sirop chez les enfants âgés au-dessous de 12 ans n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Sujets âgés : Comme pour les adultes. Troubles hépatiques rénaux : La prudence est de rigueur en cas de graves troubles hépatiques et rénaux (voir rubrique 5.2 du RCP). Si la toux persiste pendant plus de 7 jours, si elle a tendance à récidiver ou si elle s'accompagne de fièvre, d'une éruption cutanée ou d'une céphalée persistante, un médecin doit être consulté. Mode d'administration Voie orale. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. EFFETS INDESIRABLES Résumé du profil de sécurité Des cas d'anaphylaxie ont été signalés. Les effets indésirables ont été signalés spontanément lors de l'utilisation après la commercialisation. En raison des données limitées disponibles sur les essais cliniques, une fréquence ne peut être estimée à partir des données disponibles et est donc classée comme « indéterminée ». Les effets indésirables suivants peuvent être associés à l'utilisation de la guaifénésine : CSO / Catégorie de fréquence / Affections du système immunitaire : Indéterminée : Réactions d'hypersensibilité y compris prurit et urticaire ; Eruption cutanée ; Réactions anaphylactiques. Affections gastro-intestinales : Indéterminée : Troubles gastro-intestinaux ; Nausées ; Vomissements. Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, www.afmps.be, Division Vigilance. Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail : adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DELIVRANCE Délivrance libre TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Kenvue Belgium NV, Michel De Braeyststraat 52, 2000 Antwerpen NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Belgique : BE439345 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2014100323 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 04/2025. Date d'approbation : 06/2025. V2.0_b1.2 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

MARCHE Belgique BE408992 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2012050005 Numéro national : 0652349 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 04/2025 Date d'approbation : 08/2025 V10.0_b9.0 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

DENOMINATION DU MEDICAMENT Bronchosedal Mucus Miel & Citron 20 mg/ml sirop

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Ce médicament contient 20 mg de guaifénésine dans chaque ml. Excipients à effet notoire : Ethanol 0,1 ml/ml ; Glucose 698,4 mg/ml ; Saccharose 199,8 mg/ml ; Citrate de sodium 2,1 mg/ml ; Benzoate de sodium (E211) 2,0 mg/ml ; Propylène glycol (E1520) 5,8 mg/ml ; Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop. Sirop jaune-brun limpide ayant un goût caractéristique de miel et de citron. INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Mucus Miel & Citron est indiqué pour le soulagement symptomatique de la toux productive chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 6 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie Adultes et adolescents à partir de 12 ans : 10 ml (200 mg de guaifénésine), 4 fois par jour. Dose unique maximale : 20 ml (400 mg de guaifénésine), 2 fois par jour. Dose quotidienne maximale : 40 ml (800 mg de guaifénésine). Population pédiatrique : Enfants âgés de 6 à 12 ans : 5 ml (100 mg de guaifénésine), 4 fois par jour. Dose unique maximale : 10 ml (200 mg de guaifénésine), 2 fois par jour. Dose maximale par 24 heures : 20 ml (400 mg de guaifénésine). Enfants âgés de moins de 6 ans : Ne pas utiliser chez les enfants âgés de 2 à 5 ans. Bronchosedal Mucus Miel & Citron est contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 2 ans. Sujets âgés : Comme pour les adultes. Un intervalle d'administration minimal de 4 heures doit être respecté. Dysfonction hépatique/rénale : La prudence est de rigueur en cas de graves troubles hépatiques et rénaux (voir rubrique 5.2). Si la toux persiste pendant plus de 7 jours, si elle a tendance à récidiver ou si elle s'accompagne de fièvre, d'une éruption cutanée ou d'une céphalée persistante, un médecin doit être consulté. Mode d'administration Voie orale. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP. L'utilisation de Bronchosedal Mucus Miel & Citron est contre-indiquée chez les enfants âgés de moins de 2 ans. EFFETS INDESIRABLES Résumé du profil de sécurité Des cas d'anaphylaxie ont été signalés. Les effets indésirables ont été signalés spontanément lors de l'utilisation après la commercialisation. En raison des données limitées disponibles sur les essais cliniques, une fréquence ne peut être estimée à partir des données disponibles et est donc classée comme « indéterminée ». Les effets indésirables suivants peuvent être associés à l'utilisation de la guaifénésine : CSO / Catégorie de fréquence / Désignation de l'effet indésirable : Affections du système immunitaire : Indéterminée : Réactions d'hypersensibilité y compris prurit et urticaire ; Eruption cutanée ; Réactions anaphylactiques. Affections gastro-intestinales : Indéterminée : Douleur abdominale supérieure ; Diarrhée ; Nausées ; Vomissements. Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé www.afmps.be, Division Vigilance. Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be e-mail : adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DELIVRANCE Délivrance libre TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Kenvue Belgium NV, Michel De Braeyststraat 52, 2000 Antwerpen NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Belgique BE432171 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2013040082 Numéro national 150 ml : 0686364 Numéro national 300 ml : 0854148 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 11/2025 Date de l'approbation du texte : 11/2025 V12.0_b11.0 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.

DENOMINATION DU MEDICAMENT Bronchosedal Herbal sirop

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE 1 ml (correspondant à 1,18 g) de sirop Bronchosedal Herbal contient 8,25 mg (d'extrait sec) de Hedera Helix L., folium (feuille de lierre grimpant) (DER 4-8-1), solvant d'extraction: éthanol 30% m/m. Excipient à effet notoire : Sorbitol, liquide (non cristallisable) ; 1 ml de sirop contient 708 mg de sorbitol (E420). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. FORME PHARMACEUTIQUE Sirop. Liquide brun, opalescent, au goût sucré et à l'odeur caractéristique. Le sirop peut contenir un dépôt qui est redispersible en secouant le flacon. INDICATIONS THERAPEUTIQUES Bronchosedal Herbal sirop est un médicament à base de plantes utilisé comme expectorant en cas de toux productive, chez les adultes, les adolescents et les enfants à partir de 2 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie Adultes, adultes et personnes âgées : La dose recommandée est de 4 ml deux à trois fois par jour (ce qui correspond à une dose journalière de 66 à 99 mg d'extrait sec de feuille de lierre grimpant). Enfants âgés de 6 à 12 ans : La dose recommandée est de 4 ml deux fois par jour (ce qui correspond à une dose journalière de 66 mg d'extrait sec de feuille de lierre grimpant). Enfants âgés de 2 à 5 ans : La dose recommandée est de 2 ml deux fois par jour (ce qui correspond à une dose journalière de 33 mg d'extrait sec de feuille de lierre grimpant). Bronchosedal Herbal sirop est contre-indiqué chez les enfants âgés de moins de 2 ans (voir rubrique 4.3 Contre-indications). Patients souffrant d'insuffisance rénale et/ou hépatique En l'absence de données pharmacocinétiques relatives à ces groupes de patients, il n'est pas possible d'émettre de recommandations quant à la posologie. Il est conseillé aux patients de consulter leur médecin ou leur pharmacien avant de prendre Bronchosedal Herbal sirop. Mode d'administration Voie orale. Prendre Bronchosedal Herbal sirop par voie orale en utilisant la cuillère-mesure fournie pour garantir que la dose administrée est correcte. Bien agiter le flacon avant utilisation. Si les symptômes persistent plus de 7 jours pendant l'utilisation de Bronchosedal Herbal sirop, il faut consulter un médecin ou un pharmacien. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité à la substance active, aux plantes de la famille des Alacéales ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. L'utilisation chez les enfants de moins de 2 ans est contre-indiquée en raison d'un risque d'aggravation des symptômes respiratoires. EFFETS INDESIRABLES Des réactions gastro-intestinales (nausées, vomissements, diarrhée) ont été rapportées. La fréquence est indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Des réactions allergiques (urticaire, rash cutané, dyspnée, réaction anaphylactique) ont été rapportées. La fréquence est indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Si d'autres effets indésirables non mentionnés ci-dessus surviennent, un médecin ou un pharmacien doit être consulté. Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, www.afmps.be, Division Vigilance. Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail : adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé. Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance MODE DE DELIVRANCE Délivrance libre TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Kenvue Belgium NV, Michel De Braeyststraat 52, 2000 Antwerpen NUMERO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE Belgique : BE562469 Luxembourg Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2024070716 Numéro national : 0963349 DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 04/2025. Date d'approbation : 06/2025. V2.0_b1.2 Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. BE-BR-2025-275499

Une auscultation pulmonaire franchement anormale

par la D^{re} Caroline MICHOT*

* Médecin généraliste
1480 Tubize
carmichot@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.

Monsieur Q, 68 ans, me consulte pour une toux légère présente depuis quelques jours, dans un contexte de virose.
À l'auscultation des poumons, je constate une absence de ventilation à la base pulmonaire droite.

Ses paramètres sont corrects.

Une radiographie de thorax réalisée le jour même met en évidence une volumineuse masse basale droite d'allure intrapulmonaire (image 1). On note l'absence de foyer parenchymateux pulmonaire systématisé. Il n'y a pas d'épanchement pleural ni pneumothorax.

Un scanner thoracique est demandé... En voici les images (image 2).

ABSTRACT

Clinical case of a man presenting with pleural fibroma, a solitary fibrous tumor of the pleura.

Keywords:
solitary fibrous tumor.

RÉSUMÉ

Cas clinique d'un homme présentant un fibrome pleural ou tumeur fibreuse solitaire de la plèvre.

Mots-clés:
tumeur fibreuse solitaire.

