

RMG

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

MG & Addictions

6

**Nouveaux produits nicotinés :
quoi de neuf docteur ?**

Livre lu

17

Ce n'est pas toi que j'attendais

Petite Clinique

18

**Le cannabis et ses conséquences
bucco-dentaires**

Premier Congrès de Médecine Générale Belge

La médecine générale belge fait face à de grands défis ainsi qu'à des opportunités uniques. Le Congrès national du 19 septembre « General Practice in Belgium – Bridging Practices » à Wavre, réunira des médecins généralistes de tout le pays pour débattre autour d'une question centrale :

Comment façonner aujourd'hui et demain une médecine générale de qualité en Belgique, au-delà des frontières linguistiques et régionales ?

Ce congrès, en collaboration avec Domus Médica, mettra explicitement l'accent sur les échanges entre le nord et le sud, avec un espace dédié au dialogue, à l'inspiration et à la collaboration. Le programme combinera des sessions orientées vers la pratique avec des thématiques sociétales actuelles et des innovations tournées vers l'avenir dans les soins de première ligne.



Bridging Practices
National Congress: General Practice in Belgium

 **19 / 09 / 2026**  **La Sucrierie, Wavre**

Save the date!

Les infos et inscriptions sont disponibles ici :

<https://www.ssmg.be/formation-30045/>





Dr^e Kandire ARTEAGA MICHAUX
Médecin généraliste et membre SSM-J
ssmj@ssmg.be

La Robustesse, un nouvel enjeu pour les jeunes médecins

La robustesse en médecine générale suppose de repenser la santé de façon plus intégrative

Jeune membre SSM-J, j'organise des formations sur des sujets divers : infections pédiatriques, gestes techniques, éthique ou sexualité des seniors... Le champ des possibles est infini.

Cependant, «se former au mieux» est devenu de plus en plus complexe dans un contexte qui nous pose de nombreux défis, en tant que jeunes médecins généralistes : les réformes budgétaires, la situation socio-économique du pays qui tend à s'aggraver alors que les droits sociaux sont de plus en plus restreints, les conflits politiques mondiaux et tous les drames écologiques actuels dont nous ne mesurons pas suffisamment l'ampleur. Comment y parvenir ? Il faudrait arriver à prodiguer les meilleurs soins à nos patient·es (niveau nano) dans une bonne entente et collaboration avec nos collègues (niveau micro) au sein d'un quartier et d'une commune qui encouragent la promotion à la santé (niveau méso) et dans un pays politiquement et socialement juste et stable (niveau macro). Chacun de ces niveaux constitue un défi à lui tout seul, tout en interagissant et s'influençant mutuellement, ce qui a bien sûr des effets sur la santé de nos patient·es.

Pour répondre à cette volonté de considérer les patient·es dans un contexte général, des concepts comme l'ASCOP (Aide et Soins centrés sur les Objectifs de la Personne)^a ou la Santé Positive^b, permettent de mettre en évidence les compétences de réflexion et d'action développées par nos patient·es pour faire face aux aléas de la vie^c. Grâce à ces approches, le·la médecin·e essaye de prendre en considération les différents facteurs qui agissent sur la santé afin de prodiguer des soins le plus possible en accord avec la réalité de chaque patient·e. Pourtant, leur mise en pratique se heurte à une réalité brutale : nous sommes toujours débordé·es, asphyxié·es par

l'administratif et en quête perpétuelle d'un équilibre vie pro/vie perso.

C'est ici que les travaux du biologiste français Olivier Hamant prennent tout leur sens ! En effet, son idée principale est que le paradigme de la *performance* qui domine le fonctionnement des insti-

tutions et des individus dans les sociétés industrialisées est arrivé à son terme. Il propose de remplacer celui-ci par le paradigme de la *robustesse* qui suppose de «maintenir le système stable malgré les fluctuations, à court terme et à plus long terme. Cela implique d'avoir des plans B, de la redondance et une grande diversité d'options (...) C'est l'adaptabilité pour pouvoir gérer des fluctuations, donc trouver des chemins de traverse, explorer, expérimenter, diversifier^d.» La médecine générale a besoin de la performance comme d'un outil ponctuel et tranchant, mais elle doit s'inscrire dans une structure de robustesse pour rester durable et viable. La robustesse en médecine générale suppose de repenser la santé de façon plus intégrative, en tenant compte des différents niveaux de décision mentionnés ci-dessus, en envisageant aussi la santé des êtres humains en lien avec la santé sociale et la santé des milieux naturels.

Mettons donc en avant la coopération, la résilience et la créativité pour avancer dans cette voie ! En diversifiant nos pratiques, en nous impliquant dans des réflexions collectives, voire politiques, et en collaborant avec le tissu associatif et les acteurs·rices locaux·ales, nous rendrons notre métier plus **robuste** et, par conséquent, moins exposé à l'épuisement professionnel !

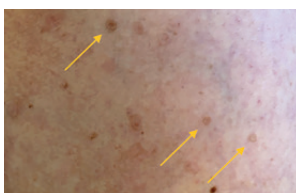
Je reste convaincue que nous avons choisi la plus belle des spécialités. À nous de construire les marges de manœuvre nécessaires pour que cela dure le plus longtemps possible !

a. Association des Sommets Francophones. (s. d.). *Présentation*. ASCOP. <https://ascop-francophonie.org/presentation>

b. Institute for Positive Health. (s. d.). *What is it ?* <https://www.iph.nl/en/positive-health/what-is-it/>

c. Arteaga Michaux, Kandire. *L'utilisation de l'outil de dialogue de santé positive du point de vue des patients*. Congrès du CMG 2025. <http://hdl.handle.net/2078.1/308615>

d. Hamant, O. *En basculant de la performance à la robustesse, nous entrerons dans un monde viable*. Interview réalisée par Cédric Polère. Millénaire 3. (2024). Disponible en ligne : <https://millenaire3.grandlyon.com/Interview/2024/olivier-hamant-en-basculant-de-la-performance-a-la-robustesse-nous-entrerons-dans-un-monde-viable>



ÉDITORIAL

3

La Robustesse, un nouvel enjeu pour les jeunes médecins

par la D^{re} Kandire ARTEAGA MICHAUX

MG & ADDICTIONS

6

Nouveaux produits nicotinés : quoi de neuf docteur ?

par M. Adrien MEUNIER

L'apparition de nouveaux produits du tabac, leurs accès et leurs disponibilités nous incitent à réfléchir. Sont-ils une vraie solution « plus sûre » ou une nouvelle stratégie des industriels pour perpétuer la dépendance ? Quelle est la législation en Belgique par rapport à ces nouveaux produits ?

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE

13

Une dermatose peu fréquente

par la D^{re} Camille DUBUS

Je découvre de multiples petites lésions infracentimétriques disséminées sur tout le corps de cette patiente, et en particulier sur les zones photo-exposées.

DIAGNOSTIC PAR L'IMAGE

15

Une cocarde peu conventionnelle !

par les D^{rs} Pierre FRANCES, Fanny NEBOUT, Guilhem DABOSI et Sami MANJAOU

Alphonse, 57 ans, vient me consulter pour un second avis car il présente au niveau du dos une lésion violette encerclée par une plaque hypopigmentée. Il explique que cette formation est apparue il y a un peu plus de 6 mois et qu'elle est asymptomatique.

LIVRE LU

17

Ce n'est pas toi que j'attendais

par la D^{re} Caroline MICHOT

PETITE CLINIQUE

18

Le cannabis et ses conséquences bucco-dentaires

par les D^{rs} Pierre FRANCES, Gabriel TAPIE, Ugo DI PLACIDO, Ulysse COMTE et Hichem OUFRI

Romuald, 52 ans, vient nous consulter en urgence car, depuis 3 jours, il a constaté un œdème de la partie droite de son visage et, parallèlement, il explique avoir des douleurs dentaires depuis quelques mois.

FICHE SSMG - CELLULE VACCINATION

22

Tous ensemble, disons stop à l'épidémie de rougeole !

REVUE DES REVUES

23

par les D^{res} Camille DUBUS et Caroline MICHOT

LA REVUE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

434

juin
2026

SANTÉ MENTALE DES JEUNES ENFANTS

25

La santé mentale des jeunes enfants (0-5 ans) : avis du CSS n°9742

par M^{me} Sylvie GERARD, la D^{re} Isabelle DALEM, M^{me} Cindy MOTTRIE
et la D^{re} Françoise VANHALLE

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a publié en novembre 2025 un avis concernant la santé mentale du jeune enfant (0-5 ans). Les besoins spécifiques de cette tranche d'âge sont rarement exprimés et la santé mentale infantile reste insuffisamment reconnue dans les politiques publiques, alors qu'elle constitue un enjeu crucial de santé publique.

VIE DE LA SSMG

par Noé VAN SCHELVERGEM

GJ DE CHARLEROI – 26/09/26

28

LES CINQ SENS

Le Dr Jean-Marie Ledoux, Président de la Commission de Charleroi, nous présente cette Grande Journée consacrée aux cinq sens : « Voir, entendre, sentir, goûter, toucher : les sens en médecine générale ».

GJ DU LUXEMBOURG – 03/10/26

28

NUTRITION À TRAVERS LES ÂGES

Le Dr Yves Guening, Président de la Commission du Luxembourg, nous parle de cette Grande Journée sur le thème « Nutrition à travers les âges ».

GRANDE JOURNÉE RAMPE-ÂGE 2026

29

L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE AU CŒUR DE L'INTERDISCIPLINARITÉ

La prochaine Grande Journée RAMPE-ÂGE mettra à l'honneur l'insuffisance rénale chronique chez la personne âgée à domicile. Pour en savoir plus sur cette formation, nous avons rencontré le Dr Vincent Momin, membre de l'équipe organisatrice.

WEBINAIRE BELPREG 2026

30

MÉDICAMENTS ET MALADIES IMMUNITAIRES AUTOUR DE LA GROSSESSE

Un nouveau webinaire de BELPREG s'est tenu le 2 avril 2026 autour d'une thématique essentielle : l'utilisation des médicaments dans les maladies immunitaires avant, pendant et après la grossesse. Pour revenir sur cet événement, nous avons rencontré le Dr Michael Ceulemans, coordinateur du registre de grossesse BELPREG.

AGENDA

31

RÉPONSES AU PRÉTEST

31

Nouveaux produits nicotinés : quoi de neuf docteur ?

par M. Adrien MEUNIER*

* Tabacologue spécialisé dans les nouveaux produits du tabac et de la nicotine
Hôpital de la Citadelle, 4000 Lg
adrien.meunier@citadelle.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.

ABSTRACT

E-cigarettes, puffs, nicotine, heated tobacco... are particularly « trendy » and are presented as « more responsible », « reduced-risk », and « intended for smokers » products. The stated goal is to replace smoked tobacco with a « safer » product. Companies are not lacking in imagination when it comes to flooding the market with these new concepts.

Keywords : electronic nicotine delivery systems, tobacco products, tobacco use disorder, nicotine, risk perception, legislation, harm reduction.

RÉSUMÉ

E-cigarettes, puffs, sachets de nicotine, tabac chauffé... sont particulièrement « tendance » et présentés comme des produits « plus responsables », « à risque réduit » et « destinés aux fumeurs ». L'objectif annoncé est de remplacer le tabac fumé par un produit « plus sûr ». Les entreprises ne manquent pas d'imagination pour inonder le marché de ces nouveaux concepts.

Mots-clés : systèmes électroniques de délivrance de nicotine, produits du tabac, dépendance au tabac, nicotine, perception des risques, législation, réduction des risques.

L'apparition de nouveaux produits du tabac, leurs accès et leurs disponibilités nous incitent à réfléchir. Sont-ils une vraie solution « plus sûre » ou une nouvelle stratégie des industriels pour perpétuer la dépendance ? Quelle est la législation en Belgique par rapport à ces nouveaux produits ?

Prétest

Vrai Faux

1. La cigarette électronique peut être envisagée chez certains fumeurs dans une démarche de sevrage tabagique. ☐ ☐
2. Les puffs et les sachets de nicotine sont autorisés en Belgique pour aider au sevrage tabagique. ☐ ☐
3. La prise eLes systèmes de tabac chauffé ne produisent aucun produit toxique ☐ ☐

Réponses en page 31.

Ces 10 dernières années, une multitude de nouveaux produits du tabac et de la nicotine ont envahi le marché, créant des polémiques au sein du public, des scientifiques et des professionnels de la santé.