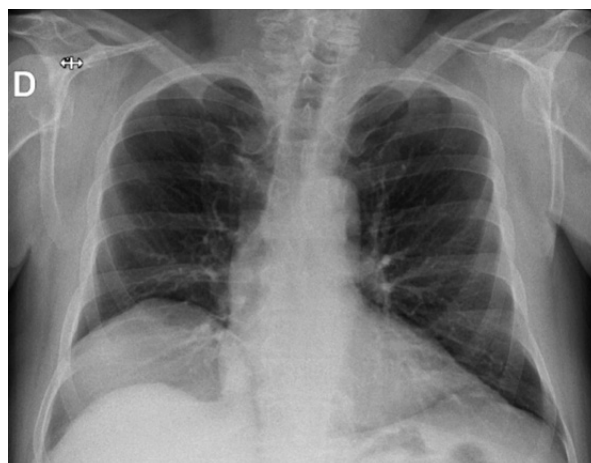


Image 1

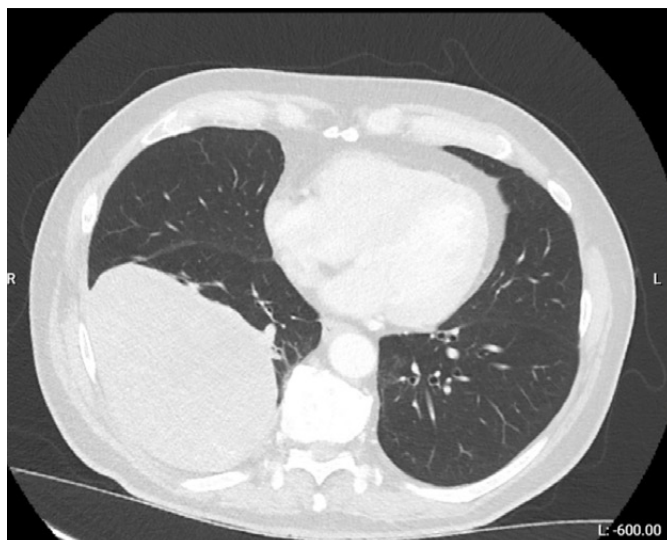


Image 2

Réponse

Le scanner thoracique met en évidence une masse pleurale bien individualisée au niveau du segment basopostérieur du lobe inférieur droit. La masse mesure environ 10,5 x 13,5 x 12,7 cm et siège au contact intime de la plèvre pariétale. Elle est légèrement hypodense avec un discret rehaussement et contient quelques zones non rehaussées, correspondant à une nécrose ou une dégénérescence myxoïde. Les contours sont nets et réguliers, sans spicules ni infiltration du parenchyme pulmonaire adjacent. Il n'y a pas non plus de signes d'envahissement costal ou des structures voisines, ni d'épanchement pleural associé. On note cependant un effet de masse sur le parenchyme pulmonaire adjacent avec quelques bandes d'atélectasie secondaire. L'aspect est évocateur en première hypothèse d'une tumeur fibreuse solitaire de la plèvre.

Quels sont les différents diagnostics à évoquer ? Avec de telles images, on pensera au mésothéliome, à un lymphome, une métastase, un hémothorax, un épanchement pleural abondant, une masse parenchymateuse, un sarcome, un lipome ou encore une tumeur desmoïde (tumeur bénigne des tissus mous localement agressive).

Le bilan est complété par un PET-scan ainsi qu'une ponction transthoracique. Le PET-scan montre une masse hypermétabolique sans lésion à distance. L'anatomopathologie rapporte un aspect histologique et un profil immunohistochimique compatibles avec une tumeur fibreuse solitaire de la plèvre.

Le patient a finalement bénéficié d'une lobectomie pulmonaire inférieure droite par thoracotomie, sous anesthésie générale.

Les tumeurs fibreuses solitaires (TFS) sont des tumeurs mésenchymateuses. Elles sont rares et représentent moins de 5% des masses pleurales. On observe des localisations extra-pleurales avec des caractéristiques histologiques similaires : intra-thoraciques (au niveau péricardique, médiastinal, pulmonaire et cardiaque) et extra-thoraciques dans 50 à 70% des cas (au niveau péritonéal, rétropéritonéal, hépatique, méningé et de la sphère ORL). Elles peuvent survenir à n'importe quel âge, mais sont plus fréquentes entre 50 et 70 ans. Les hommes et les femmes sont pareillement touchés par ces tumeurs. Il n'existe aucun facteur de risque héréditaire connu, ni aucun lien avec le tabac, l'amiante ou d'autres substances toxiques.

Quelle que soit leur localisation, les TFS se présentent comme des tumeurs des tissus mous bien circonscrites et d'aspect relativement homogène. Les tumeurs sont rehaussées après administration d'un produit de contraste.

Au niveau immunohistochimique, les TFS se caractérisent par une inversion récurrente du bras long du chromosome 12 (12q13), entraînant la fusion de deux gènes, NAB2 (protéine de liaison NGFI-A 2) et STAT6 (transducteur de signal et activateur de transcription 6).

Le plus souvent asymptomatiques, on les découvre fortuitement. Les TFS de la plèvre peuvent tout de même parfois occasionner des symptômes respiratoires comme de la dyspnée, une douleur thoracique ou de la toux.

Pour les formes localisées bénignes, le traitement de choix est la résection chirurgicale complète avec des marges négatives. Majoritairement bénignes, ces tumeurs peuvent évoluer vers une forme maligne. Le potentiel métastatique est cependant faible. Une résection incomplète, une présentation métastatique d'emblée, une taille tumorale supérieure à 10 cm, un taux mitotique élevé et la présence d'une nécrose tumorale sont des facteurs de risque de récurrence et d'extension métastatique.

Pour les tumeurs difficilement résécables, une radiothérapie néoadjuvante peut être proposée. Pour les formes métastatiques, la prise en charge repose sur la chimiothérapie et la radiothérapie.

Les TFS étant le plus souvent bénignes, leur pronostic après exérèse chirurgicale complète est excellent. Une surveillance radiologique et clinique à long terme est néanmoins nécessaire en raison du risque de récurrence locale et d'évolution maligne.

Bibliographie

1. Demicco E, Meyer C. Solitary fibrous tumor. Melinda Yusha, UpToDate, Wolters Kluwer. [consulté le 26 Oct 2025].
2. Birebent J, Durlat S, Driot D, Delabarre M, Rougé-Bugat M-E. Une tumeur fibreuse solitaire. Médecine. 2018; 14 (4): 164-165. Disponible sur : https://www.jle.com/fr/revues/med/e-docs/une_tumeur_fibreuse_solitaire_312111/article.phtml?tab=texte. DOI : 10.1684/med.2018.311.
3. Harrison-Phipps KM, Nichols FC, Schleck CD, Deschamps C, Cassivi SD, Schipper PH, Allen MS, Wigle DA, Pairolero PC. Solitary fibrous tumors of the pleura: results of surgical treatment and long-term prognosis. J Thorac Cardiovasc Surg. 2009 Jul; 138 (1): 19-25. Disponible sur : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2930758/>. DOI: 10.1016/j.jtcvs.2009.01.026.

sanofi

CHOISISSEZ **EFLUELDA®**
POUR VOS PATIENTS PLUS ÂGÉS!
ET MÊME POUR VOS PATIENTS
INVINCIBLES



Prix au 1^{er} février 2026

Prix pharmacien recommandé	22,29 €
Prix public recommandé TVA incluse	30,87 €
Prix remboursé	7,92 €
Prix remboursé (BIM)	4,71 €

• **Nouveau remboursement**
Efluelda® est remboursé pour
tous les ≥ 65 ans

• **Retrait annexe A**
moins d'administratif facilite
la prescription d'Efluelda®

• **Recommandé**
par le CSS pour
les 65 ans et plus*

*Recommandation spécifique du CSS pour les vaccins renforcés chez les personnes âgées de 65 ans et plus : Pour toutes les personnes âgées de 65 ans et plus, il est recommandé de préférer un vaccin antigrippal renforcé (adjuvanté ou à haute dose) aux vaccins à dose standard.¹

1. <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9879/vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-saison-hivernale-2025-2026>

Sanofi Belgium – MAT-BE-2600068-V1.0 – 02/2026



Scannez ce QR-code
pour plus d'informations
sur Efluelda®

Efluelda®
Vaccin grippal trivalent
(à virion fragmenté, inactivé), 60 µg d'HA/souche

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité.

Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique 4.8 pour les modalités de déclaration des effets indésirables. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT Efluelda suspension injectable en seringue préremplie. Vaccin grippal trivalent (virion fragmenté, inactivé), 60 microgrammes HA /souche COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Vaccin grippal (inactivé, fragmenté) des souches suivantes* : A/Victoria/4897/2022 (H1N1) pdm09-souche analogue (A/Victoria/4789/2022, IVR-238) 60 microgrammes HA** A/Croatia/10136RV/2023 (H3N2)-souche analogue (A/Croatia/10136RV/2023, X-425A) 60 microgrammes HA** B/Austria/1359417/2021-souche analogue (B/Michigan/01/2021, type sauvage) 60 microgrammes HA*** cultivées sur oeufs embryonnés de poules Pour une dose de 0,5 ml ** hémagglutinine Ce vaccin est conforme aux recommandations de l'OMS (dans l'Hémisphère Nord) et à la décision de l'UE pour la saison 2025/2026. Efluelda peut contenir des traces d'oeuf, comme l'ovalbumine, et des traces de formaldéhyde, utilisés lors du procédé de fabrication. FORME PHARMACEUTIQUE Suspension injectable en seringue préremplie (suspension injectable). Efluelda, après avoir été agité doucement, est un liquide opalescent, incolore. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES Efluelda est indiqué pour l'immunisation active des personnes âgées de 65 ans et plus en prévention de la grippe. Efluelda doit être utilisé sur la base des recommandations officielles. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Posologie Chez les adultes de 60 ans et plus : une dose de 0,5 ml. Population pédiatrique La tolérance et l'efficacité d' Efluelda chez les enfants âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Mode d'administration L'administration de ce vaccin se fait de préférence par voie intramusculaire. La voie sous-cutanée peut cependant également être utilisée. L'injection intramusculaire se fait de préférence dans la région deltoïde. Ce vaccin ne doit pas être injecté dans la fesse, ou dans des zones pouvant être le siège d'un tronc nerveux majeur. Pour les instructions concernant la préparation du vaccin avant administration, voir la rubrique 6.6. CONTRE-INDICATIONS Hypersensibilité aux substances actives, à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 ou à tout constituant pouvant être présent à l'état de traces comme les oeufs (ovalbumine, protéines de poulet) et le formaldéhyde. EFFETS INDÉSIRABLES Résumé du profil de tolérance Efluelda est identique à Efluelda Tetra, la seule différence est que Efluelda contient un antigène d'une souche de grippe B de moins. Le profil de sécurité d'Efluelda Tetra est donc pertinent pour l'utilisation d'Efluelda. La tolérance d'Efluelda Tetra a été évaluée dans le cadre d'une analyse poolée de deux essais cliniques (QHD00013 et QHD00011) au cours desquels 2.549 sujets âgés de 60 ans et plus (378 âgés entre 60 et 64 ans et 2.171 âgés de 65 ans et plus) ont reçu Efluelda Tetra. L'effet indésirable la plus fréquemment rapportée après la vaccination était une douleur au site d'injection, rapportée par 42,6 % des participants, suivie de myalgies (23,8 %), céphalées (17,3 %) et malaise (15,6 %). La majorité de ces réactions sont survenues et se sont résolues dans les trois jours suivant la vaccination. L'intensité de la plupart de ces réactions était légère à modérée. Dans l'ensemble, les effets indésirables étaient généralement moins fréquents chez les participants âgés de 65 ans et plus que chez les participants âgés de 60 à 64 ans. La réactogénicité d'Efluelda Tetra était légèrement augmentée par rapport au vaccin à dose standard (15 microgrammes d'hémagglutinine de chaque souche virale par dose), mais aucune différence majeure d'intensité n'a été observée. La tolérance d'Efluelda Tetra a été évaluée au cours d'une étude descriptive (QHD00028) au cours de laquelle les sujets ont reçu soit le Efluelda Tetra concomitamment avec une dose de rappel expérimentale de 100 microgrammes de vaccin à ARNm (à nucléoside modifié) contre la COVID-19 (n = 100), soit le Efluelda Tetra uniquement (n = 92), soit une dose de rappel expérimentale de 100 microgrammes de vaccin à ARNm (à nucléoside modifié) contre la COVID-19 uniquement (n = 104). La fréquence et la gravité des effets indésirables locaux et systémiques étaient similaires entre les sujets ayant reçu le vaccin ARNm contre la COVID-19 autorisé concomitamment au Efluelda Tetra et les sujets ayant reçu une dose de rappel du vaccin ARNm contre la COVID-19 autorisé. b. Liste tabulée des effets indésirables Les données ci-dessous résument la fréquence des effets indésirables rapportés après la vaccination par Efluelda Tetra et des effets indésirables rapportés au cours du développement clinique et de l'expérience après la mise sur le marché des vaccins grippaux trivalents et quadrivalents à haute dose. TIV-HD (marqués par * ci-dessous). Les effets indésirables sont classés en fonction de leur fréquence selon la convention suivante : Très fréquent (≥1/10) ; Fréquent (≥1/100 à <1/10) ; Peu fréquent (≥1/1.000 à <1/100) ; Rare (≥1/10.000 à <1/1.000) ; Très rare (<1/10.000) ; Fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Troubles généraux et anomalies au site d'administration . Très fréquent - Douleur au site d'injection, érythème au site d'injection, malaise. Fréquent - Gonflement au site d'injection, induration au site d'injection, ecchymose au site d'injection, fièvre (≥ 37,5 °C), frissons. Peu fréquent - Prurit au site d'injection, fatigue. Rare - Asthénie. Fréquence indéterminée* - Douleur thoracique Affections musculo-squelettiques et systémiques . Très fréquent - Myalgies. Peu fréquent - Faiblesse musculaire. Rare - Arthralgies, douleur aux extrémités Affections du système nerveux . Très fréquent - Céphalées. Peu fréquent - Lethargie. Rare - Sensation vertigineuse, paresthésie. Fréquence indéterminée* - Syndrome de Guillain-Barré (SGB), convulsions, convulsions fébriles, myélite (y compris encéphalomyélite et myélite transverse), paralysie faciale (paralysie de Bell), névrite/neuropathie optique, névrite brachiale, syncope (rapidement après la vaccination) Affections hématoLOGIQUES et du système lymphatique . Fréquence indéterminée* - Thrombocytopénie, lymphadénopathie Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales . Peu fréquent - Toux, douleur oropharyngée. Rare - Rhinorrhée. Fréquence indéterminée* - Dyspnée, respiration sifflante, oppression dans la gorge Affections gastro-intestinales . Peu fréquent - Nausées, vomissements, diarrhée, dyspepsie Affections du système immunitaire . Rare - Prurit, urticaire, sueurs nocturnes, rash. Fréquence indéterminée* - Réactions anaphylactiques, autres réactions allergiques/d'hypersensibilité (y compris l'angioedème) Affections vasculaires . Rare - Rougeur. Fréquence indéterminée* - Vascularite, vasodilatation Affections de l'oreille et du labyrinthe . Rare - Vertiges Affections oculaires . Rare - Hyperémie oculaire La dyspepsie, la léthargie, et la faiblesse musculaire ont été observées avec Efluelda au cours de l'essai QHD00013. * Rapportés lors de l'expérience après la mise sur le marché avec Efluelda ou Efluelda Tetra. Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique: Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé : www.afmps.be - Division Vigilance : Site internet: www.notifieruneffetindesirable.be - e-mail: adr@fagg-afmps.be Luxembourg : Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé - Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Sanofi Winthrop Industrie - 82 avenue Raspail - 94250 Gentilly - France NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ BE663606 DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/ DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION Date de première autorisation: 05.12.2024 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE Date d'approbation: 07/2025 DELIVRANCE : SUR PRESCRIPTION MEDICALE

Médecine rurale et formation : les maîtres de stage au cœur de l'installation des jeunes médecins

par le Dr Dominique HENRION* et le Pr Martin DESSEILLES**

* Médecin généraliste, maître de stage, coordinateur du master de médecine générale à l'UNamur.
5100 Naninne
dominique.henrion@unamur.be

** Psychiatre, professeur à l'Université de Namur

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

La pratique de la médecine générale en milieu rural présente des caractéristiques propres qui la différencient du modèle urbain dominant. En dépit de son importance stratégique dans la lutte contre la désertification médicale, la médecine rurale demeure souvent marginalisée dans les parcours de formation. Cet article vise à explorer le rôle crucial que jouent les maîtres de stage dans l'exposition des futures médecins à la réalité rurale et à démontrer l'effet bénéfique de ces stages sur l'installation dans les zones sous-dotées.

Médecine rurale : une pratique spécifique

Les médecins généralistes en zone rurale exercent dans un contexte où la densité médicale est souvent faible, les distances à parcourir sont importantes, et les ressources médicales spécialisées peu accessibles. La population, principalement dans le sud des provinces de Luxembourg, Namur et du Hainaut, y est plus âgée, et certains profils de patient-es, comme les agriculteur-rices, y sont surreprésentés⁽¹⁾. Les praticien-n-es doivent ainsi assumer des responsabilités élargies en recourant de manière réfléchie aux examens paracliniques⁽²⁾. Les avis spécialisés sont limités, les distances jusqu'au centre hospitalier le plus proche pouvant dépasser les 25 minutes. Ils doivent aussi multiplier les actes techniques et entretenir des relations très personnalisées avec leurs patient-es. Or, la plupart des médecins de famille continuent d'être formé-es en milieu urbain, comme la plupart des autres professionnel-le-s de santé. Le ou la médecin généraliste rural-e doit donc développer, seul-e, un éventail élargi de compétences et de services pour répondre aux besoins de sa communauté⁽³⁾.

ABSTRACT

Rural medicine requires broad skills in the face of a healthcare environment that is often less supported. Training physicians in rural areas, particularly through clinical supervisors, encourages their future practice in these regions. This article explores the specific features of rural medicine, the essential role of clinical supervisors, and the measurable impact of rural placements on the attractiveness of underserved areas.

Keywords : general practice, rural areas, medical training, clinical supervisor, physician shortage.

Stagiaires en milieu rural : un vecteur d'installation

De nombreuses études internationales [USA⁽⁴⁾, Canada⁽⁵⁾, Australie⁽⁶⁾] démontrent une corrélation directe entre le temps passé en stage rural et la probabilité de s'y installer. Aux États-Unis, 48 % des médecins ayant réalisé la moitié de leur formation en zone rurale y exercent toujours 6 à 10 ans plus

RÉSUMÉ

La médecine rurale requiert des compétences élargies face à un environnement médical souvent moins soutenu. La formation des médecins en zone rurale, en particulier via les maîtres de stage, favorise leur future installation en ces régions. Cet article explore les spécificités de la médecine rurale, le rôle essentiel des maîtres de stage, et l'impact mesurable des stages ruraux sur l'attractivité des zones sous-dotées.

Mots-clés : médecine générale, zones rurales, formation médicale, maître de stage, pénurie médicale.

tard. En revanche, seuls 12% des médecins sans expérience rurale s'installent dans ces zones. Ces chiffres indiquent un gradient linéaire : plus l'exposition est importante, plus la probabilité d'installation augmente.

Des programmes d'étude ou universités spécifiquement orientés vers la médecine exercée en zone éloignée sont également utiles afin de favoriser de nouvelles installations.

L'exemple canadien de l'EMNO (École de médecine du Nord de l'Ontario) est frappant : 67.2% médecins issues de cette école, spécifiquement rurale, s'installent en milieu rural ce qui est bien supérieur à leurs collègues formés ailleurs (4.3%)⁽⁵⁾. À noter que l'EMNO sélectionne préférentiellement les étudiant·es en médecine issues des régions rurales du Canada, ce qui est un biais sélectif mais qui est cohérent en tant que modèle d'éducation médicale décentralisé et engagé dans la communauté.

Le modèle du « pipeline de l'éducation rurale » de Pong et al.^(7,8) décrit d'ailleurs très bien cette dynamique longitudinale alliant recrutement pré-universitaire, enseignant·es et unités d'enseignement basé sur le milieu rural, stages répétés en milieu rural, soutien au début de pratique et formations continues post-universitaires décentralisées.