Il paraît essentiel de connaître ces différents produits ainsi que les dernières recommandations des hautes instances de santé afin de pouvoir évaluer l'utilité ou non de ces produits et les risques qu'ils peuvent présenter pour nos patients.

Quels sont ces nouveaux produits du tabac et de la nicotine ?

L'e-cigarette

En 2004, un pharmacien chinois a mis au point un nouveau système de délivrance de nicotine permettant de contourner la problématique de la combustion. Cette alternative à la cigarette classique est appelée e-cigarette, cigarette électronique, vapoteuse ou encore vape.

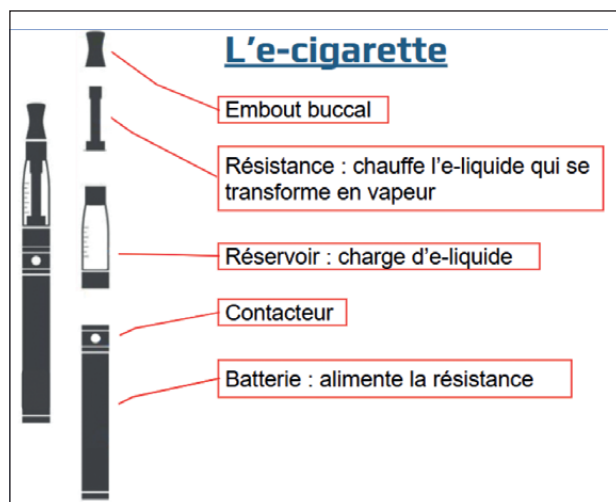
Le commerce de l'e-cigarette connaît un essor en Belgique à partir de 2016. Le principe de fonctionnement est similaire pour tous les modèles de vapoteuses. La vapoteuse est constituée d'une batterie, d'une résistance et d'un embout buccal. La batterie chauffe la résistance qui, en contact avec le e-liquide, transforme ce dernier en vapeur inhalée par le vapoteur. Il n'y a donc ni combustion ni production de fumée.

L'e-liquide est composé de glycérine végétale et de propylène glycol (produits que l'on retrouve dans les cosmétiques) qui ont la particularité de se transformer en vapeur à basse température (< 200 degrés). Il contient également des



arômes pour apporter un goût plaisant, de l'eau pour fluidifier le liquide et éventuellement de la nicotine (de 0 à 20 mg) afin d'éviter les symptômes de sevrage.

Image 1. Anatomie d'une e-cigarette (réalisation Adrien Meunier).



La toxicité ?

Un poumon est naturellement conçu pour respirer de l'air. Toute autre substance inhalée est donc potentiellement nocive. Cependant, pour un fumeur qui aspire une fumée composée de plus de 7000 substances toxiques et/ou cancérogènes issues de sa cigarette combustible, inhaler de la vapeur semble préférable en termes de réduction des risques.

Le ministère de la Santé anglais a publié en 2022 un résumé des études portant notamment sur la toxicité des e-cigarettes : à court et moyen terme, le vapotage ne représente qu'une petite fraction des risques du tabagisme. Vapoter n'est pas sans risque, surtout pour les personnes qui n'ont jamais fumé. Les preuves sont néanmoins principalement limitées aux effets à court et moyen terme ; des études évaluant le vapotage à plus long terme (plus de douze mois) sont nécessaires.⁽¹⁾

D'autres études stipulent qu'un e-liquide chauffé à forte température entraîne la production de formaldéhyde (cancérogène) et d'acroléine (toxique)^(2,3). En effet, les carbonyles (formaldéhyde, acroléine) augmentent avec la puissance de l'appareil et la durée des bouffées^(4,5). De plus, une quantité de liquide insuffisante ou la surchauffe de résidus pourraient accroître la libération de carbonyles et la forte viscosité de la glycérine végétale entraînerait un encrassement rapide de la résistance avec en conséquence une possibilité de surchauffe des résidus^(6,7).

Il existe des milliers d'arômes sur le marché⁽⁸⁾. Les arômes les plus sucrés contiennent plus d'additifs aromatisants que les arômes de tabac et de menthol⁽⁹⁾. Chauffer ces liquides entraînerait la formation de furanes toxiques⁽¹⁰⁾.

Les niveaux de substances toxiques sont plus élevés lorsque des dispositifs à forte puissance sont utilisés pour vaporiser des liquides à faible concentration de nicotine, et sont plus faibles avec des dispositifs à faible puissance et à forte concentration de nicotine⁽¹¹⁾.

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a récemment publié un rapport sur les risques sanitaires liés aux produits de vapotage⁽¹²⁾.

Le rapport évalue notamment le poids des preuves concernant la probabilité de survenue d'effets néfastes chez l'humain en lien avec l'utilisation de la cigarette électronique⁽¹²⁾.

L'Anses conclut notamment à⁽¹²⁾ :

- la survenue probable d'effets cardiovasculaires (augmentation de la pression artérielle, augmentation de la fréquence cardiaque...) lorsque le e-liquide contient de la nicotine ;
- la survenue possible d'effets sur les voies respiratoires et la cancérogenèse, que le e-liquide contienne ou non de la nicotine.

Tableau 1. Récapitulatif du poids des preuves pour le vapotage, en comparaison avec le tabac fumé.⁽¹²⁾

	INSUFFISANT	POSSIBLE	PROBABLE	AVÉRÉ
Effets sanitaires néfastes	Poids des preuves pour les émissions de cigarette électronique		Poids des preuves pour la fumée de tabac	
Effets cardiovasculaires – Population générale ↑PA, ↑FC,... en présence de nicotine		Probable		Avéré
Effets respiratoires – Population générale Risque de survenue de BPCO		Possible (pas de lien de causalité prouvé)		Avéré
Effets cancérogènes – Population générale		Possible (pas de lien de causalité prouvé)		Avéré

Concernant les **effets respiratoires**, le rapport de l'Anses évoque également un risque augmenté de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) lié à l'utilisation de la cigarette électronique. Néanmoins, il est compliqué d'établir un lien de causalité exclusif entre l'usage de la cigarette électronique et la survenue d'une BPCO. En effet, en France, 98 % des vapoteurs sont fumeurs ou anciens fumeurs. De plus, les études analysées dans le rapport de l'Anses évaluent l'exposition des vapoteurs aux émissions des cigarettes électroniques sur des périodes inférieures à 5 ans alors que la BPCO apparaît généralement au-delà d'une décennie d'exposition tabagique. La maladie pourrait donc être davantage liée au tabagisme plutôt qu'aux émissions du vapotage.⁽¹²⁾

Concernant les **effets cancérogènes**, le rapport fait état de possibles modifications biologiques compatibles avec les premières étapes de la cancérogenèse (plusieurs travaux expérimentaux chez l'animal et quelques études chez l'humain). Ces observations ne permettent pas d'établir un lien de causalité. En effet, les données actuelles obtenues chez l'humain sont issues d'études menées sur des durées d'exposition courtes alors que « (...) le développement d'un cancer est un processus souvent long, progressif, et multifactoriel (...) ».⁽¹²⁾

Soulignons que le vapotage étant un comportement relativement récent, nous ne sommes pas encore en mesure d'évaluer son impact sanitaire à long terme. Ce manque de recul pourrait expliquer l'absence actuelle de maladies chroniques avérées chez les vapoteurs n'ayant jamais fumé.⁽¹²⁾

De plus, les études expérimentales évaluant la toxicité du vapotage (in vitro et in vivo) présentent certaines limites, comme la difficulté de transposer les résultats des modèles animaux à l'humain. Une standardisation accrue des méthodes utilisées dans les études futures renforcerait la fiabilité de l'interprétation des résultats.⁽¹²⁾

Les risques liés à l'exposition aux aldéhydes ont également été estimés dans ce rapport et ne peuvent être exclus dans le cas du vapotage, notamment pour ceux qui vapotent beaucoup.⁽¹²⁾

L'exposition aux aldéhydes dépend :

- du matériel utilisé (Box Mod/Pod Mod) (voir le QR code en fin d'article pour en savoir plus) ;
- du e-liquide utilisé (attention aux arômes sucrés) ;
- de l'entretien des résistances ;
- du taux de nicotine utilisé...

Cependant, le vapotage conduit toujours à une forte réduction de l'exposition aux aldéhydes par rapport à la cigarette fumée.⁽¹²⁾

En l'état actuel des connaissances, les risques sanitaires liés au vapotage ne dépassent, ni en gravité ni en niveau de preuve, ceux observés pour le tabac

fumé. L'Anses souligne que l'absence de combustion reste l'avantage majeur du vapotage.⁽¹²⁾

L'e-cigarette, efficace dans le cadre d'un sevrage ?

La revue Cochrane de janvier 2025 mentionne que les vapoteuses avec nicotine augmentent les taux d'arrêts par rapport aux substituts nicotiniques⁽¹³⁾. Le juste dosage de nicotine est évidemment un paramètre déterminant afin d'éviter les symptômes de manque ainsi qu'un comportement compensatoire qui se marquerait par une quantité plus importante d'e-liquide inhalé^(14,15).

Il existe deux types de nicotine pour les e-cigarettes : la nicotine libre et les sels de nicotine. Les sels de nicotine, moins irritants en bouche, permettent une délivrance de nicotine au cerveau fort semblable à celle d'une cigarette combustible. Bien que cela apparaisse particulièrement problématique dans le cas d'une consommation par un non-fumeur étant donné leur caractère plus addictif que la nicotine libre, les sels de nicotine sont, en revanche, particulièrement adaptés pour les patients fumeurs très nicotino-dépendants qui souhaitent arrêter de fumer sans signes de sevrage⁽¹⁶⁻¹⁹⁾.

Lors d'un arrêt tabagique, les substituts nicotiniques sont utilisés en première intention, et le bupropion ou la varénicline en deuxième intention. La e-cigarette est envisagée seulement dans certains cas, de préférence en combinaison avec des substituts nicotiniques (patchs, comprimés...) et seulement si les autres méthodes se sont révélées inopérantes, ou encore lorsque le patient l'utilise déjà ou est fort motivé par cette méthode⁽²⁰⁾.

De plus, comme le recommande, entre autres, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le dernier rapport de l'Anses, on évite la vapoteuse chez les femmes enceintes et chez les jeunes^(12,21).

La vape peut être un bon outil pour arrêter de fumer ou pour éviter la rechute à condition de conseiller le bon modèle, le taux de nicotine adéquat et de limiter son utilisation dans le temps.

Pour un sevrage adéquat, il est important de choisir une e-cigarette qui ne chauffe pas trop le liquide afin d'éviter la production d'acroléine et de formaldéhyde, ainsi que des e-liquides non sucrés afin d'éviter la production de furanes toxiques. Il faudra également veiller à limiter le nombre d'additifs aromatisants et au bon dosage de nicotine afin d'éviter tout symptôme de manque. Enfin, il est primordial d'éviter le double usage (tabac + e-cigarette).

Les jeunes face au vapotage

Les puffs sont des e-cigarettes compactes préréplées, prêtes à l'emploi et jetables. Elles sont apparues en 2019 et posent particulièrement question. En effet,



la promotion qui en est faite par des influenceurs sur les réseaux sociaux, leur prix démocratique, leur facilité d'utilisation, leur design tendance et la panoplie d'arômes très attractifs (barbe à papa, bubble-gum, fruits...) participent à favoriser l'initiation des jeunes en diminuant la perception des risques⁽²²⁾. C'est surtout la multiplicité des arômes qui attire les jeunes, favorisant ainsi leur initiation à la nicotine⁽²²⁾. Une enquête sur l'utilisation de la puff a été menée par le Fonds des affections respiratoires (FARES) entre juin 2023 et octobre 2024 auprès de 293 jeunes âgés de 11 à 24 ans⁽²³⁾ : 92 % d'entre eux connaissaient la puff et 81 % des jeunes qui vapotent utilisent des produits contenant de la nicotine (dose élevée de 20 mg/ml). La principale raison de consommation est la diversité des goûts (75% des répondants)⁽²³⁾.

La Fondation contre le cancer a également réalisé une enquête sur les jeunes et le vapotage en 2023⁽²⁴⁾ : 86 % des 15-20 ans qui vapotaient utilisaient les puffs et 72 % des jeunes de la même tranche d'âge qui vapotaient utilisaient principalement des produits contenant de la nicotine. D'après cette enquête, le vapotage pourrait être un tremplin majeur vers le tabagisme chez les jeunes⁽²⁴⁾. La plupart des puffs étant composées de sels de nicotine hautement addictifs, les jeunes risquent de devenir plus rapidement et fortement dépendants. De plus, la nicotine a un impact négatif sur les cerveaux en développement⁽²⁵⁾. En effet, de nombreuses études ont déjà montré les impacts négatifs de la nicotine sur le cerveau en développement (au-dessous de 25 ans) tels que des difficultés de concentration, d'apprentissage et de gestion des émotions...⁽²⁵⁾ Une enquête menée auprès de 400 élèves de deuxième secondaire révèle que tous connaissent au moins une personne dans leur entourage qui vape, et que la majorité d'entre eux connaît également un camarade qui vend des vapes⁽²⁶⁾.