Le·la maître de stage rural, pilier de la formation

L'enseignement de la médecine générale pratiquée en milieu rural repose largement sur la figure du·de la maître de stage, qui transmet des compétences pratiques et un savoir-être adapté à la réalité locale. Pourtant, ces maîtres de stage sont encore trop peu reconnu·es, malgré un rôle formateur capital. Ils·elles sous-estiment d'ailleurs probablement iels-mêmes leurs compétences et peinent à transmettre leurs spécificités. Comme le souligne Malin Force⁽⁹⁾, on observe une forme de « narcissisme urbain » dans la formation médicale, valorisant davantage les standards citadins.

Autre souci : la disponibilité et l'accessibilité de ces stages en milieu rural. Les raisons qui dissuadent les assistant·es de réaliser un stage en milieu rural sont multiples : éloignement du milieu familial, distances parfois importantes pour les retours académiques, nécessité de posséder un permis de conduire et/ou d'un véhicule, accessibilité à l'offre socioculturelle parfois plus faible. Et ne voyant pas arriver d'assistant·es, bon nombre de candidat·es maîtres de stage ont jeté l'éponge, réduisant l'offre de ces endroits de stage, aggravant le phénomène.

Vers une reconnaissance renforcée

Il apparaît urgent de renforcer l'identification et la valorisation des spécificités de l'enseignement rural. Les maîtres de stage doivent être mieux accompagnés, formés·es et reconnu·es, tant par les institutions universitaires que par les autorités de santé. L'attractivité et la visibilité de ces maîtres de stage doit être renforcée par des mesures pécuniaires et non-pécuniaires. La diversification des lieux de stage est un levier central pour lutter contre la pénurie de médecins en zones rurales.

Conclusion

La médecine rurale est une discipline exigeante, spécifique, et pourtant enrichissante. Le rôle des maîtres de stage est fondamental dans la sensibilisation des jeunes praticien·nes à cette réalité. Les stages en milieu rural, lorsqu'ils sont bien encadrés, contribuent à améliorer l'attractivité de ces zones et constituent une réponse partielle mais efficace à la pénurie de professionnel·les de santé. La reconnaissance de cette contribution est une étape nécessaire pour l'avenir de la médecine de proximité.



Bibliographie

1. IWEPS, Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique. Indicateurs statistiques – Densité de population [En ligne]. 2025 [consulté en avril 2025]. Disponible sur: <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/densite-de-population/#:~:E2%80%89%20text=Au%201er%20janvier%202024%2C%20la,218%2C5%20habitants%20au%20km%C2%B2>
2. Bosco C, Oandasan I. Revue de la médecine familiale dans les régions rurales et éloignées du Canada: éducation, pratique et politiques [En ligne]. Le Collège des médecins de famille du Canada. 2016. Disponible sur: https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Ressources/Pratique-rurale/ARFM_Background_FRENCH_WEB_FINAL.pdf
3. Strasser R, Hogenbirk J, Minore B, Marsh D, Berry S, McCreedy W, Graves L. Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. Med Teach. 2013; 35 (6): 490-496. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23496120/> DOI: 10.3109/0142159X.2013.774334.
4. Russell DJ, Wilkinson E, Petterson S, Chen C, Bazemore A. Family Medicine Residencies: How Rural Training Exposure in GME Is Associated With Subsequent Rural Practice. J Grad Med Educ. 2022 Aug; 14 (4): 441-450. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35991106/>. DOI: 10.4300/JGME-D-21-01143.1
5. Wenghofer EF, Hogenbirk JC, Timony PE. Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. Hum Resour Health. 2017 Feb 20; 15 (1): 16. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5319039/>. DOI: 10.1186/s12960-017-0191-6.
6. McGrail MR, Nasir BF, Chater AB, Sangelaji B, Kondalsamy-Chennakesavan S. The value of extended short-term medical training placements in smaller rural and remote locations on future work location: a cohort study. BMJ Open. 2023 Jan 27; 13 (1): e068704. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36707116/>. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-068704.
7. Pong RW, Heng D. The link between rural medical education and rural medical practice location: literature review and synthesis [En ligne]. Sudbury (ON): Centre for Rural and Northern Health Research, Laurentian University. 2005 Aug. Disponible sur: <https://www.ruralontarioinstitute.ca/file.aspx?id=1b9b7a34-d7f2-4c6f-a1ee-0509a983611c>
8. Fisher KA, Fraser JD. Rural health career pathways: research themes in recruitment and retention. Aust Health Rev. 2010 Aug; 34 (3): 292-6. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20797360/>. DOI: 10.1071/AH09751.
9. Euripa, European Rural and Isolated Practitioners Association. Blueprint for Rural Practice in Europe [En ligne]. 2022 June. Disponible sur: <https://www.euripa.org/resources/view/blueprint-for-rural-practice-in-europe>

par la Dr^e CAMILLE DUBUS

médecin généraliste

contactRMG@ssmg.be

Douleurs thoraciques : approche diagnostique et spécificité des syndromes coronariens

La douleur thoracique est un motif fréquent de consultation et représente environ 3% des demandes en médecine générale. Bénigne ou urgence vitale ? L'European Society of Cardiology (ESC) recommande une évaluation rapide et la réalisation d'un ECG dans les 10 premières minutes de consultation.

L'idée est d'exclure les causes graves le plus rapidement possible (ROASTing = Rule Out All Serious Things), c'est-à-dire l'embolie pulmonaire (EP), la dissection aortique, le pneumothorax, la tamponnade, la rupture de l'œsophage et les syndromes coronariens aigus (SCA).

Les drapeaux rouges doivent être exclus endéans les 10 premières minutes :

- hypotension artérielle ;
- tachycardie ;
- bradycardie ;
- hypoxémie ;
- troubles de conscience ;
- sueurs profuses.

L'anamnèse permettra de caractériser la douleur, de chercher des symptômes associés (dyspnée, nausées, palpitations, toux, hémoptysie ou syncope) et d'identifier les facteurs de risque cardiovasculaires (FRCV).

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.

L'examen clinique consistera à rechercher une cyanose, à observer d'éventuelles déformations thoraciques (comme un pneumothorax sous tension se manifestant par un hémithorax distendu), à évaluer la présence de douleurs à la palpation, puis à réaliser une auscultation cardio-pulmonaire.

L'ECG est primordial à la recherche d'un SCA, d'une EP ou d'une péricardite, et la prise de sang souvent conseillée (troponines, D-dimères, CRP, LDH). Une radiographie thoracique ou un CT-scan pulmonaire sont parfois nécessaires.

Face à une suspicion de NSTEMI, les troponines doivent être dosées à plusieurs moments après l'admission aux urgences [1 h-2 h (-3 h)] pour exclure ou confirmer le diagnostic, et une échocardiographie doit être réalisée.

Les guidelines de l'ESC de 2023 uniformisent la prise en charge des STEMI et du NSTEMI. Une approche invasive est nécessaire pour tous les SCA, le délai dépendra du risque. Tous les patient-es avec un SCA doivent avoir un monitoring de 24 heures pour surveiller l'apparition d'arythmies et une modification du segment ST à l'ECG. Des nouveaux outils émergent dans le traitement du SCA, comme la colchicine et l'acide bempédoïque.

Le syndrome coronarien chronique survient chez les patient-es avec un/des FRCV connus (les apnées du sommeil et l'insuffisance rénale chronique sont souvent sous-estimées). L'utilisation d'un score de risque (SCORE2) et des biomarqueurs (comme la lipoprotéine a) permet de déterminer le risque du/de la patient-e et de choisir un traitement personnalisé. (CD)

Mian H, Cook M, Arroyo D et al. Douleurs thoraciques : approche diagnostique et spécificité des syndromes coronariens. Rev Med Suisse 2025 ; 21 : 436-41. DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.908.436

Mots-clés : syndrome coronarien aigu, douleur thoracique, infarctus STEMI, NSTEMI.

État dépressif : interventions ciblant le mode de vie

Le trouble dépressif touche environ 5% de la population, avec une prédominance féminine, en particulier pendant la période de post-partum. Les patients âgés de plus de 60 ans sont également plus à risque. La psychothérapie et les antidépresseurs sont les traitements de première ligne, mais de nombreuses recommandations insistent sur l'amélioration du mode de vie. Dans cet article sont discutés les intérêts de la vitamine D, des oméga-3 et de l'activité sportive.

Acides gras oméga-3

Les oméga-3 sont des acides gras polyinsaturés (contrairement aux oméga-6) avec des propriétés anti-inflammatoires.

Rappelons que dans la dépression on assiste à une altération des fonctions neuronales sérotoninergiques et noradrénergiques du système nerveux central. L'état inflammatoire persistant, lié à la dépression, avec élévation des cytokines, aggrave les perturbations neuronales et endocriniennes.

Par ailleurs, les oméga-3 sont des composés de la membrane phospholipidique : une augmentation de leur concentration améliore la fluidité membranaire, et donc la transmission des neurotransmetteurs comme la sérotonine, la dopamine, dont les taux sont diminués dans la dépression.

Une méta-analyse regroupant 26 études randomisées en double aveugle incluant 2160 participants démontre un résultat significatif au niveau de l'efficacité dans la dépression, comparé à un placebo pour un des deux oméga-3 étudiés, notamment l'EPA (acide eicosapentaénoïque), à un dosage inférieur à 1000 mg/jour.

La vitamine D

Une large étude (18 000 patients) en double aveugle publiée en 2020 n'a pas pu mettre en évidence de bénéfice d'une supplémentation journalière (2000 UI/jour) de vitamine D3 sur l'incidence de la dépression ou l'évolution des symptômes dépressifs. Les patients ont été suivis pendant 5 ans.

L'association entre un déficit en vitamine D et un état dépressif semble bien exister et est possible au niveau de la physiopathologie (la vitamine D a un rôle important dans la neuro-immunomodulation et la neuroplasticité), mais une supplémentation ne semble pas influencer la maladie.

Activité physique

Les effets bénéfiques ont plusieurs explications. D'un point de vue psychologique, le sport permet d'augmenter son estime de soi, de rythmer les journées et diminue l'isolement social. D'un point de vue neurobiologique, il y a une augmentation de la libération de sérotonine, noradrénaline et dopamine, ainsi que la production d'endorphines, procurant un sentiment d'euphorie ainsi qu'une diminution de la douleur et de l'anxiété. L'activité sportive est anti-inflammatoire et stimule la neurogenèse et la plasticité synaptique, qui sont altérées dans le trouble dépressif. Il y a aussi une diminution de la stimulation de l'axe hypothalamohypophysaire (suractivé dans la pathologie), qui entraîne une diminution du cortisol.

Une méta-analyse de grande envergure (218 essais randomisés et 14 000 participants) rapporte que le sport a une efficacité comparable à l'efficacité d'un traitement antidépresseur de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. L'effet antidépresseur est proportionnel à son intensité (effet modéré pour la marche et le tai-chi, effet plus important pour la musculation, le yoga, les exercices aérobiques). Les sports pratiqués en groupe semblent également avoir un effet augmenté.

Fournier L, Carballo S. Interventions ciblant le mode de vie pour l'état dépressif. Rev Med Suisse 2025; 21 (1874-8); DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.936.47847

Mots-clés : trouble dépressif, activité sportive, omega-3, supplémentation en vitamine D.

Diarrhée aigüe : approche rationnelle pour maîtriser le traitement antibiotique

L'adage « Testez si vous allez traiter et ne traitez que si vous avez testé » devrait être la règle d'or face à un-e patient-e présentant des diarrhées.

On n'identifiera le pathogène responsable de la diarrhée que chez les patient-es avec (ou à risque de) maladie sévère ou (de) complications, avec une perspective de traitement. Les indications pour effectuer des investigations microbiologiques (recherche de pathogènes dans les selles ± hémocultures) sont les suivantes :

- fièvre $\geq 38,3$ °C pendant ≥ 72 heures (maladie sévère);
- diarrhées sanglantes;
- tableau clinique/douleurs abdominales (modérés-) sévères;
- signes de sepsis;

- immunosuppression (VIH non traité/avec CD4 bas, chimiothérapie, transplantation);
- hospitalisation ou traitement antibiotique récent (*C. difficile*);
- diarrhée prolongée/persistante (> 7 jours);
- âge > 65 ans et fragilité élevée ou comorbidités.

Chez ces patient·es, un traitement antibiotique ciblé semble indiqué en cas de non-résolution des symptômes à la réception des résultats.

Les bactéries les plus fréquemment retrouvées sont les suivantes :

1. *Campylobacter*
R/ par azithromycine 500 mg pendant 3 jours
2. *Salmonella*
Toujours traiter en cas de *Salmonella* Typhi/paratyphi. R/ par azithromycine, 500 mg pendant 5-7 jours
3. *Escherichia Coli* entérohémorragique
Antibiotiques contre-indiqués, pourraient induire ou péjorer un SHU (Syndrome Hémolytique-Urémique).
4. *Shigella*
R/ par Ciprofloxacine 500 mg 2x/jour pendant 3 jours. Un traitement antibiotique n'est pas indiqué chez les patient·es en bonne santé ou avec une maladie légère à modérée.
5. *Listeria*
R/ par Amoxicilline 500 mg 3x/jour pendant 5 à 7 jours

Le traitement de première intention du *Clostridium Difficile* est le métronidazole 500 mg 3x/jour pendant 10 jours. En cas de symptômes graves ou de récurrence, la vancomycine est indiquée à la dose de 125 mg PO 4x/jour pendant 10 jours.

Notons qu'une même bactérie (ex. *Campylobacter*) peut induire des diarrhées invasives ou non : c'est la clinique du·de la patient·e qui oriente le traitement, et non l'identification de la bactérie retrouvée.

De même, une fièvre n'est pas toujours d'origine bactérienne mais peut se retrouver dans des gastro-entérites virales, il faut tenir compte de l'évaluation globale du·de la patient·e.

Cependant, les patient·es avec des facteurs de risque de mauvaise évolution, comme les femmes enceintes (risque de fausse couche), les patient·es dialysés, les nourrissons, patient·es avec une maladie auto-immune (exacerbation, diagnostic inaugural de MICI), ou les patient·es porteur·euses de prothèse (valve cardiaque, vaisseaux, prothèse articulaire : risque de translocation digestive et infection de la prothèse) doivent être surveillé·es de manière rapprochée et pourraient nécessiter un traitement empirique en cas de clinique limite.

Un traitement empirique, avec des prélèvements microbiologiques au préalable, est également justifié en cas de présentation clinique sévère, c'est-à-dire chez :

- les patient·es présentant des diarrhées sanglantes;
- des douleurs abdominales modérées à sévères accompagnées d'une fièvre > 38,3 °C;
- présentant des signes de sepsis ou d'infection digestive;
- avec immunosuppression (VIH non traité/avec CD4 bas, chimiothérapie, transplantation, autre immunosuppression médicamenteuse).

On administrera alors l'azithromycine 500 mg une fois par jour pendant 3 jours, ou 1 g en dose unique, à adapter éventuellement après avoir reçu le diagnostic.

Vu DL, Baettig V. Diarrhée aigüe : approche rationnelle pour maîtriser le traitement antibiotique. Rev Med Suisse 2025; 21 : 724-9. DOI: 10.53738/REVMED.2025.21.913.47031

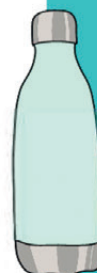
Mots-clés : gastro-entérite aigüe, dysenterie, diarrhées, antibiothérapie.



Comment réduire son exposition aux polluants obésogènes ?

- 
- 
- 
- 
- 1 Privilégiez une alimentation non transformée, non industrielle
 - 2 Privilégiez les produits frais, issus de l'agriculture biologique
 - 3 Evitez de boire de l'eau et des boissons provenant de bouteilles en plastique
 - 4 Evitez les emballages et récipients en plastique ainsi que les canettes et les boîtes de conserve
 - 5 Favorisez les ustensiles de cuisine en inox, verre, porcelaine, fonte et évitez les revêtements anti-adhésifs
 - 6 Limitez l'usage de produits cosmétiques et choisissez-les certifiés, avec une liste d'ingrédients la plus courte possible
 - 7 Chassez les polluants intérieurs : aérez avec les fenêtres grandes ouvertes, au moins 15 minutes par jour

Ces conseils sont particulièrement importants pendant la grossesse et la petite enfance



Quel est le devenir de l'autonomie chez les patients sous tutelle ?

par la Dr^e Nahema CHIBOUT*

* Médecin généraliste
7300 Boussu
nahema-chibout@hotmail.be

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

En Belgique, la mise sous tutelle^a est une mesure de protection juridique en pleine expansion, notamment en raison du vieillissement de la population. Elle soulève des enjeux médicaux, éthiques et sociaux majeurs. Le médecin généraliste y occupe un rôle clé, souvent sans formation ni outils spécifiques.

Introduction

En Belgique, la mise sous tutelle, encadrée par la loi du 17 mars 2013, vise à protéger les personnes jugées incapables d'exercer leurs droits⁽¹⁾. En 2023, plus de 190 000 dossiers ont été enregistrés, un chiffre en hausse avec le vieillissement de la population⁽²⁾. La mise sous tutelle nécessite un certificat médical décrivant l'incapacité de la personne⁽³⁾. Le juge de paix déterminera l'étendue de la protection qui peut inclure des décisions telles que le lieu de domicile, les droits des patients (conformément à la loi du 22 août 2002) et la question du don d'organes⁽¹⁾. Une fois la mise sous tutelle instaurée, le dossier sera révisé tous les cinq ans⁽¹⁾.

Cependant, elle présente un paradoxe : l'autonomie du patient limite l'autorité du médecin, pourtant c'est ce dernier qui est consulté lors de la mise sous tutelle⁽⁴⁻⁷⁾. Notre système ne prend pas toujours en compte ce risque de conflit d'intérêt. Il s'appuie sur l'expertise et l'éthique médicale pour superviser et encadrer l'autonomie^(4,6). La mise sous tutelle peut exposer les patients à une perte de pouvoir décisionnel, à un contrôle excessif du tuteur, à un contournement de leur consentement, à des soins forcés et à du paternalisme^(3-4,6,8). Ces pratiques peuvent aller à l'encontre de la Convention relative aux droits des personnes en situation de handicap⁽⁹⁾.

Il est donc crucial d'analyser le rôle du médecin généraliste dans le maintien de l'autonomie des patients sous tutelle, tout en tenant compte des obligations légales et des droits internationaux qui protègent ces personnes vulnérables.

ABSTRACT

In Belgium, guardianship raises ethical and practical issues for general practitioners. This qualitative study explores their needs and suggests ways of better reconciling protection and autonomy, through training, practical tools and improved coordination.

Keywords: autonomy, guardianship, protection.

RÉSUMÉ

En Belgique, la tutelle soulève des enjeux éthiques et pratiques pour les généralistes. Cette étude qualitative explore leurs besoins et propose des pistes pour mieux concilier protection et autonomie, via formation, outils concrets et meilleure coordination.

Mots-clés : autonomie, tutelle, protection.

Objectifs et méthode

Cette étude vise à explorer les représentations, pratiques et besoins des médecins généralistes belges face à la mise sous tutelle et à proposer des pistes d'amélioration pour un accompagnement plus respectueux de l'autonomie des patients.

a. N.D.L.R. : l'auteur a choisi l'expression « mise sous tutelle » qui correspond à l'« administration de la personne ». L'« administration de biens et/ou de la personne » (encore appelée « protection judiciaire ») est une spécificité belge depuis 2013.



Une étude qualitative basée sur des focus groups a été menée afin d'analyser le rôle des médecins généralistes, l'impact de la tutelle, ainsi que les enjeux éthiques et pratiques rencontrés⁽¹⁰⁻¹²⁾. Les participants étaient des médecins généralistes exerçant en Belgique, dans la région de Mons-Borinage. Une diversité d'âges et d'expériences a été recherchée. Seuls les cas de patients sous tutelle avec qui une communication restait possible ont été abordés. Une revue de littérature ciblée a été menée sur PubMed, Cairn, Science Direct et Google Scholar, avec une sélection d'articles en français ou anglais publiés après 2010. Des sources institutionnelles (Ordre des Médecins, Commission des droits humains) ont complété cette recherche.