Il existe depuis peu, dans les puffs, une molécule apparentée à la nicotine mais structurellement différente : la 6-méthyl-nicotine (également appelée Metatine® ou NoNic®). La 6-méthyl-nicotine est un analogue artificiel de la nicotine, dont la structure a été modifiée par l'ajout d'un groupement méthyle^(27,28). Cette différence lui permet de ne pas être classée comme de la « nicotine » au sens légal du terme, ce qui entraîne un flou juridique^(29,30). La 6-méthyl-nicotine se lie aux mêmes récepteurs nicotiniques que la nicotine traditionnelle et selon les données disponibles, exercerait même une action plus marquée, ce qui suggère un potentiel addictif plus élevé⁽³¹⁾.

Quelles recommandations en Belgique ?

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a publié en juin 2022 des recommandations mises à jour en janvier 2026 par rapport à l'e-cigarette. L'e-cigarette n'est pas sans risque, mais elle est considérée

comme moins nocive qu'une cigarette classique. Elle peut être utilisée comme aide au sevrage tabagique. En revanche, elle est déconseillée pour les non-fumeurs et en particulier pour les jeunes ainsi que pour les femmes enceintes.⁽³²⁾

En conclusion, les e-cigarettes constituent un traitement efficace contre la dépendance au tabac⁽³²⁾.

Il est par contre indispensable de protéger les non-fumeurs et les jeunes du vapotage.

Dans cette optique, la Belgique a interdit la puff (cigarette électronique jetable) depuis le 1^{er} janvier 2025. Elle interdira également à partir du 1^{er} septembre 2028, les arômes attractifs dans les cigarettes électroniques à l'exception des arômes tabac et neutre.

Image 2. E-cigarette Box Mod, e-cigarette avec Pods et puff.

E-Cigarette Box Mod 	Nicotine « classique » Grand Choix d'arômes Do it yourself (DIY)	E-Cigarette puissante Beaucoup de vapeur Consommation importante de liquide Liquide faiblement dosé en nicotine	 INHALATION DIRECTE en une seule étape
E-Cigarette avec Pods 	Sels de nicotine Nicotine hybride Peu de choix d'arômes Pods scellé/rechargeable	E-Cigarette peu puissante Peu de vapeur Faible consommation de liquide	 INHALATION INDIRECTE en deux étapes
Puff 	Sels de nicotine Sels de nicotine synthétique Arômes attractifs Jetable	Inhalation similaire à la cigarette Possibilité de liquide fortement dosé en nicotine	

Le tabac chauffé

Lancé en 2014, ce dispositif électronique fonctionne à l'aide de mini-cigarettes appelées « HEETS® », composées notamment de tabac et d'un filtre. Une lame chauffante insérée dans le dispositif chauffe le tabac jusqu'à environ 350°C, provoquant une pyrolyse qui libère un aérosol inhalé par l'utilisateur. Les recharges sont proposées en plusieurs saveurs. Les fabricants présentent ce produit comme une alternative visant à réduire les risques liés au tabagisme.⁽³³⁾ Or, plusieurs études montrent qu'il y a une combustion incomplète et donc une production de produits toxiques similaires aux produits présents dans la fumée de la cigarette combustible mais dans de moindres proportions⁽³⁴⁾.

La marque la plus répandue est IQOS® (« I Quit Ordinary Smoking »), développée par Philip Morris International. À ce jour, aucune donnée scientifique ne permet d'affirmer que le tabac chauffé est moins nocif pour la santé que les autres produits du tabac.⁽³³⁾

En avril 2020, le CSS a publié des recommandations par rapport aux systèmes de tabac chauffé⁽³⁵⁾ : « (...) les nouveaux produits à base de tabac chauffé sont

à considérer comme des produits à base de tabac et les règles à appliquer doivent être identiques à celles des produits à base de tabac (...) Bien que les produits à base de tabac chauffé ne brûlent pas le tabac, ils libèrent de la nicotine et des composés nocifs. Les niveaux d'émission et d'exposition de ces derniers sont moindres mais pas nécessairement négligeables par rapport à la cigarette classique (...) Les produits à base de tabac chauffé ne peuvent être utilisés dans un processus de sevrage tabagique (...)».

Les sachets de nicotine ou « nicotine pouches »

Les pouches sont des petits sachets de nicotine orale sur un support de cellulose végétale. Ils sont déclinés en de nombreuses saveurs et contiennent de fortes doses de nicotine, pouvant aller jusqu'à 47,5 mg/sachet⁽³⁶⁾.

Les pouches sont à distinguer des snus interdits en Europe. Le snus est une poudre de tabac humide qui est généralement placée sous la lèvre supérieure, délivrant de la nicotine au contact de la salive. Les sachets de nicotine s'utilisent de la même manière mais ne contiennent pas de tabac : ils sont composés de fibres végétales et d'une poudre blanche contenant de la nicotine. Les sachets de nicotine posent problème vu leur teneur en nicotine très élevée et les arômes fortement attractifs qui semblent viser spécialement les jeunes.

Ces sachets de nicotine font en effet un « tabac » chez les jeunes. Malgré leur interdiction en Belgique depuis le 1^{er} octobre 2023, ils sont très présents dans le milieu sportif (football, hockey...). Ces sachets, hautement dosés en nicotine, procurent un effet stimulant et permettent d'augmenter les capacités sportives (la nicotine n'est pas considérée comme un produit dopant). Comme pour la puff, la panoplie d'arômes très attractifs (barbe à papa, bubble-gum, fruits...) participe à favoriser l'initiation des jeunes en diminuant leur perception des risques.

Les Nicopop®

Derniers venus sur le marché, les Nicopop® se présentent sous la forme de perles sublinguales de nicotine, aux goûts variés tels que menthe glaciale, tropical, fruits rouges... La teneur en nicotine est plus faible que dans les autres produits (0,4 mg/perle) mais on peut prendre plusieurs perles à la fois selon l'intensité recherchée. Leur goût est nettement moins piquant que dans les substituts.

On ne dispose pas encore d'un recul suffisant par rapport à ce produit.

Conclusion

Une multitude de nouveaux produits du tabac et de la nicotine ont envahi le marché. Leur évolution est rapide et les produits de plus en plus nombreux, variés et non sans risque. Que ce soit au niveau du marketing, des messages promotionnels ou de la diversité des produits présentés, l'objectif des fabricants est de semer la confusion et de contourner les réglementations en vigueur pour attirer de nouveaux consommateurs nicotinodépendants.

Pour rappel, les puffs ainsi que les sachets de nicotine sont interdits en Belgique vu leur teneur en nicotine très élevée et leurs arômes très attractifs qui semblent viser les jeunes.

Les systèmes de tabac chauffé ne peuvent pas être utilisés dans un processus de sevrage tabagique car il y a une combustion incomplète et donc une production de produits toxiques similaires aux produits présents dans la fumée de la cigarette combustible⁽³⁵⁾.

Le recours ou non à la cigarette électronique dépend du public cible visé⁽³²⁾ :

- **pour les non-fumeurs et les jeunes** : ne jamais vapoter, éviter toute forme de banalisation, sensibiliser les jeunes et diminuer l'attractivité des produits ; la cigarette électronique n'est pas sans risque pour ces groupes ;
- **pour les fumeurs** : la cigarette électronique peut être une solution alternative transitoire et doit s'inscrire dans une démarche de sevrage tabagique en usage exclusif, et en complément des dispositifs d'accompagnement existants ;
- **pour la femme enceinte** : privilégier l'arrêt complet de la cigarette fumée avec un accompagnement par un professionnel de santé et des traitements de substitution nicotinique traditionnels, sans utiliser la cigarette électronique ;
- **pour les professionnels de santé** : informations et formations nécessaires sur les risques et bénéfices liés aux vapotages et sur les modalités d'usage de l'e-cigarette dans le cadre d'un sevrage tabagique.



En pratique

Envie d'approfondir le sujet ?

> Scannez-moi :



> Suivez le nouvel e-learning de la SSMG « La cigarette électronique » sur : <https://www.ssmg.be/courses/la-cigarette-electronique/>

> Téléchargez la brochure dédiée à la cigarette électronique du FARES sur : https://www.fares.be/sites/default/files/documentation/2026_FAR_Brochure_Cigarette_Electronique_A5_8pages_v4_Digital.pdf

> Téléchargez aussi l'affiche « Ce n'est pas juste de la vapeur » pour votre salle d'attente sur : https://www.ssmg.be/wp-content/uploads/Cellules-spec/Tabac/AfficheTabacVapeur_A3_FR_fin.pdf

Bibliographie

- Office for Health Improvement and Disparities. Nicotine vaping in England: 2022 evidence update main findings [Internet]. London: UK Government; 2022. Disponible sur : <https://www.gov.uk/government/publications/nicotine-vaping-in-england-2022-evidence-update/nicotine-vaping-in-england-2022-evidence-update-main-findings>
- Dupont P, Aubin HJ. Exposition des vapoteurs au formaldéhyde et à l'acroléine : revue systématique. Rev Mal Respir. 2019; 36: 752-800. Disponible sur : <https://hal.science/hal-03487921/document>
- Dusautoir R, Zarcone G, Verrielle M, Garçon G, Fronval I, Beauval N, et al. Comparison of the chemical composition of aerosols from heated tobacco products, electronic cigarettes and tobacco cigarettes and their toxic impacts on the human bronchial epithelial BEAS-2B cells. J Hazard Mater. 2021 Jan 5; 401: 123417. DOI: 10.1016/j.jhazmat.2020.123417.
- Talih S, Balhas Z, Eissenberg T, Salman R, Karaoghlanian N, El Hellani A, et al. Effects of user puff topography, device voltage, and liquid nicotine concentration on electronic cigarette nicotine yield: measurements and model predictions. Nicotine Tob Res. 2015 Feb; 17 (2): 150-7. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC25187061/> DOI: 10.1093/ntr/ntu174.
- Kosmider L, Kimber CF, Kurek J, Corcoran O, Dawkins LE. Compensatory Puffing With Lower Nicotine Concentration E-liquids Increases Carbonyl Exposure in E-cigarette Aerosols. Nicotine Tob Res. 2018 Jul 9; 20 (8): 998-1003. DOI: 10.1093/ntr/ntx162.
- Reilly SM, Bitzer ZT, Goel R, Trushin N, Richie JP. Free Radical, Carbonyl, and Nicotine Levels Produced by Juul Electronic Cigarettes. Nicotine Tob Res. 2019 Aug 19; 21 (9): 1274-1278. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7182768/> DOI: 10.1093/ntr/nty221.
- Bonner E, Chang Y, Christie E, Colvin V, Cunningham B, Elson D, et al. The chemistry and toxicology of vaping. Pharmacol Ther. 2021 Sep; 225: 107837. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8263470/> DOI: 10.1016/j.pharmthera.2021.107837.
- Krüseemann EJZ, Boesveldt S, de Graaf K, Talhout R. An E-Liquid Flavor Wheel: A Shared Vocabulary Based on Systematically Reviewing E-Liquid Flavor Classifications in Literature. Nicotine Tob Res. 2019 Sep 19; 21 (10): 1310-1319. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6751518/> DOI: 10.1093/ntr/nty101.
- Czoli CD, Goniewicz ML, Palumbo M, Leigh N, White CM, Hammond D. Identification of flavouring chemicals and potential toxicants in e-cigarette products in Ontario, Canada. Can J Public Health. 2019 Oct; 110 (5): 542-550. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6964474/> DOI: 10.17269/s41997-019-00208-1.
- Soussy S, El-Hellani A, Baalbaki R, Salman R, Shihadeh A, Saliba NA. Detection of 5-hydroxymethylfurfural and furfural in the aerosol of electronic cigarettes. Tob Control. 2016 Nov; 25 (Suppl 2): ii88-ii93. DOI: 10.1136/tobaccocontrol-2016-053220.
- Royal College of Physicians. E-cigarettes and harm reduction: an evidence review. London: RCP; 2024. 267 p. Disponible sur : <https://www.rcp.ac.uk/policy-and-campaigns/policy-documents/e-cigarettes-and-harm-reduction-an-evidence-review/>
- Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses). Évaluation des risques sanitaires liés aux produits du vapotage : avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective [Internet]. Maisons-Alfort: Anses; 2025 déc. Disponible sur : <https://www.anses.fr/system/files/TABAC2023-AUTO-0223-RA.pdf>
- Lindson N, Butler AR, McRobbie H, Bullen C, Hajek P, Begh R, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation. Cochrane Database Syst Rev. 2024 Jan 8; 1 (1): CD010216. Update in: Cochrane Database Syst Rev. 2025 Jan 29; 1: CD010216. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10772980/> DOI: 10.1002/14651858.CD010216.pub9.
- Dawkins L, Cox S, Goniewicz M, McRobbie H, Kimber C, Doig M, et al. "Real-world" compensatory behaviour with low nicotine concentration e-liquid: subjective effects and nicotine, acrolein and formaldehyde exposure. Addiction. 2018; 113: 1874-1882. Disponible sur : <https://doi.org/10.1111/add.14271>.
- Kosmider L, Kimber CF, Kurek J, Corcoran O, Dawkins LE. Compensatory puffing with lower nicotine concentration e-liquids increases carbonyl exposure in e-cigarette aerosols. Nicotine Tob Res. 2018; 20 (8): 998-1003. DOI: 10.1093/ntr/ntx162
- Barrington-Trimis JL, Leventhal AM. Adolescents' Use of « Pod Mod » E-Cigarettes - Urgent Concerns. N Engl J Med. 2018 Sep 20; 379 (12): 1099-1102. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7489756/> DOI: 10.1056/NEJMp1805758.
- Gholap VV, Kosmider L, Golshahi L, Halquist MS. Nicotine forms: why and how do they matter in nicotine delivery from electronic cigarettes? Expert Opin Drug Deliv. 2020 Dec; 17 (12): 1727-1736. Disponible sur : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17425247.2020.1814736> DOI: 10.1080/17425247.2020.1814736.
- Hajek P, Pittaccio K, Pesola F, Myers Smith K, Phillips-Waller A, Przulj D. Nicotine delivery and users' reactions to Juul compared with cigarettes and other e-cigarette products. Addiction. 2020 Jun; 115 (6): 1141-1148. Disponible sur : <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7318270/> DOI: 10.1111/add.14936.

19. Goldenson NI, Buchhalter AR, Augustson EM, Rubinstein ML, Henningfield JE. Abuse liability assessment of the JUUL system in four flavors relative to combustible cigarette, nicotine gum and a comparator electronic nicotine delivery system among adult smokers. *Drug Alcohol Depend.* 2020 Dec 1; 217: 108395. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2020.108395.
20. Lüthi E, Velarde Crézé C, Lebon L, Jacot-Sadowski I, Zürcher K, Cornuz J, et al. Electronic cigarette for smoking cessation: a fast-track Delphi consensus of French-speaking experts. *Arch Public Health.* 2025 Oct 23; 83 (1): 260. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12548246/> DOI: 10.1186/s13690-025-01725-x.
21. Organisation mondiale de la Santé. Tabac: cigarettes électroniques [Internet]. Genève: OMS; 19 janv. 2024. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/tobacco-e-cigarettes>
22. Comité national contre le tabagisme (CNCT). Le Comité national contre le tabagisme alerte sur le développement anarchique des nouveaux produits et demande l'interdiction des arômes [Internet]. Paris: CNCT; 2023 Feb 13. Disponible sur: <https://cnct.fr/communiqués/le-cnct-alerte-developpement-anarchique-nouveaux-produits-demande-interdiction-des-arômes/>
23. FARES – Fonds des Affections Respiratoires. La puff: une cigarette électronique qui séduit toujours les jeunes [Internet]. Bruxelles: Aide aux fumeurs; 2024 Dec 17. Disponible sur: <https://www.aideauxfumeurs.be/la-puff-une-cigarette-electronique-qui-seduit-toujours-les-jeunes/>
24. Fondation contre le Cancer. Jeunes et vapotage 2023: rapport d'enquête. Bruxelles: Fondation contre le Cancer; 2024. Disponible sur: https://cancer.be/wp-content/uploads/2024/01/stichting_tegen_kanker_-_rapport_jongeren_en_vapen_2023_-_fr_pour_publication.pdf
25. Musso F, Bettermann F, Vucurevic G, Stoeter P, Konrad A, Winterer G. Smoking impacts on prefrontal attentional network function in young adult brains. *Psychopharmacology (Berl.)*. 2007 Mar; 191 (1): 159-69. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16937098/> DOI: 10.1007/s00213-006-0499-8.
26. VRT NWS. "Spice" in vapes van Vlaamse tieners: "Even verslavend als heroïne" [vidéo en ligne]. YouTube; 2025. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=lre5Lw2dg0c> (consulté le 22 mai 2026).
27. Jordt SE, Jabba SV, Silinski P, Berman ML. An electronic cigarette pod system delivering 6-methyl nicotine, a synthetic nicotine analog, marketed in the United States as "PMTA exempt". *medRxiv.* 2023 Nov 22. Disponible sur: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2023.11.21.23298778> DOI: 10.1101/2023.11.21.23298778.
28. Vagg R, Chapman S. Nicotine analogues: a review of tobacco industry research interests. *Addiction.* 2005 May; 100 (5): 701-12. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2005.01014.x.
29. Jordt SE, Jabba SV. Introduction of Nicotine Analogue-Containing Oral Pouch Products in the United States. *Res Sq [Preprint]*. 2024 Sep 20: rs.3.rs-5110349. doi: 10.21203/rs.3.rs-5110349/v1. Update in: *Tob Prev Cessat.* 2024 Nov 25; 10. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11408701/> DOI: 10.18332/tpc/195621.
30. Jordt SE, Jabba SV, Zettler PJ, Berman ML. Spree Bar, a vaping system delivering a synthetic nicotine analogue, marketed in the USA as "PMTA exempt". *Tob Control.* 2025 May 15; 34 (3): 414-418. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11408701/> DOI: 10.1136/tc-2023-058469.
31. Effah F, Sun Y, Friedman A, Rahman I. Emerging nicotine analog 6-methyl nicotine increases reactive oxygen species in aerosols and cytotoxicity in human bronchial epithelial cells. *Toxicol Lett.* 2025 Mar; 405: 9-15. Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11875870/> DOI: 10.1016/j.toxlet.2025.01.007.
32. Conseil Supérieur de la Santé. Cigarette électronique: notices et mise à jour de la revue de la littérature. Avis du Conseil supérieur de la Santé n°9827. Bruxelles: CSS; septembre 2025. Erratum janvier 2026. Disponible sur: <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9827/cigarette-electronique-notices-et-mise-a-jour-de-la-revue-de-la-litterature>
33. Meunier A, Gusbin N. Les produits de nouvelle génération: aide au sevrage ou nouvelles portes d'entrée vers le tabagisme? Liège: CHU de la Citadelle. Disponible sur: <https://www.citadelle.be/ressources-medicales/les-produits-de-nouvelle-generation-aide-au-sevrage-ou-nouvelles-portes>
34. Auer R, Concha-Lozano N, Jacot-Sadowski I, Cornuz J, Berthet A. Heat-Not-Burn Tobacco Cigarettes: Smoke by Any Other Name. *JAMA Intern Med.* 2017; 177 (7): 1050-1052. Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2628970> DOI: 10.1001/jamainternmed.2017.1419
35. Conseil Supérieur de la Santé. Nouveaux produits de tabac: les produits à base de tabac chauffé. Avis du Conseil supérieur de la Santé n°9538. Bruxelles: CSS; avril 2020. Disponible sur: <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9538/nouveaux-produits-de-tabac-les-produits-a-base-de-tabac-chauffe>
36. Mallock N, Schulz T, Malke S, Dreijack N, Laux P, Luch A. Levels of nicotine and tobacco-specific nitrosamines in oral nicotine pouches. *Tob Control.* 2022; 33 (2): 193-199. Disponible sur: <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/33/2/193> DOI: 10.1136/tc-2022-057280.

EN PRATIQUE, NOUS RETIENDRONS

1. Une multitude de nouveaux produits du tabac et de la nicotine ont envahi le marché. Leur évolution est rapide et les produits de plus en plus nombreux, variés et non sans risque.
2. Le vapotage étant un comportement relativement récent, nous ne sommes pas encore en mesure d'évaluer son impact sanitaire à long terme.
3. La Belgique a interdit la puff depuis le 1^{er} janvier 2025. Elle interdira également à partir du 1^{er} septembre 2028, les arômes attractifs dans les cigarettes électroniques à l'exception des arômes tabac et neutre.
4. Chez les fumeurs, la cigarette électronique peut être une solution alternative transitoire et doit s'inscrire dans une démarche de sevrage tabagique en usage exclusif, et en complément des dispositifs d'accompagnement existants. L'utilisation éventuelle des e-cigarettes dans le sevrage tabagique est basée sur des preuves évidentes que les e-cigarettes sont moins nocives pour la santé que le tabac combustible.

La Rédaction

Medinect offre une année gratuite de son logiciel aux jeunes généralistes : un coup de pouce concret à l'installation

Medinect Y

Face à la pénurie croissante de médecins généralistes, Medinect – le logiciel développé par la coopérative médicale Offimed – prend une initiative forte : offrir gratuitement son logiciel pendant un an aux jeunes médecins qui s'installent. Une manière concrète et immédiate de soutenir la première ligne de soins.

Nous avons rencontré Bruno Willems, CEO de Medinect, pour comprendre les raisons de cette démarche.

D'abord une démarche solidaire : « *Medinect est né d'une coopérative fondée par des professionnels de santé. Nous sommes là pour soutenir nos confrères, pas pour maximiser les profits.* »

« Ce modèle solidaire, « **par les médecins, pour les médecins** », permet de soutenir non seulement les jeunes praticiens, mais aussi les structures existantes (cabinets de groupe, maisons médicales), en réduisant leurs coûts d'équipement informatique. »

Ensuite, « Trois constats nous ont convaincus qu'il fallait agir maintenant »

1. **Le temps presse :** les mesures structurelles (comme le New Deal) sont utiles, mais elles prendront du temps. Les jeunes médecins, eux, s'installent aujourd'hui.
2. **Un logiciel n'est plus une option :** impossible de pratiquer une médecine moderne sans un dossier médical informatisé complet et homologué.
3. **Des outils partiels ne suffisent plus :** prescrire et facturer ne couvrent qu'une infime partie des besoins réels d'un cabinet de médecine générale.

Ce que recherchent les jeunes médecins

Les jeunes généralistes d'aujourd'hui ont grandi avec le numérique. Ils attendent un outil complet, fiable, évolutif, et soutenu par un service client réactif. Que ce soit en pratique privée, en maison médicale ou en centre de santé, leur environnement exige un logiciel à la hauteur des enjeux médicaux, légaux et technologiques.

« Medinect répond à ces attentes. Il est utilisé par plus de 1.000 médecins et continuellement amélioré selon les retours du terrain. »

Résumé

Medinect Y : une offre complète, sans compromis

L'offre gratuite comprend **toutes les fonctionnalités** de Medinect :

- **Dossier médical complet**
- **Prescription et facturation électronique**
- **Connexion aux réseaux de santé (RSW, Abrumet, etc.)**
- **Hébergement Cloud**
- **Installation et formation incluses**

Coût la première année : 0 €

Engagement : 3 ans (1 an gratuit, à partir de la 2e année 1.558,19 € TVAC (tarif 2025))

Contact Medinect : 081/65.52.35
ou www.medinect.net

Une dermatose peu fréquente

par la D^{re} Camille DUBUS*

* Médecin généraliste
1970 Wezembeek-Oppem
camille.dubus93@gmail.com

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

Je découvre de multiples petites lésions infracentimétriques disséminées sur tout le corps de cette patiente, et en particulier sur les zones photo-exposées.

Je rencontre cette patiente de 65 ans pour la première fois pour une trochantérite. En l'examinant, je m'aperçois qu'elle a de nombreuses lésions disséminées sur tout le corps, épargnant cependant les régions palmo-plantaires. Les petites lésions, d'une taille inférieure à 1 cm, sont rehaussées par une bordure de squames. Elle m'explique qu'elle a ça depuis des années et qu'elle est bien suivie par son dermatologue. Elle n'a pas de prurit, mais trouve que ces lésions restent disgracieuses.