L'analyse a suivi une démarche inductive, selon l'approche de Miles et Huberman avec la collection, la transcription, la réduction, la condensation, et la structuration des données⁽¹³⁻¹⁵⁾. Le tout dans le respect du RGPD et en tenant compte du cadre légal et des conventions internationales (Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations Unies CDPH^b).

Résultats

Autonomie sous tutelle

Les médecins considéraient la tutelle comme protectrice, notamment face à des abus familiaux ou financiers. Certains estimaient que, si les patients avaient conscience de leur vulnérabilité, ils pourraient eux-mêmes souhaiter une telle protection. Cependant, les effets négatifs étaient largement soulignés : perte d'autonomie financière, sur-sollicitation médicale, dépendance aux soins, atteinte à la relation médecin-patient-tuteur et abus de la part du tuteur. Des situations vécues comme injustes ou stigmatisantes ont été rapportées, avec un sentiment de tension morale chez les praticiens.

Positionnement du médecin généraliste

Les médecins limitaient souvent leur rôle à l'aspect médical, laissant la gestion sociale et administrative aux proches ou au tuteur. Si la plupart respectaient le consentement et s'adaptaient aux fragilités, plusieurs doutaient de leur capacité ou de leur légitimité à soutenir son autonomie une fois le patient sous tutelle.

Ils exprimaient aussi des difficultés à gérer la relation avec le tuteur, perçue comme chronophage, peu transparente, voire conflictuelle contribuant à un sentiment d'isolement.

Connaissances légales et formation

La majorité des participants rapportaient un manque de connaissances juridiques, tant sur les procédures que sur les alternatives à la tutelle. Ils souhaitaient des formations pratiques, un accompagnement dans la rédaction du certificat, et des outils simples (ex. boîte à outils ou référent en cercle de médecine générale).

Prises de conscience

Au fil des échanges, les médecins remettaient en question la mise sous tutelle comme solution par défaut, pointant sa dimension potentiellement liberticide. Certains reconnaissaient préférer des arrangements informels, parfois hors du cadre légal. Ils se sentaient souvent démunis pour contester ou faire lever une tutelle injustifiée.

Recommandations

Les participants ont exprimé un besoin de formation, notamment sur la rédaction du certificat, la législation et le recours. La création d'une boîte à outils pratique a été suggérée, ainsi que l'importance de centrer la procédure sur l'intérêt du patient. Pour renforcer la coordination, ils ont proposé d'intégrer le statut de tutelle dans les logiciels médicaux, d'améliorer la collaboration avec le tuteur et la famille, et de favoriser une approche pluridisciplinaire incluant les assistants sociaux. La mise en place d'un trajet de soins a également été évoquée. Enfin, les médecins ont plaidé pour un meilleur encadrement de la durée de la tutelle avec des réévaluations régulières, une simplification des démarches, et une limitation du pouvoir des tuteurs. Ils ont insisté sur la nécessité de préserver les choix du patient, et proposé que le médecin puisse suggérer une date de révision en fonction de l'évolution clinique.

Discussion

Entre protection et perte d'autonomie

Les études montrent que la tutelle peut avoir une fonction protectrice, notamment face à la perte de

b. <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

discernement, pour mettre fin à des maltraitances, pour sécuriser un logement et pour coordonner des soins⁽⁸⁾. Toutefois, il y a aussi des répercussions négatives: rupture de la relation de confiance, perte d'estime de soi chez le patient, sentiment mutuel d'impuissance et risques d'abus de pouvoir^(7,8,16).

Prise en charge

La mise sous tutelle repose sur des éléments médicaux et non médicaux⁽¹¹⁾. Le généraliste doit donc être capable d'évaluer la capacité du patient au-delà du simple diagnostic, en s'appuyant sur l'entourage pour apprécier son autonomie⁽⁸⁾. Étant donné les risques de maltraitance, il devrait aussi pouvoir dépister et signaler les abus, et réévaluer régulièrement les capacités cognitives, notamment en cas de changement majeur⁽¹⁷⁾. Une connaissance de base du cadre juridique est également souhaitable, afin d'informer et défendre les patients vulnérables⁽¹⁶⁾. La vérification du statut de tutelle via l'ordonnance du juge reste souvent négligée⁽¹⁶⁾. Enfin, le médecin, en lien avec le tuteur, devrait veiller à ce que le patient vive dans l'environnement le moins restrictif possible⁽¹⁷⁾.

Besoin de formation et d'outils adaptés

Ces constats soulignent l'importance de former les médecins dès le début de leur pratique⁽¹⁶⁾. Une méconnaissance du cadre juridique ou du rôle du tuteur peut entraîner des erreurs et nuire à la relation thérapeutique⁽¹⁶⁾. La loi belge du 17 mars 2013 impose un certificat médical fondé sur la Classification internationale du fonctionnement (CIF)^c, destiné à aider le juge à évaluer l'autonomie⁽¹⁸⁾. Or, cet outil reste mal connu, tant des médecins que des juristes, ce qui entraîne des certificats incomplets ou inexploitable⁽¹⁸⁾. De plus, les codes CIF ne correspondent pas clairement aux 37 actes à évaluer, ce qui nuit à la cohérence des décisions judiciaires⁽¹⁸⁾. La CIF et la liste des 37 actes ne parlent pas le même langage. La CIF est une description du handicap du patient grâce à des codes alors que

dans la loi belge, le juge de paix doit se prononcer sur la capacité de la personne à accomplir 37 actes juridiques et de la vie quotidienne. Exemple: Une personne peut avoir, selon la CIF, une limitation sévère dans la fonction « mémoire à court terme » mais le juge doit savoir si cela rend la personne incapable de gérer un compte bancaire (un des 37 actes). Comme il n'existe pas de correspondance claire entre ce code CIF et l'acte juridique, l'évaluation peut varier d'un juge à l'autre.

Enfin, des formations sur les alternatives à la tutelle, notamment la prise de décision assistée^d, devraient être intégrées aux programmes de formation continue^(16,17).

Une collaboration insuffisante

Une communication efficace entre le médecin et le tuteur est essentielle pour garantir l'intérêt du patient⁽¹⁷⁾. Plus que les dispositifs institutionnels, c'est la qualité de la relation qui influence l'expérience vécue⁽¹⁹⁾. Or, celle-ci peut être fragilisée par des conflits, des intérêts personnels ou un manque de compétences, quel que soit le profil du tuteur^(8,17). Les volontés du patient sont souvent mal connues: peu de personnes ont rédigé des directives anticipées ou discuté de leurs préférences en matière de soins^(16,19). Pourtant, un soutien informel ou professionnel peut permettre une prise de décision assistée, reconnue par la Convention des Nations Unies comme une alternative à la tutelle. Présenter cette option au juge peut limiter ou éviter la mesure^(8,20). Toutefois, cette approche reste peu utilisée, notamment en raison du manque ou de l'épuisement des aidants, aggravé par l'isolement des personnes âgées ou institutionnalisées⁽¹⁹⁾. Un avocat peut éviter les mesures inutiles, restreindre la tutelle au strict nécessaire, et garantir que la voix de la personne soit entendue⁽⁸⁾. Son intervention permet aussi de contester une décision mal fondée⁽⁸⁾.

Alternatives

La mise sous tutelle devrait toujours être envisagée en dernier recours, après épuisement des autres options^(8,19). Des alternatives moins restrictives, comme la prise de décision assistée, permettent de mieux préserver l'autonomie⁽⁹⁾. Reconnue par la Convention relative aux droits des personnes handicapées et introduite en Belgique en 2020, cette

c. La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF) est un système de codification qui permet d'organiser et d'enregistrer les informations relatives au fonctionnement et au handicap. Elle adopte une approche bio-psycho-sociale, en considérant le handicap comme le résultat d'une interaction dynamique entre l'état de santé d'une personne et les facteurs environnementaux et personnels. La CIF est organisée en 2 parties, comprenant chacune 2 composantes: La 1^{re} partie concerne « Le Fonctionnement et handicap humain » et la 2^e partie concerne « Les facteurs contextuels ». https://www.ehesp.fr/wp-content/uploads/2020/04/Checklist_CIF_vf.pdf

d. La décision assistée est un modèle de prise de décision accompagnée par un bénévole formé ou par un professionnel du droit choisi par le patient. Le modèle sous-entend qu'aucun droit n'est transféré à une tierce personne. Ce dispositif permet au patient de rester décisionnaire, tout en bénéficiant d'un accompagnement adapté pour comprendre, choisir et mettre en œuvre ses décisions.



approche reste toutefois peu appliquée en pratique⁽⁸⁾. L'enjeu principal réside dans la mise en place d'un dispositif cohérent, combinant mesures formelles (tutelle) et soutiens informels (aidants, entourage, réseau social)⁽¹⁹⁾. La décision assistée devrait être anticipée, avant la perte totale de capacité⁽¹⁹⁾. Cette approche, plus humaine, suppose de former, accompagner et soutenir les aidants, afin d'en faire une alternative crédible aux mécanismes juridiques classiques⁽¹⁹⁾.

L'administration de biens et/ou de la personne : cadre légale belge

En Belgique, la loi du 17 mars 2013 a profondément réformé la protection des personnes majeures vulnérables. Elle a remplacé les anciens régimes de tutelle, curatelle et d'administration provisoire par une mesure unique de protection judiciaire, dans laquelle le juge de paix désigne un administrateur chargé de la gestion des biens et/ou de la personne.

Cet administrateur est parfois appelé « tuteur » dans le langage courant, bien que ce terme ne soit plus utilisé légalement en Belgique. Il a pour mission d'assister ou de représenter la personne protégée dans certains actes juridiques et de la vie quotidienne, déterminés par le juge.

Toutefois, la loi fixe des limites claires : les actes strictement personnels (comme le droit de se marier, de divorcer, ou de consentir à une interruption volontaire de grossesse) ne peuvent jamais être exercés par l'administrateur.

Ce système vise à concilier la protection juridique avec le respect maximal de l'autonomie résiduelle de la personne protégée. La mesure est en principe réévaluée tous les cinq ans, sauf indication contraire du juge.