Quelle est votre hypothèse diagnostique ?
Quelle prise en charge proposez-vous ?

ABSTRACT

Case of a patient presenting numerous asymptomatic lesions disseminated on photo-exposed areas.

Keywords: porokeratosis, disseminated superficial actinic porokeratosis.

RÉSUMÉ

Cas d'une patiente présentant de nombreuses lésions asymptomatiques disséminées sur les zones photo-exposées.

Mots-clés: porokératoses, porokératose actinique superficielle disséminée.



Réponse

La patiente m'explique qu'il s'agit d'une porokératose. Cette prolifération épithéliale est tout à fait bénigne et peut se manifester par différentes formes :

- la porokératose de Mibelli survient pendant l'enfance, au niveau des extrémités. Les lésions font plusieurs centimètres de diamètre ;
- la porokératose actinique superficielle disséminée : parfois confondues avec des kératoses actiniques multiples, ces papules roses à brunes et plaques avec squames surviennent sur les zones exposées au soleil, en particulier les avant-bras ou les jambes, surtout en été. On retrouve une hérédité autosomique dominante chez certain-es patient-es. C'est la porokératose la plus fréquente, et c'est la forme retrouvée chez ma patiente ;
- la porokératose linéaire : stries le long des lignes de Blaschko ; survient durant la petite enfance ou l'enfance. Cette porokératose est à risque de développement de carcinome spinocellulaire ;
- la porokératose ponctuée est caractérisée par des papules palmoplantaires de 1 à 2 mm. Les lésions apparaissent à l'adolescence ou à l'âge adulte ;
- la porokératose ptychotrope : plaque érythémateuse, avec parfois des petites papules périphériques dans le sillon interfessier ou dans les plis ;
- la porokératose palmaire et plantaire disséminée : il s'agit de papules palmoplantaires en plus d'une atteinte troncale, des extrémités et parfois des muqueuses. Le début survient pendant l'enfance ou l'adolescence ;
- chez les patient-es immunodéprimé-es, on retrouve des lésions de porokératose de très grande taille.

La **porokératose actinique superficielle disséminée** est une entité rare, plus fréquente chez la femme – peut-être qu'elles consultent plus à cause du préjudice esthétique, qui peut impacter fortement leur vie. Elle apparaît le plus souvent autour de l'âge de 30-40 ans. Les lésions sont indolores mais un tiers des patient-es rapporte un prurit.

Le diagnostic de confirmation se fera par biopsie. À la biopsie, on retrouve la bordure de squames caractéristique qui correspond histologiquement à la présence d'une lamelle cornéide. Cette lamelle cornéide est en réalité une colonne de cellules cornées parakératosiques au sein de la couche cornée. Il s'agit donc d'une prolifération clonale de cellules anormales de la couche cornée. Les cornéocytes conservent leur noyau qu'ils auraient dû perdre, avec pour conséquence cette formation de squames caractéristique.

Il n'y a pas de consensus concernant la prise en charge. Les analogues de la vitamine D, le 5-fluorouracile ou l'imiquimod topique en crème peuvent donner de bons résultats chez certain-es patient-es. La cryothérapie, l'électrocoagulation, l'ablation aux rayons laser et la photothérapie dynamique sont d'autres options thérapeutiques, plus ou moins efficaces. Le meilleur traitement reste la prévention solaire. Les patient-es doivent être suivi-es régulièrement : si les lésions sont le plus souvent bénignes, une transformation maligne peut survenir (rare).

Bibliographie

1. Orphanet : Porokératose actinique superficielle disséminée. Orphanet : Portail des maladies rares et des médicaments orphelins. (Internet). Paris : INSERM ; 2020. Consulté le 10 mars 2026. Disponible sur : <https://www.orpha.net/fr/disease/detail/79152>
2. Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. Tumeurs et proliférations épithéliales bénignes. In : Dermatologie : l'essentiel. Paris : Elsevier ; 2018.

Imodium
Instant

Produit	PP
Imodium® Instant 30 compr. orodisp.	15,94 €
Imodium® Instant 60 compr. orodisp.	24,43 €



Technologie de lyophilisation unique et brevetée

Imodium
Instant

Solution liquide
lyophilisée



versus

Autres comprimés
orodispersibles à base de
lopéramide

Poudre
comprimée



Cette technologie d'Imodium® Instant offre à votre patient les avantages suivants :

Fond rapidement



Se prend sans eau



Ne laisse aucun résidu en bouche



Choisissez Imodium® Instant pour le confort de votre patient !

RÉSUMÉ DES CARACTÉRISTIQUES DU PRODUIT - DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : IMODIUM 2 MG GÉLULES - IMODIUM INSTANT 2 MG COMPRIMÉS ORODISPERSIBLES COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE Imodium géules : Une géule contient 2 mg de chlorhydrate de lopéramide. Excipients à effet notoire : chaque géule contient 127 mg de lactose monohydraté. Imodium Instant comprimés orodispersibles : Un comprimé orodispersible contient 2 mg de chlorhydrate de lopéramide. Excipients à effet notoire : chaque comprimé contient 0,75 mg d'aspartame (E 951), ce qui équivaut à 0,42 mg de phénylalanine, 0,0066 mg d'alcool benzylique et moins de 0,24 mg de maltodextrine (qui contient du glucose). Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 du RCP. FORME PHARMACEUTIQUE Géule : poudre blanche dans une géule verte/gris foncé. Comprimé orodispersible : comprimé lyophilisé, circulaire, blanc à blanc cassé. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES - Traitement symptomatique de la diarrhée aiguë, y compris les périodes de diarrhée chronique d'étiologie diverse. - Imodium peut être recommandé en cas de diarrhée du voyageur (la « turista »). Dans cette indication, un traitement de 2 jours doit suffire. Toutefois, en cas de fièvre ou de sang dans les selles, il est préférable de retarder l'utilisation du médicament jusqu'à ce que le germe causal soit identifié. Imodium est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants de plus de 2 ans. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION Imodium n'est pas un traitement initial en cas de diarrhée grave allant de pair avec une perte de liquide et d'électrolytes. En particulier chez les nourrissons et les enfants, il est préférable de compenser cette perte par voie parentérale ou orale. Adultes et enfants de plus de 18 ans (gélules, comprimés orodispersibles) Périodes de diarrhée aiguë associées au syndrome du côlon irritable : La dose est de 2 gélules ou de 2 comprimés orodispersibles (4 mg) après chaque émission de selles molles, ou suivant la prescription du médecin. La dose quotidienne maximale ne peut pas dépasser 8 gélules ou 8 comprimés orodispersibles (16 mg). Adultes et enfants de plus de 6 ans (gélules, comprimés orodispersibles) Comprimés orodispersibles : les comprimés orodispersibles Imodium Instant sont des comprimés à dissolution rapide qui fondent en quelques secondes sur la langue et sont avalés avec la salive. Ils peuvent être avalés sans prise de liquide. Géules : les gélules doivent être avalées avec un liquide. Diarrhée aiguë : La dose initiale est de 2 gélules, 2 comprimés orodispersibles ou 4 godets pour les adultes (4 mg), et de 1 gélule, 1 comprimé orodispersible ou 2 godets pour les enfants (2 mg). Ensuite, continuer à prendre 1 gélule, 1 comprimé orodispersible ou 2 godets (2 mg) après chaque émission de selles molles. Diarrhée chronique et incontinence anale : La dose initiale est de 2 gélules ou 2 comprimés orodispersibles par jour pour les adultes (4 mg), et de 1 gélule ou 1 comprimé orodispersible par jour pour les enfants (2 mg). La dose est adaptée jusqu'à obtenir quotidiennement 1 à 2 selles moulées, ce qui est généralement possible avec une dose d'entretien de 1 à 6 gélules ou 1 à 6 comprimés orodispersibles (2 mg - 12 mg). Tant pour la diarrhée aiguë que chronique, la dose totale chez les adultes ne peut pas dépasser 8 gélules ou 8 comprimés orodispersibles (16 mg). Chez les enfants, la dose quotidienne maximale est de 3 gélules ou 3 comprimés orodispersibles par 20 kg de poids corporel (0,3 mg/kg/jour). Il faut cependant veiller à ne jamais dépasser 8 gélules ou 8 comprimés orodispersibles par jour. Enfants de 2 à 6 ans Les comprimés orodispersibles et les gélules ne peuvent pas être utilisés chez les enfants de moins de 6 ans. Enfants de moins de 2 ans Imodium ne peut pas être utilisé chez les enfants de moins de 2 ans. Enfants de moins de 12 ans Il existe peu de données disponibles concernant l'utilisation chez les enfants de moins de 12 ans. Les données actuellement disponibles sont décrites à la rubrique 4.8 du RCP. Sujets âgés Aucune adaptation de la dose n'est exigée chez les personnes âgées. Insuffisance rénale Aucune adaptation de la dose n'est exigée chez les patients présentant une insuffisance rénale. Insuffisance hépatique Bien qu'on ne dispose pas de données pharmacocinétiques relatives aux patients souffrant d'une insuffisance hépatique, Imodium doit être utilisé avec précaution chez ces patients du fait de la diminution du métabolisme de premier passage (voir rubrique 4.4 Mises en garde spéciales et précautions d'emploi du RCP). CONTRE-INDICATIONS Imodium ne peut pas être administré : - en cas d'hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 du RCP ; - chez les enfants de moins de 2 ans ; - Imodium Instant comprimés orodispersibles et Imodium géules ne conviennent pas aux enfants de moins de 6 ans. Imodium ne peut pas être utilisé comme traitement primaire : - chez les patients atteints de dysenterie aiguë caractérisée par la présence de sang dans les selles et par une forte fièvre ; - chez les patients présentant une forme aiguë de colite ulcéreuse ; - chez les patients atteints d'une entérocolite bactérienne provoquée par des organismes invasifs, y compris Salmonella, Shigella et Campylobacter ; - chez les patients souffrant de colite pseudomembraneuse liée à l'administration d'antibiotiques à large spectre. En règle générale, Imodium ne peut pas être utilisé lorsqu'une inhibition du péristaltisme intestinal doit être évitée. Ceci en raison du danger possible de complications significatives telles qu'un iléus, un mégacolon et un mégacolon toxique. L'utilisation d'Imodium doit être immédiatement arrêtée en cas de constipation, de distension abdominale ou de signes d'iléus. EFFETS INDÉSIRABLES Adultes et enfants à partir de 12 ans La sécurité du chlorhydrate de lopéramide a été évaluée auprès de 3 078 adultes et enfants à partir de 12 ans qui ont participé à 31 essais cliniques contrôlés et non contrôlés, lors desquels le chlorhydrate de lopéramide a été utilisé pour le traitement de la diarrhée. 26 essais portaient sur la diarrhée aiguë (N=2 755) et 5 essais sur la diarrhée chronique (N=321). Les effets indésirables les plus souvent signalés (avec une incidence $\geq 1\%$ dans des essais cliniques avec le chlorhydrate de lopéramide en cas de diarrhée aiguë étaient : constipation (2,7 %), flatulence (1,7 %), céphalées (1,2 %) et nausées (1,1 %). Dans des essais cliniques sur la diarrhée chronique, les effets indésirables les plus souvent signalés (avec une incidence $\geq 1\%$ étaient : flatulence (2,8 %), constipation (2,2 %), nausée (1,2 %) et étourdissement (1,2 %). Le tableau 1 montre les effets indésirables signalés lors de l'utilisation du chlorhydrate de lopéramide pendant les essais cliniques (en cas de diarrhée aiguë ou chronique ou pour les deux) ou pendant l'expérience acquise après la commercialisation. Les catégories de fréquence utilisent la convention suivante : très fréquent ($\geq 1/10$) ; fréquent ($\geq 1/100$ à $< 1/10$) ; peu fréquent ($\geq 1/1 000$ à $< 1/100$) ; rare ($\geq 1/10 000$ à $< 1/1 000$) ; très rare ($< 1/10 000$) ; et indéterminé (ne peut être estimé sur la base des données disponibles). Tableau 1 : Effets indésirables

Classes de systèmes d'organes	Indication		
	Diarrhée aiguë (N=2 755)	Diarrhée chronique (N=321)	Diarrhée aiguë + chronique et expérience après commercialisation
Affections du système immunitaire			
Réaction d'hypersensibilité ^a , réaction anaphylactique (y compris choc anaphylactique) ^a , réaction anaphylactoid ^a			Rare