Conclusions

Cette étude qualitative met en évidence un paradoxe central : si la tutelle vise à protéger, elle peut aussi restreindre l'autonomie, fragiliser la relation de soins et générer un sentiment d'impuissance partagé. Les médecins interrogés reconnaissent leur rôle, mais se disent démunis face à la complexité juridique, au manque de formation et à l'isolement après la rédaction du certificat.

L'étude souligne un besoin urgent de formations ciblées, d'outils concrets et d'un ancrage interdisciplinaire renforcé. Les participants appellent à une tutelle mieux encadrée, plus réversible, centrée sur la volonté du patient. Plusieurs pistes sont proposées : boîte à outils, intégration du statut de tutelle dans les logiciels médicaux, médecin référent, trajet de soins structuré avec assistante sociale, meilleure communication avec les tuteurs, mobilisation du réseau et simplification administrative.

Au-delà de la protection formelle, les médecins expriment une volonté claire : reconnaître activement les capacités et la volonté des patients. Cela suppose une médecine générale plus impliquée, soutenue par la formation, le décroisement et une culture du respect des droits. Enfin, cette étude ouvre la voie à d'autres recherches incluant tuteurs, juges, travailleurs sociaux et patients, pour construire un système plus juste, souple et humain, où l'autonomie ne serait plus l'exception mais la norme.

Deux sites intéressants :

Le site [notaire.be](https://www.notaire.be) propose un guide pratique pour les administrateurs familiaux à télécharger :

<https://www.notaire.be/actualites/guide-pratique-pour-les-administrateurs-familiaux>

Un modèle du certificat médical circonstancié peut être téléchargé sur la page suivante :

https://justice.belgium.be/sites/default/files/certificat_medical_protection_judiciaire.pdf

Bibliographie

1. Albert J, J. MILQUET, A. TURTELBOOM, A. TURTELBOOM. Loi réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine.
2. Pede P, Baeyens G. Statistique du service des Tutelles. Belgique ; 2023.
3. Meuris CM. Faire et défaire la capacité d'autonomie. Enquête sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer hospitalisés en service gériatrique de soins aigus.
4. Hammarberg T. Les personnes ayant des déficiences intellectuelles et psychosociales ne doivent pas être privées de leurs droits individuels. Strasbourg ; 2012. (Le carnet des droits de l'homme).
5. Necol C. La protection juridique des majeurs : entre protection et autonomie : Pratiques en santé mentale. 6 sept 2016 ; 62^e année (3) : 37-40.
6. Bioy X. La vulnérabilité, limite à l'autonomie juridique du patient ? : Droit, Santé et Société. 1^{er} déc 2023 ; N°2 (2) : 9-18.
7. Chen JJ, Blanchard MA, Finn CT, Plunkett ML, Homa K, Fournier DA, et al. A Clinical Pathway for Guardianship at Dartmouth-Hitchcock Medical Center. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. sept 2014 ; 40 (9) : 389-AP6.
8. Wood EF. The Adult Guardianship Pipeline. Generations : Journal of the American Society on Aging. 2019 ; 43 (4) : 11-7.
9. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. Treaty Series. déc 2006 ; 2515 : 3.
10. C. DAVISTER et al. Les groupes focalisés. Stop j'agis ; 2004.
11. Morgan DL, Krueger RA, King JA, éditeurs. Focus group kit. Thousand Oaks, Calif : SAGE Publications ; 1998. 6 p.
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ) : a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. déc 2007 ; 19 (6) : 349-57.
13. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer [Internet]. Louvain-la-Neuve : De Boeck Supérieur ; 162 p. (Méthodes en sciences humaines ; vol. 2^e éd.). Disponible sur : <https://shs.cairn.info/manuel-d-analyse-qualitative--9782807323582?lang=fr>
14. Anadón M, Savoie Zajc L. L'analyse qualitative des données [Internet]. Vol. 28. 2009 [cité 18 avr 2025]. Disponible sur : <http://id.erudit.org/iderudit/1085318ar>
15. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Recherches Qualitatives. janv 2006 ; 26.
16. Barajas-Ochoa A, Mackie TI, Fofana B, Rosen Valverde JN. On legal guardianship : An exploratory assessment of knowledge, attitudes and practices of resident physicians. Medical Teacher. 3 mars 2024 ; 46 (3) : 399-405.
17. Zietlow K, Dubin L, Battles A, Vitale C. Guardianship : A medicolegal review for clinicians. J American Geriatrics Society. nov 2022 ; 70 (11) : 3070-9. Ao TC. From Guardianship to Supported Decision- Making : Still Searching for True North ?
18. Eyraud B, Minoc J, Hanon C. Choisir et agir pour autrui ? Controverse autour de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées [Internet]. Doin ; 330 p. (Polémiques). Disponible sur : <https://droit.cairn.info/choisir-et-agir-pour-autrui--9782704015818?lang=fr>
19. Ao TC. From Guardianship to Supported Decision- Making : Still Searching for True North ?
20. Meuris CM. Faire et défaire la capacité d'autonomie. Enquête sur la prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer hospitalisés en service gériatrique de soins aigus.

Un gros bras

par les Drs Pierre FRANCES*, Nathan FLODROPS**,
Laureline CECILE** et Sami MANJAOU***

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

** Externes
F - 34000 Montpellier

*** Interne en médecine générale
F - 34000 Montpellier

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

Richard, 82 ans, me consulte pour une douleur au niveau de la partie postérieure de son avant-bras droit qui est œdématiée (cliché 1).

Cette situation fait suite à un traumatisme survenu 4 semaines auparavant (il était monté sur une échelle pour tailler une haie et avait reçu des branches sur l'avant-bras).

Le patient explique avoir une douleur très intense aussi bien diurne que nocturne et qui a tendance à persister malgré le recours aux antalgiques de palier 2 (tramadol) et aux anti-inflammatoires. Cliniquement, j'observe une masse très douloureuse à la palpation au niveau de l'avant-bras droit.

La mobilisation de l'avant-bras est possible mais avec difficulté.

Cliché 1. Œdème douloureux au niveau de la partie postérieure l'avant-bras.



En tenant compte des éléments cliniques, quelle attitude allez-vous avoir ?

J'ai prescrit les examens suivants :

- la radiographie a mis en évidence une masse en regard de la zone œdématiée mais aucune fracture n'a été objectivée (cliché 2);
- l'échographie a dévoilé une collection liquidienne (il s'agit d'une collection tubulée) des parties molles au niveau de l'hypoderme avec une désolidarisation entre revêtement cutané et sous-cutané.

Cet aspect est pathognomonique d'un syndrome de Morel-Lavallée.

Cliché 2. Radiographie de l'avant-bras avec masse en regard de la zone traumatisée mais absence de fracture.

ABSTRACT

Story of a man with post-traumatic forearm edema.

Keywords: Morel Lavallee syndrome, cutaneous hematoma, post-traumatic collection.

RÉSUMÉ

Histoire d'un homme ayant un œdème post-traumatique de son avant-bras.

Mots-clés: Syndrome de Morel Lavallée, hématome cutané, collection post-traumatique.

Le syndrome de Morel-Lavallée

L'incidence de cette pathologie avoisine les 8% mais elle est souvent sous-estimée par les patients ou les cliniciens. Les hommes sont deux fois plus concernés que les femmes par cette entité vu l'origine traumatique. En effet, ce syndrome fait généralement suite à des chutes (vélo, football, skateboard, ski) et il est objectivé dans la plupart des cas au niveau d'une zone fortement vascularisée (jambe, cuisse, hanche, grand trochanter, région lombaire).

Le traumatisme provoque une rupture des vaisseaux sanguins et lymphatiques, dissociant le revêtement sous-cutané des fascias en regard.

Cliniquement, on met en évidence une déformation (aspect œdématié) de la zone concernée qui correspond initialement à l'hématome post-traumatique. Le patient présente parfois des douleurs lors de la palpation de cet épanchement mais aussi, dans certains cas, une hyperesthésie locale. Avec le temps, la collection va avoir tendance à se majorer du fait des saignements itératifs liés aux chocs répétés ainsi qu'en lien avec le processus inflammatoire qui en résulte. Bien entendu, ce phénomène est à l'origine d'une moins grande souplesse du revêtement cutané en regard.

Le **diagnostic** est posé grâce aux examens paracliniques.

La radiographie met en évidence une masse tissulaire mais elle a pour rôle, avant tout, d'éliminer une fracture.

L'échographie objective une collection hypo- ou anéchogène qui siège entre le derme et le fascia musculaire. En cas de diagnostic tardif, on met en évidence une capsule avec parfois des septa.

Le scanner met en évidence la capsule péri-lésionnelle et l'IRM confirme l'existence d'une collection bien organisée avec la capsule fibreuse qui l'encercle. L'échographie peut être suffisante pour le diagnostic si elle montre une lésion bien délimitée, anéchogène ou hypoéchogène, sans cloisons ni signes évocateurs d'autres pathologies et si le contexte clinique est évocateur (traumatisme préalable et localisation typique). Cependant en cas de doute diagnostique (kyste, abcès, lipome, par exemple), d'aspect hétérogène ou de chronicité, l'IRM reste l'examen clé.

Une classification réalisée par Mellado et Bencardino permet de différencier les lésions observées en 6 stades :

- stade 1 avec collection séreuse ;
- stade 2 avec hématome sous-cutané ;
- stade 3 avec hématome chronique ;
- stade 4 avec dissection périfasciale ;
- stade 5 avec hématome chronique en cours de constitution ;
- stade 6 avec lésion infectée, cloisons internes et capsule épaisse.

La **prise en charge** repose, lorsque le diagnostic est posé précocement, en une ponction avec repos et compression de la zone.

Il est possible également de recourir à la chirurgie (cas des formes dont le diagnostic est plus tardif, d'une infection cutanée profonde ou dans les cas de nécrose).

Cependant, ce syndrome se caractérise à court ou moyen terme, malgré des traitements bien conduits, par des risques de récurrence mais aussi des risques infectieux.

Des dystrophies cutanées et des pseudokystes séquellaires sont parfois observés.