Classes de systèmes d'organes	Indication		
	Diarrhée aiguë (N=2 755)	Diarrhée chronique (N=321)	Diarrhée aiguë + chronique et expérience après commercialisation
Affections du système nerveux			
Céphalée	Fréquent	Peu fréquent	Fréquent
Étourdissement	Peu fréquent	Fréquent	Fréquent
Somnolence ^a			Peu fréquent
Perte de conscience ^a , stupeur ^a , diminution du niveau de conscience ^a , hypertonie ^a , troubles de la coordination ^a			Rare
Affections oculaires			
Miosyse ^a			Rare
Affections gastro-intestinales			
Constipation, nausée, flatulence	Fréquent	Fréquent	Fréquent
Douleur abdominale, gêne abdominale, bouche sèche	Peu fréquent	Peu fréquent	Peu fréquent
Douleur épigastrique, vomissements	Peu fréquent		Peu fréquent
Dyspepsie		Peu fréquent	Peu fréquent
Iléus ^a (y compris iléus paralytique), mégacolon ^a (y compris mégacolon toxique ^a), glossodynie ^{a,c}			Rare
Ballonnement	Rare		Rare
Pancréatite aiguë			Indéterminée
Affections de la peau et du tissu sous-cutané			
Éruption cutanée	Peu fréquent		Peu fréquent
Éruption bulleuse ^a (y compris syndrome de Stevens Johnson, syndrome de Lyell et érythème polymorphe), angio-œdème ^a , urticaire ^a , prurit ^a			Rare
Affections du rein et des voies urinaires			
Rétention urinaire ^a			Rare
Troubles généraux et anomalies au site d'administration			
Fatigue ^a			Rare

a L'inclusion de ce terme repose sur des expériences acquises après la commercialisation avec du chlorhydrate de lopéramide. Vu que le processus de détermination des effets indésirables signalés pendant l'expérience acquise après la commercialisation n'a révélé aucune différence entre les indications chroniques et aiguës ou entre les adultes et les enfants, la fréquence est estimée à partir de tous les essais cliniques combinés avec du chlorhydrate de lopéramide, y compris des essais menés chez des enfants ≤ 12 ans (N=6 833).
b Voir rubrique 4.4 Mises en garde spéciales et précautions d'emploi du RCP.
c Uniquement signalé pour le comprimé orodispersible.
Pour des effets indésirables pendant des essais cliniques ou aucune fréquence n'est rapportée, le terme n'a pas été pris en compte ou considéré comme un effet secondaire pour cette indication.

Population pédiatrique La sécurité du chlorhydrate de lopéramide a été évaluée auprès de 607 patients âgés de 10 jours à 13 ans qui ont participé à 13 essais cliniques contrôlés ou non contrôlés lors desquels le chlorhydrate de lopéramide a été utilisé pour le traitement de la diarrhée aiguë. En général, le profil d'effets indésirables dans cette population de patients était comparable à celui qui a été constaté dans des essais cliniques avec du chlorhydrate de lopéramide chez des adultes et des enfants à partir de 12 ans. Déclaration des effets indésirables suspects La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé www.afmps.be; Division Vigilance : Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be. E-mail : adr@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.luxpharmacovigilance. MODE DE DÉLIVRANCE Délivrance libre. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Johnson & Johnson Consumer NV/SA, Michel de Braeystraat 52, 2000 Antwerpen. NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Belgique Géules : BE001215 ; Comprimés orodispersibles : BE181422. Luxembourg Géules Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2008069795 ; Numéro national 20 géules : 0056135 ; Numéro national 60 géules : 0056149 ; Numéro national 200 géules : 0164857. Comprimés orodispersibles Numéro d'autorisation de mise sur le marché : 2008069796 ; Numéro national 20 Comprimés orodispersibles : 0233968 ; Numéro national 30 Comprimés orodispersibles : 0956988 ; Numéro national 60 Comprimés orodispersibles : 0233971. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE Date de mise à jour du texte : 04/2024. Date d'approbation : 04/2024. Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande. BE-IMO-2025-163270

Une cocarde peu conventionnelle!

par les D^{rs} Pierre FRANCES*, Fanny NEBOUT**,
Guilhem DABOSI*** et Sami MANJAOUI****

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

** Externe
F - 30000 Nîmes

*** Externe
34000 Montpellier

**** Interne en médecine générale
F - 34000 Montpellier

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

Alphonse, 57 ans, vient me consulter pour un second avis car il présente au niveau du dos une lésion violine encerclée par une plage hypopigmentée (photo 1). Il explique que cette formation est apparue il y a un peu plus de 6 mois et qu'elle est asymptomatique.

On lui a conseillé de recourir au laser pour permettre une élimination de cette formation jugée inesthétique. Cependant, l'entourage de ce patient est très inquiet car il pense que cette lésion est maligne.

Photo 1. Papule de couleur violette avec une bordure hypopigmentée.



Quel est votre diagnostic ?

Quel traitement allez-vous conseiller à ce patient ?

ABSTRACT

History of a patient with a red spot with a hypopigmented range at the periphery.

Keywords: Sutton's nevus, ruby angioma, halo-nevi.

RÉSUMÉ

Histoire d'un patient ayant une tache de couleur rouge avec une plage hypopigmentée en périphérie.

Mots-clés: nævus de Sutton, angiome rubis, halo-nævus.

Réponse

Cette formation cutanée peut faire penser à plusieurs lésions :

- l'angiome rubis est fréquemment observé chez les patient-es ayant plus de 30 ans. Leur nombre se majore le plus souvent avec le temps. Ce sont des macules ou des papules dont la couleur varie du rouge au violet (photo 2). Ils correspondent à une dilatation des capillaires de la papille dermique. Il ne s'accompagne pas de bordure hypopigmentée ;
- le nævus de Meyerson associe un halo pigmentaire périphérique et une lésion nævique centrale (photo 3). Il s'agit d'une forme d'halo-eczéma (réaction eczématiforme secondaire qui survient sur une lésion nævique préexistante). Cependant, deux points diffèrent par rapport à la lésion de notre patient : le fait que la bordure périphérique soit dans ce cas érythémateuse ou érythémato-squameuse et le fait que la partie centrale soit le plus souvent hyperpigmentée (pigmentation brune plus ou moins soutenue) ;
- le nævus de Sutton ou halo-nævus de Sutton avec des bordures hypopigmentées (photo 4) est observé le plus souvent chez l'adolescent-e. Le halo hypopigmenté correspond à une réaction immunitaire qui a pour rôle de faire disparaître le nævus préexistant. Le plus souvent, dans la cadre du nævus de Sutton, la pathologie mélanique associée est un nævus composé ou jonctionnel. Lorsque la lésion mélanique encerclée par cette plage hypopigmentée disparaît, la coloration de la peau se normalise secondairement. De ce fait, on observe une modification, une nouvelle fois, de la coloration du revêtement cutané (souvent on ne sait plus où la lésion initiale était observée).

Dans notre cas, l'hypopigmentation observée correspond à une réaction immunitaire et, même si la plage centrale n'est pas pigmentée, nous devons poser le diagnostic d'halo-nævus de Sutton.

En fait, et même si l'observation de la lésion centrale est en faveur d'un angiome rubis, il est important de souligner que chez ce patient, cette formation se caractérise sur un plan histologique par l'existence d'une prolifération mélanocytaire centrée au niveau du derme et par l'existence de nombreuses télangiectasies associées à cette lésion, qui sont à l'origine de l'aspect observé.

La prise en charge de ce type de lésion est la même que pour le nævus de Sutton. Autrement dit, l'abstention thérapeutique est la règle.

Le recours au laser doit être déconseillé dans ce cas de figure car il peut avoir des conséquences peu esthétiques en donnant des troubles pigmentaires secondaires.

Par contre, il est important de rechercher :

- toute autre lésion nævique qui ne prend pas cet aspect et qui peut être en relation avec un mélanome malin ;
- concomitamment à cette forme de nævi en cocarde, des zones hypopigmentées plus ou moins larges, correspondant à un vitiligo. En effet, l'association halo-nævus et vitiligo est fréquente.

Photo 2. Multiples lésions de couleur rouge-violet sur le tronc.



Photo 3. Lésion hyperpigmentée avec plage périphérique érythémateuse (elle est secondaire à une eczématisation) dans le cadre d'un nævus de Meyerson.



Photo 4. Halo-nævus de Sutton qui associe un nævus au centre de la formation, et une couronne hypopigmentée en périphérie.



Bibliographie

1. Amico S, Boniface K, Jacquemin C, et al. Une présentation clinique surprenante de halo-nævus. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2018; 145 (12): S219.
2. Huet P. Naevus de Meyerson. Annales de Dermatologie et de Vénéréologie 2024; 4: 556-557.
3. Habib TP. Naevus et mélanome. Chapitre 18. Dans : Maladies cutanées. Diagnostic et traitement. Ed. Elsevier Masson 2017.
4. Saurat JH, Lipsker D, Thomas L, et al. Télangiectasies. Chapitre 14. Dans : Dermatologie et infections sexuellement transmissibles. Ed. Elsevier Masson 2017.

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. Méd-

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'hypersens-

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

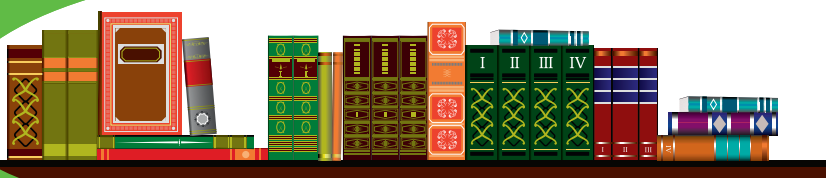
Maladie d'Alzheimer ⁵

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 D^{re} Caroline MICHOT

médecin généraliste

carmichot@gmail.com

Ce n'est pas toi que j'attendais



Dans ce roman graphique autobiographique, Fabien Toulmé nous relate le parcours de naissance et les premières années de vie de sa fille Julia, atteinte de trisomie 21.

Il nous y parle de l'annonce, de l'acceptation mais surtout de liens qui se créent et d'amour. Il nous raconte aussi sa peur et sa colère du début, et l'incertitude baignée de préjugés qui l'accable alors.

Le chemin fut long jusqu'à l'acceptation de la différence. Pour Fabien Toulmé, plusieurs mois furent nécessaires pour se rapprocher de sa fille, pour lui donner lui-même un premier bain... Vers les 12 mois de Julia, l'heure de l'intervention chirurgicale destinée à corriger sa communication interventriculaire, liée à sa tétralogie de Fallot, arrive. Face à l'angoisse suscitée par cette opération, il prend alors pleinement conscience qu'il considère désormais vraiment Julia comme sa propre fille.

«Après que nous ayons admis que la Julia qui était née n'était pas celle que nous avions imaginée et que nous avons fini par oublier.»

Sa première fille Louise a, elle, tout de suite accepté le handicap de sa sœur. Elle ne s'en rend même pas compte pour ainsi dire. Les jeunes enfants ne voient pas le handicap, ils n'ont pas (encore) de préjugés. La différence se marque et se remarque par le regard posé par les adultes. C'est ce regard de l'autre qui est aussi très difficile pour l'auteur. Des paroles déplacées, «pauvre maman», des yeux pesants... Mais heureusement aussi des rencontres précieuses, «Vous verrez, ces petits sont merveilleux».

Au fil des cases, l'auteur nous explique également le lourd suivi médical et paramédical de sa fille, entre médecins, généticiens, psychomotriciens... Le temps et la patience indispensables pour voir les progrès que fait sa fille au cours des mois, de ses premières années...



La maman de Julia est brésilienne. Au Brésil, on appelle les enfants porteurs d'une trisomie 21, des enfants «spéciaux», au sens d'«exceptionnels». Et pour les Brésiliens, c'est l'enfant qui choisit ses parents à la naissance, et cela est considéré comme une chance, une preuve de confiance.

«Ce n'est pas toi que j'attendais... Mais je suis quand même content que tu sois venue...»

Un livre émouvant qui vous touche en plein cœur.

Ce n'est pas toi que j'attendais
Auteurs : Fabien Toulmé
Éditions : Delcourt/Encrages • 256 p.
France, 2025
ISBN : 978-2-413-01100-2 • Prix : 22,50 €



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



Écoutez au-delà du souffle cardiaque

34 % des signaux d'alerte de la CMH sont détectables en médecine générale*.

Restez vigilant et orientez votre patient vers des examens complémentaires.

Le souffle d'éjection systolique n'est pas univoque^{1,2}.



Est-il mieux audible au niveau
du bord gauche du sternum ?