Bibliographie

1. Delannoy G, Peyrottes A. Le syndrome de Morel-Lavallée : physiopathologie, présentation clinique, et prise en charge. *Journal de Traumatologie du Sport* 2021 ; 38 (3) : 168-172.
2. Boukhalit H, Amal L, Edderal M, Amil T. Morel-Lavalle : an entity not to be ignored. *International Journal of Advanced Research* 2019 ; 7 (10) : 1179-1181.
3. Le Caruyer N, Bertho K, Bignand M. Syndrome de Morel-Lavallée. *La Revue du Praticien* 2009 ; 69 (1) : 64.

Nouvelle page Échographie SSMG

UNE VITRINE RENOUVELÉE POUR L'ÉCHOGRAPHIE CLINIQUE EN MG



La Dr^e Sonia GOUDJIL, membre de la cellule échographie de la SSMG, nous présente la nouvelle page dédiée à l'échographie, entièrement repensée pour mieux refléter l'offre de formation et le travail de la cellule.

Pourquoi avoir ressenti le besoin de créer une nouvelle page échographie ?

Sonia GOUDJIL : La page existante ne correspondait plus vraiment à la réalité de la cellule échographie. Elle était devenue vieillissante et ne reflétait plus ni la diversité des formations proposées, ni le travail fourni par la cellule ces dernières années. De nouveaux experts ont rejoint l'équipe, certaines disciplines étaient peu visibles et les informations pratiques n'étaient pas toujours faciles à trouver pour les médecins intéressés par une formation. L'objectif était donc de proposer une page plus claire, plus actuelle et plus représentative de ce que nous faisons aujourd'hui.

Concrètement, qu'est-ce que les médecins peuvent trouver sur cette nouvelle page ?

Sonia GOUDJIL : On y retrouve d'abord toutes les informations pratiques sur les formations : les dates des prochaines sessions, organisées en deux cycles par an, au premier et au second semestre. Chaque cycle comprend des formations en échographie d'initiation, en échographie abdominale, gynécologique, musculo-squelettique et en échocardiographie. La page présente également l'ensemble des expert-es de la cellule, avec leur domaine d'expertise en échographie, afin de mieux valoriser les formateur-rices qui donnent cours. Lorsque c'est possible, certaines diapositives de formation sont aussi mises à disposition. Enfin, la page mentionne la collaboration avec Domus Medica, permettant à leurs membres de participer aux formations SSMG aux mêmes conditions que les membres SSMG. Cette page mentionne également les recherches et TFE en cours en lien avec l'échoscopie.

Y a-t-il des nouveautés particulières ?

Sonia GOUDJIL : La grande nouveauté est la formation en échocardiographie, développée récemment avec le Dr Mehdi CHANNAN. Il s'agit d'une formation sur une journée complète, combinant une demi-journée consacrée à l'analyse d'ECG fréquemment rencontrés en médecine générale et une demi-journée

dédiée à l'échocardiographie. Par ailleurs, même si toutes les formations ne sont pas nouvelles, leur contenu est régulièrement mis à jour, avec des cas cliniques renouvelés et des supports pédagogiques améliorés chaque année.

À qui s'adressent les formations en échographie proposées par la SSMG ?

Sonia GOUDJIL : Les formations s'adressent avant tout aux médecins généralistes, qui constituent notre public principal, mais elles sont ouvertes à tout-e médecin, quelle que soit sa spécialité. Nous accueillons également des assistant-es, ainsi que certain-es paramédicaux, comme des kinésithérapeutes, selon les formations. Certaines thématiques attirent d'ailleurs des profils spécifiques : par exemple, l'échographie gynécologique intéresse particulièrement les médecins travaillant en planning familial, tandis que l'échographie musculo-squelettique attire davantage les médecins du sport. Nous collaborons aussi avec les universités (UCLouvain, ULB et UNamur) pour proposer des formations d'initiation aux assistant-es.

Quelle est la philosophie de l'échographie telle qu'elle est enseignée par la cellule ?

Sonia GOUDJIL : Nous défendons une approche d'échographie clinique ciblée. Il ne s'agit pas de réaliser une échographie exhaustive comme le ferait un-e radiologue mais bien d'utiliser l'échographie comme un prolongement de l'examen clinique, au service d'une question précise. L'échographie vient compléter l'anamnèse et l'examen physique, un peu comme un stéthoscope moderne. Les thématiques de formation sont d'ailleurs choisies en fonction des indications validées en médecine générale.

Un mot de conclusion pour les médecins intéressés ?

Sonia GOUDJIL : L'échographie en médecine générale connaît à nouveau un réel engouement, avec une demande en hausse ces derniers mois. La mise à jour de cette page s'inscrit dans cette dynamique. J'invite les médecins à aller découvrir la nouvelle page de la cellule échographie sur le site de la SSMG pour se faire une idée claire de l'offre de formation et, pourquoi pas, franchir le pas de l'échographie clinique ciblée.

Infos pratiques

La nouvelle page Échographie est dès à présent disponible sur le site web de la SSMG à l'onglet « Cellules spécifiques ».

https://www.ssmg.be/avada_portfolio/echographie/?portfolioCats=182

Noé Van Schelvergem

Formation « Ponctions & infiltrations »

DES GESTES SIMPLES POUR UNE AIDE EFFICACE AU CABINET



Le Dr Jacques VAN DER STRAETEN nous présente la formation « Ponctions et infiltrations », une formation très demandée qui vise à outiller concrètement les MG dans leur pratique quotidienne de première ligne.

Pourquoi proposer une formation sur les ponctions et infiltrations ?

Jacques VAN DER STRAETEN : Cette formation est directement inspirée de ma pratique, à cheval entre médecine générale et médecine du sport. Dans ce cadre, j'ai appris et je pratique des infiltrations lorsque cela s'impose. Précédemment, plusieurs formations autour de l'appareil locomoteur étaient proposées, notamment sur le genou, la colonne lombaire ou l'épaule, mais c'est clairement la formation sur les infiltrations qui a rencontré le plus de succès et suscité le plus de demandes. C'est donc elle qui a perduré.

À qui s'adresse cette formation ?

Y a-t-il des prérequis ?

Jacques VAN DER STRAETEN : Il n'y a aucun prérequis particulier, si ce n'est celui de pratiquer la médecine générale. La formation s'adresse avant tout aux médecins généralistes de première ligne, afin de les aider concrètement dans leur cabinet, sans devoir recourir à une guidance échographique pour ce geste.

Qu'est-ce que cette formation peut changer dans la pratique de médecine générale ?

Jacques VAN DER STRAETEN : Elle permet avant tout de ne plus rater des occasions d'aider efficacement les patient·es pour des pathologies courantes. Dans de nombreux cas, l'infiltration est soit thérapeutique, soit au minimum d'une grande aide, avec un effet rapide et relativement durable. Elle permet aussi, bien souvent, d'éviter un recours à la chirurgie. Par exemple, pour les infiltrations du poignet ou de la main, l'alternative étant souvent l'orientation vers l'orthopédiste, qui commencera de toute façon par une infiltration avant d'envisager une chirurgie, une option à éviter autant que possible pour nos patient·es.

Pouvez-vous nous présenter le contenu de la formation ?

Jacques VAN DER STRAETEN : La formation débute par une introduction générale qui rappelle les contre-indications aux infiltrations. Nous abordons

également certaines ponctions, notamment au niveau du genou, qui sont des actes simples mais indispensables, tant pour l'examen clinique que pour orienter la prise en charge et le traitement.

Il est aussi important de préciser ce qui ne sera pas vu, à savoir, les infiltrations, soit à risque, soit peu utiles, comme celles de la colonne dorsale, lombaire ou cervicale réalisées au cabinet, ou encore les infiltrations de tendons, qui se sont révélées plus néfastes que bénéfiques à long terme.

L'atelier se concentre donc volontairement sur des gestes relativement simples mais qui sont aussi les plus utiles. Les repères anatomiques sont indiqués directement sur les participant·es, car chaque anatomie est différente. Par exemple, pour l'épaule, la voie d'abord dépend de l'anatomie propre à chaque patient·e. J'explique aussi pourquoi, malgré sa popularité, l'infiltration de l'épaule est souvent une indication discutable et rarement réellement thérapeutique, contrairement aux autres infiltrations qui sont abordées durant la formation.

Qui assure la formation ?

Jacques VAN DER STRAETEN : Pour l'instant, c'est moi seul. Cette formation est aussi le fruit de mes quarante années d'expérience comme médecin généraliste et médecin du sport. J'arrive bientôt à l'âge de la pension et je suis tout à fait prêt à passer le flambeau à tout·e candidat·e qui souhaiterait reprendre cette formation en charge.

Y a-t-il des nouveautés dans cette édition ?

Jacques VAN DER STRAETEN : Il n'y a pas de nouveauté à proprement parler. Le contenu repose sur ce qui a été éprouvé et fonctionne bien. Cela dit, à côté des infiltrations, j'aborde aussi l'utilisation de l'acide hyaluronique, notamment pour le genou ou encore le pouce ou la cheville, même si ces techniques existent déjà depuis plusieurs années.

Un message ou une conclusion à partager ?

Jacques VAN DER STRAETEN : J'encourage toujours les participant·es à repartir avec la décision ferme de ne plus hésiter à infiltrer ou à ponctionner quand c'est indiqué. Ne pas attendre pour infiltrer un doigt à ressaut, un canal carpien, ne pas renoncer à ponctionner un genou ou à infiltrer un genou méniscal chez un·e patient·e arthrosique. C'est là une situation fréquente mais généralement méconnue et elle répond très bien à une très simple infiltration. Pour notre bonheur, ce sont finalement les actes les plus simples qui sont aussi les plus efficaces.

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 :

Lola Carrasco, Thérèse Delobbeau, Danielle Edorh, Cristina Garcia, Thaïs Langhoor, Sophie Lixon,
Julie Marchal, Carine Morin, Lucie Ongena, Noé Van Schelvergem et Joëlle Walmagh

RÉPONSES AUX PRÉTESTS !

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

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:

Vallée de l'Ourika, Haut Atlas Marocain

© Laurence DERYCKER

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** ».