S'intensifie-t-il en cas de diminution de la
pré- et postcharge ; par exemple après un effort
ou après un repas ?

Vous reconnaissez d'autres signaux d'alerte ?



Symptômes vagues¹

Dyspnée, fatigue, douleur
thoracique, palpitations, syncope



Antécédents familiaux¹

Des antécédents peuvent
être présents jusqu'à 3 ou 4
générations antérieures



Anomalies à l'ECG^{1,2}

Modifications du segment ST et de l'onde T, ondes Q
pathologiques, augmentation de l'amplitude du QRS,
inversion profonde de l'onde T (CMH apicale)

**La cardiomyopathie hypertrophique (CMH)
peut en être la cause. N'hésitez pas, adressez
votre patient à un confrère cardiologique.**



hcm-cmh.be

En savoir plus
sur la CMH

1. Arbelo E, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiomyopathies. Eur Heart J. 2023;44(37):3503–3626. doi: 10.1093/eurheartj/ehad194
2. Maurizi et al. Eur Heart J. 2025 Feb 10; ehaf026. doi: 10.1093/eurheartj/ehaf026

* Basé sur une étude de cohorte multicentrique (n = 818 patients atteints de CMH, 4 centres européens) : 34 % des signaux d'alerte (n = 1.018/2.979) sont détectables en première ligne grâce à l'anamnèse, à l'examen clinique et aux analyses biologiques de routine.

Le cannabis et ses conséquences bucco-dentaires

par les D^{rs} Pierre FRANCES*, Gabriel TAPIE**, Ugo DI PLACIDO***, Ulysse COMTE**** et Hichem OUFRID***

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

** Externe
F - 30000 Montpellier

*** Interne en médecine générale
F - 34000 Montpellier

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

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

Cas clinique

Romuald, 52 ans, vient nous consulter en urgence car, depuis 3 jours, il a constaté un œdème de la partie droite de son visage et, parallèlement, il explique avoir des douleurs dentaires depuis quelques mois.

Nous connaissons très bien ce patient qui présente une addiction au cannabis, et qui apporte peu d'attention à sa santé.

D'ailleurs, nous remarquons un important amaigrissement de Romuald; il déclare en effet des difficultés à la mastication des aliments (névralgies d'origine dentaire insupportables lors de la prise d'une alimentation solide).

Cliniquement, nous constatons un mauvais état dentaire avec de multiples caries dentaires (cliché 1).

Par ailleurs, il existe un œdème inflammatoire sous-orbitaire droit en rapport avec un abcès dentaire (cliché 2).

Nous avons rapidement envoyé ce patient vers le service des urgences qui a confirmé ce diagnostic et a réalisé chirurgicalement un drainage de l'abcès.

Nous sommes donc devant un tableau d'abcès dentaire favorisé par une addiction au cannabis responsable des nombreuses caries observées.

Cliché 1. Mauvais état bucco-dentaire avec caries dentaires (flèche rouge).



Cliché 2. Inflammation de la région sous-orbitaire droite en rapport avec un abcès dentaire.



ABSTRACT

Cannabis is the most widely used psychoactive substance in Belgium. Dental consequences, such as periodontal disease, and oral health problems, including cancerous and precancerous lesions, can occur in cannabis users. Knowledge of the oral and dental effects of cannabis is essential for general practitioners, as it assists with withdrawal, refers patients to dentists or other healthcare professionals. Our article aims to raise awareness among healthcare professionals about the consequences of such misuse.

Keywords: periodontal diseases, oropharyngeal cancers, cannabis, psychoactive substance.

RÉSUMÉ

Le cannabis est la substance psychoactive la plus consommée en Belgique. Des conséquences dentaires comme des parodontopathies, et buccales avec des lésions cancéreuses et précancéreuses, peuvent survenir chez les personnes consommant du cannabis. La connaissance des effets bucco-dentaires induits par le cannabis est une nécessité pour le médecin généraliste car il aide au sevrage, à l'adressage du patient vers le chirurgien-dentiste ou à d'autres soignants engagés dans cette prise en charge. Notre article a pour but de sensibiliser les professionnels de santé sur les conséquences d'un tel mésusage.

Mots-clés: parodontopathies, cancers oropharyngés, cannabis, substance psychoactive.

Introduction

En Belgique, la consommation de cannabis ne cesse de se majorer au fil des années. Ainsi, le nombre d'usager·ères a plus que doublé en 17 ans, passant de 10,7 % en 2001 à 22,6 % en 2018⁽¹⁻²⁾.

Parmi ces patient·es belges, nous avons constaté en 2018⁽²⁾ :

- qu'un quart des jeunes âgé·es de 15 à 24 ans ont déjà essayé le cannabis, mais la proportion la plus élevée de personnes ayant expérimenté cette substance se trouve chez les 24-34 ans (38,1 %);
- qu'au sein de la population, près de 1,65 millions de personnes déclarent avoir consommé du cannabis durant leur vie (7 % dans les 12 derniers mois et 4,3 % dans les 30 derniers jours);
- que le coût social engendré par cette consommation arrive donc en 8^e position après l'alcool et le tabac.

En France, seulement 38 % des concitoyen·nes considèrent que le cannabis ne présente aucun danger chez l'expérimentateur·rice (pourcentage de 54 % en 1999)⁽³⁾.

Le cannabis est un stupéfiant obtenu à partir d'une plante de chanvre : le cannabis sativa.

Cette substance psychoactive comprend plus de 560 composés organiques⁽⁴⁾ :

- le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) qui est le composé le plus consommé pour ses propriétés psychoactives;
- le cannabinoïde (CBN);
- le cannabidiol (CBD), utilisé pour traiter les douleurs chroniques (il est actuellement en vente libre)⁽⁴⁾.

Sur le plan pharmacologique, le cannabis agit sur différents récepteurs : centraux ou CB1 et périphériques ou CB2⁽⁴⁾.

Le cannabis peut être consommé sous trois formes différentes : la résine (elle porte le nom de haschich), l'herbe (feuilles ou tiges) et l'huile⁽¹⁾.

Le plus fréquemment, cette substance psychoactive est fumée sous forme de joint (cigarette qui mélange tabac et herbe ou résine)⁽¹⁾.

Le recours par les consommateur·rices aux pipes à eau comme les chichas ou au cannabis disposé dans des vapeuses est bien moins fréquent⁽¹⁾.

De manière plus anecdotique, le cannabis peut être incorporé dans les préparations culinaires (principalement des gâteaux appelés « space cake »), les infusions, les baumes, ou lors de réalisation de préparations avec des huiles essentielles⁽¹⁾.

La résorption de cette substance psychoactive est différente suivant le mode de consommation : 2-3 minutes par inhalation, 2 à 4 heures lorsqu'elle est ingérée⁽⁵⁾.

Du fait d'une consommation importante et en tant que médecins généralistes amené·es à prendre en charge les consommateur·rices, nous avons voulu mieux connaître les conséquences bucco-dentaires liées à une consommation de cannabis.

Répercussions bucco-dentaires de la consommation de cannabis

Le THC a une action sur les récepteurs CB1 qui favorisent une réduction de la production de salive et, contribue au développement d'une sécheresse buccale (la xérostomie)⁽⁵⁾.

On observe plus facilement une modification de la plaque dentaire induisant de nombreuses parodontopathies⁽⁶⁾.

Par ailleurs, la salive devient plus épaisse et donc plus difficile à éliminer lors du brossage des dents^(6,7). D'autre part, le THC a un effet immunodépresseur sur les macrophages et les lymphocytes (B et T)⁽⁶⁻⁸⁾.

Le·a patient·e développe ainsi une résistance moindre aux infections bactériennes mais aussi fongiques⁽⁸⁾.

Le contact de ces substances souvent réchauffées favorise l'inflammation au niveau de la sphère oropharyngée^(6,7,8).

Bien entendu, les différentes manifestations bucco-dentaires observées ne sont pas seulement associées à la consommation de cannabis puisque les patient·es consulté·es peuvent également présenter une addiction concomitante au tabac et/ou à l'alcool⁽⁷⁾.

Le tableau 1 de la page suivante identifie les différentes manifestations bucco-dentaires causées par une consommation excessive de cannabis.

Par ailleurs, négliger une prise en charge bucco-dentaire peut conduire à une évolution péjorative allant jusqu'au décès en cas de septicémie sur parodontopathie ou en cas de néoplasie buccale métastatique en lien avec la consommation de cannabis.

Rôle du·de la médecin généraliste dans la santé bucco-dentaire du·de la consommateur·rice de cannabis

Dans un premier temps, il est important que le·a médecin généraliste informe le·a patient·e des conséquences à moyen et long terme d'une consommation de cannabis.

On oublie trop fréquemment qu'un mauvais état bucco-dentaire peut à terme amener à des difficultés

Manifestations dentaires	Manifestations buccales
• Hyperplasie gingivale • Parodontites avec poches parodontales au sein desquelles la flore anaérobie se développe • Gingivite favorisée par la présence d'une plaque dentaire importante et majorée par la xérostomie • Au niveau de la base de la dent, perte osseuse alvéolaire • Caries dentaires (favorisées par une plus grande appétence pour les boissons sucrées) mais aussi déchaussement dentaire • Infections (abcès dentaire) pouvant conduire à des problèmes septiques parfois graves • Modification de la coloration des dents (brun noir) qui est en relation avec le dépôt de molécules contenues dans le THC • Érosions dentaires au niveau de la partie cervicale et vestibulaire • Perte dentaire du fait d'une fragilisation de l'émail	• Développement de lésions précancéreuses au niveau de la bouche (avec des leucoplasies, des kératoses gingivales qui sont unilatérales au niveau de la face interne de la joue), érythroplasie, dysplasie • Lésions cancéreuses aéro-digestives (ce type de néoplasie est 3 à 5 fois plus importante que chez les fumeur-euses de tabac uniquement et plus fréquemment rencontré chez les patient-es de moins de 50 ans); elles sont dues à certaines substances du THC (hydrocarbures aromatiques, benzopyrènes, acide cyanhydrique, ammoniacque, nitrosamines) • Plus grande fréquence des affections fongiques linguales (elles sont surtout dues à des candida albicans) du fait de la xérostomie • Modification de la sensibilité de la langue avec fourmillement (la lèvre et la gorge peuvent également être concernées) • Les uvulites sont plus fréquentes du fait de la xérostomie

Tableau 1. Les différentes manifestations bucco-dentaires observées lors de la consommation de cannabis⁽⁷⁻⁹⁻¹⁰⁾.

d'alimentation avec des conséquences de type sarcopénie, perte de poids, etc. Dans un cadre préventif, il est utile pour le-a médecin d'insister sur le respect d'une bonne hygiène dentaire pour éviter le développement de la plaque dentaire, avec des contrôles dentaires réguliers.

Iel doit également souligner l'importance d'un comportement alimentaire sain : éviter une surconsommation de sucres favorisée par le cannabis.

Une participation limitée aux soins dentaires a été observée chez ces patient-es⁽⁷⁻¹²⁾ :

- car iels ne consultent un-e chirurgien-ne-dentiste que lorsqu'une invitation ou recommandation leur est faite.
- car le recours aux soins dentaires est principalement motivé par la survenue de douleurs dentaires, traduisant un faible recours aux consultations préventives ;
- car la perception de la douleur est fréquemment exacerbée chez ces personnes (la dépendance influe sur le seuil de tolérance) ;
- car certains frais dentaires ne sont pas remboursés totalement ;
- car certain-es professionnel-le-s des soins dentaires sont plus réfractaires à soigner ces personnes (procédures plus longues et recours à des doses plus importantes d'anesthésiques en lien avec une insensibilisation des gencives).

Le-a médecin généraliste est également l'interlocuteur-riche privilégié-e pour promouvoir le sevrage, cela en ayant une attitude empathique.

Pour ce faire, iel peut être aidé-e par différent-es acteur-rices qui interviennent dans le domaine de

l'addictologie (médecin spécialisé-e dans l'addictologie ou centres dédiés au sevrage).

Il ne faut pas négliger la prise en charge d'une pathologie psychiatrique induite par cette consommation. Cette dernière doit également faire l'objet de soins spécifiques avec intervention de psychiatres. Au-delà de ces actions préventives, le-a médecin généraliste doit être un-e acteur-riche dans le soin de la sphère buccale chez ces consommateurs-rices.

Pour ce faire iel doit⁽¹⁰⁾ :

- éviter de prescrire des bains de bouche contenant de l'alcool car ils peuvent être à l'origine de majoration de paresthésies linguales (elles sont favorisées par la xérostomie) et être générateurs de douleurs ;
- traiter toute infection dentaire chez ces patient-es ; ces infections sont souvent négligées ou conduisent à une consultation en urgence du fait d'abcès ;
- prescrire des compléments alimentaires pour les patient-es dénutri-es.



Conclusion

La consommation de cannabis a souvent des conséquences néfastes sur la santé bucco-dentaire.

Il est donc important que les acteur·rices intervenant auprès de ces patient·es (dont le·a médecin généraliste) soient conscient·es de cette répercussion.

Cela est d'autant plus important que nous avons pu voir que le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée en Belgique.

C'est en favorisant la promotion de la prise en charge bucco-dentaire de ces consommateur·rices que nous pourrions améliorer leur santé et réduire la morbi-mortalité de cette population.

À ce titre, nous ne devons pas perdre de vue qu'il s'agit le plus souvent de personnes jeunes qui doivent bénéficier d'un encadrement le plus adéquat possible.

Pour finir, il est nécessaire d'informer les pouvoirs publics des méfaits d'une drogue qui est trop souvent banalisée par nos politiques de tous bords.

Bibliographie

1. Observatoire Français des Drogues et des Tendances Addictives (OFDT). Cannabis (résine, herbe, huile, CBD) : synthèse des connaissances [Internet]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/cannabis-resine-herbe-huile-cbd-synthese-des-connaissances-1724/>
2. Fédération des Associations de Terrain en Toxicomanie Bruxelles (FEDITO BXL). Pour une réglementation du cannabis en Belgique [Internet]. Disponible sur : <https://fedabxl.be/fr/pour-une-reglementation-du-cannabis-en-belgique-web/3/>
3. Laforgerie JF. Rapport de l'OFDT : une forte adhésion aux mesures de réduction des risques [Internet]. AIDES. Disponible sur : <https://www.aid.es.org/actualite/lactu-remides-rapport-ofdt-forte-adhesion-mesures-rdr>
4. ElSohly MA, Radwan MM, Gul W, Chandra S, Galal A. Phytochemistry of *Cannabis sativa*. Prog Chem Org Nat Prod. 2017; 103: 1-36. doi: 10.1007/978-3-319-45541-9_1
5. Ben Amar M. Pharmacologie du cannabis et synthèse des analyses des principaux comités d'experts [Internet]. Drogues, santé et société. 2004; 2 (2): 1-24. Disponible sur : <https://www.erudit.org/fr/revues/dss/2004-v2-n2-dss718/008535ar/>
6. Thomson WM, Poulton R, Broadbent JM, Moffitt TE, Caspi A, Beck JD, et al. Cannabis smoking and periodontal disease among young adults. JAMA. 2008; 299 (5): 525-31. doi: 10.1001/jama.299.5.525
7. Darling MR, Arendorf TM. Effects of cannabis smoking on oral soft tissues. Community Dent Oral Epidemiol. 1993; 21 (2): 78-81. doi: 10.1111/j.1600-0528.1993.tb00725.x
8. Friedman H, Newton C, Klein TW. Microbial infections, immunomodulation, and drugs of abuse. Clin Microbiol Rev. 2003; 16 (2): 209-19. doi: 10.1128/CMR.16.2.209-219.2003
9. Maloney WJ. Significance of cannabis use to dental practice. Today's FDA. 2012; 24 (1): 40-1.
10. Hubert-Grossin K, George Y, Laboux O. Illicit drug addiction: oral manifestations and dental management. Rev Odonto-Stomatol. 2003; 32: 119-34.
11. Cho CM, Hirsch R, Johnstone S. General and oral health implications of cannabis use. Aust Dent J. 2005; 50 (2): 70-4. doi: 10.1111/j.1834-7819.2005.tb00343.x
12. Cohen F. Les drogues licites ou illicites, ennemies de la santé bucco-dentaire. Santé de l'Homme. 2012; 417: 41-2.



mounjaro[®]▼

tirzépatide une injection par semaine

LE SEUL DOUBLE AGONISTE DES RÉCEPTEURS DU GIP ET GLP-1 APPROUVÉ POUR¹:



DIABÈTE DE TYPE 2*

Réduction supérieure
de l'HbA_{1c} versus
sémaglutide 1 mg^{1,2}

REMBOURSÉ DANS LE DT2



OBÉSITÉ OU SURPOIDS*

Réduction du poids
moyenne de
-23,6 kg (-22,5%)^{1,3}

* Mounjaro est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 10 ans et plus pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique :

- en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications
- en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète.

Mounjaro est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial :

- $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obésité) ou
- $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ jusqu'à $< 30 \text{ kg/m}^2$ (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids (par exemple, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées obstructives du sommeil, une maladie cardiovasculaire, un prédiabète ou un diabète de type 2).

DT2 = diabète de type 2

1. RCP Mounjaro accessible via: <https://www.fagg-afmps.be> ; 2. Frias JP et al, N Engl J Med. 2021;385(6):503-515 ; 3. Jastreboff AM et al, N Engl J Med. 2022;387(3):205-216.

▼ 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.

E.R.: Eli Lilly Benelux, Rue du Marquis 1/4B 1000 Bruxelles | © 2026 - CMAT-22586 - Avril 2026

Ce matériel est destiné aux personnes légalement autorisées à prescrire ou à délivrer des médicaments. Médicament soumis à prescription médicale.

Lilly
A MEDICINE COMPANY



INFORMATIONS ESSENTIELLES DU RCP ▼ 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. **1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT** Mounjaro 2,5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 7,5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 10 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 12,5 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 15 mg solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 2,5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 7,5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 10 mg solution injectable en flacon Mounjaro 12,5 mg solution injectable en flacon Mounjaro 15 mg solution injectable en flacon Mounjaro 2,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 7,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 10 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 12,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli Mounjaro 15 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** **Stylo pré-rempli, unidose Mounjaro 2,5 mg solution injectable en stylo prérempli** Chaque stylo prérempli contient 2,5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (5 mg/mL). **Mounjaro 5 mg solution injectable en stylo prérempli** Chaque stylo prérempli contient 5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (10 mg/mL). **Mounjaro 7,5 mg solution injectable en stylo prérempli** Chaque stylo prérempli contient 7,5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (15 mg/mL). **Mounjaro 10 mg solution injectable en stylo prérempli** Chaque stylo prérempli contient 10 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (20 mg/mL). **Mounjaro 12,5 mg solution injectable en stylo prérempli** Chaque stylo prérempli contient 12,5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (25 mg/mL). **Mounjaro 15 mg solution injectable en stylo prérempli** Chaque stylo prérempli contient 15 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (30 mg/mL). **Elacon, unidose Mounjaro 2,5 mg solution injectable en flacon** Chaque flacon contient 2,5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (5 mg/mL). **Mounjaro 5 mg solution injectable en flacon** Chaque flacon contient 5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (10 mg/mL). **Mounjaro 7,5 mg solution injectable en flacon** Chaque flacon contient 7,5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (15 mg/mL). **Mounjaro 10 mg solution injectable en flacon** Chaque flacon contient 10 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (20 mg/mL). **Mounjaro 12,5 mg solution injectable en flacon** Chaque flacon contient 12,5 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (25 mg/mL). **Mounjaro 15 mg solution injectable en flacon** Chaque flacon contient 15 mg de tirépatpate dans 0,5 mL de solution (30 mg/mL). **Stylo pré-rempli (KwikPen), multidose Mounjaro 2,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli** Chaque dose contient 2,5 mg de tirépatpate dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 10 mg de tirépatpate dans 2,4 mL (4,17 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 2,5 mg. **Mounjaro 5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli** Chaque dose contient 5 mg de tirépatpate dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 20 mg de tirépatpate dans 2,4 mL (8,33 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 5 mg. **Mounjaro 7,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli** Chaque dose contient 7,5 mg de tirépatpate dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 30 mg de tirépatpate dans 2,4 mL (12,5 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 7,5 mg. **Mounjaro 10 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli** Chaque dose contient 10 mg de tirépatpate dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 40 mg de tirépatpate dans 2,4 mL (16,7 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 10 mg. **Mounjaro 12,5 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli** Chaque dose contient 12,5 mg de tirépatpate dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 50 mg de tirépatpate dans 2,4 mL (20,8 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 12,5 mg. **Mounjaro 15 mg/dose KwikPen solution injectable en stylo prérempli** Chaque dose contient 15 mg de tirépatpate dans 0,6 mL de solution. Chaque stylo prérempli multidose contient 60 mg de tirépatpate dans 2,4 mL (25 mg/mL). Chaque stylo délivre 4 doses de 15 mg. **Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1.** **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable (injection). Solution limpide, incolore à légèrement jaune. **4. INFORMATIONS CLINIQUES** **4.1 Indications thérapeutiques** **Diabète de type 2** Mounjaro est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 10 ans et plus pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique : en monothérapie, quand l'utilisation de la metformine est considérée comme inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications. en association avec d'autres médicaments destinés au traitement du diabète. Pour les résultats des études concernant les associations, les effets sur le contrôle glycémique ainsi que sur les populations étudiées, voir les rubriques 4.4, 4.5 et 5.1. **Contrôle du poids** Mounjaro est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids, notamment pour la perte de poids et le maintien du poids, chez des adultes avec un indice de masse corporelle (IMC) initial ≥ 30 kg/m² (obésité) ou ≥ 27 kg/m² et < 30 kg/m² (surpoids) en présence d'au moins un facteur de comorbidité lié au poids (par exemple, une hypertension artérielle, une dyslipidémie, un syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil, une maladie cardiovasculaire, un prédiabète ou un diabète de type 2). Pour les résultats des essais concernant le syndrome d'apnées-hypopnées obstructives du sommeil (SAHOS) et l'insuffisance cardiaque à fraction d'éjection préservée (ICFep), voir la rubrique 5.1. **4.2 Posologie et mode d'administration** **Posologie** La dose initiale de tirépatpate est de 2,5 mg une fois par semaine. Après 4 semaines, la dose doit être augmentée à 5 mg une fois par semaine. Si nécessaire, des augmentations de dose peuvent être effectuées par paliers de 2,5 mg après un minimum de 4 semaines à la dose en cours. **Adultes** Les doses d'entretien recommandées sont de 5 mg, 10 mg et 15 mg. La dose maximale est de 15 mg une fois par semaine. **Population pédiatrique âgée de 10 ans et plus (traitement du diabète de type 2)** Les doses d'entretien recommandées sont de 5 mg et 10 mg. La dose maximale est de 10 mg une fois par semaine. **En association** Lorsque le tirépatpate est ajouté à un traitement en cours par metformine et/ou inhibiteur du co-transporteur de sodium-glucose de type 2 (SGLT2), la dose en cours de metformine et/ou d'SGLT2 peut être conservée. Lorsque le tirépatpate est ajouté à un traitement en cours par sulfamide hypoglycémiant et/ou insuline, une diminution de la dose de sulfamide hypoglycémiant ou d'insuline peut être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie. Une auto-surveillance glycémique est nécessaire pour ajuster la dose de sulfamide hypoglycémiant et d'insuline. L'adoption d'une approche progressive de la réduction de la dose d'insuline est recommandée (voir rubriques 4.4 et 4.8). **Doses oubliées** En cas d'oubli, la dose doit être administrée le plus rapidement possible dans les 4 jours suivant la dose oubliée. Si plus de 4 jours se sont écoulés, la dose oubliée ne doit pas être administrée et la dose suivante doit être administrée le jour normalement prévu. Dans tous les cas, les patients peuvent ensuite reprendre leur schéma posologique hebdomadaire habituel. **Modification du schéma d'administration** Le jour de la semaine prévu pour l'injection peut être éventuellement modifié, à condition que l'intervalle entre deux doses soit d'au moins 3 jours. **Populations particulières** **Patients âgés, sexe, race, origine ethnique ou poids corporel** Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine ethnique ou du poids corporel (voir rubriques 5.1 et 5.2). Seules des données très limitées sont disponibles chez les patients âgés de ≥ 85 ans. **Insuffisants rénaux** Aucun ajustement de la dose n'est requis chez les patients présentant une insuffisance rénale, y compris une insuffisance rénale terminale (IRT). L'expérience de l'utilisation du tirépatpate chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère et une IRT est limitée. La prudence s'impose lors du traitement de ces patients par tirépatpate (voir rubrique 5.2). **Insuffisants hépatiques** Aucun ajustement de la dose n'est requis chez les patients atteints d'insuffisance hépatique. L'expérience de l'utilisation du tirépatpate chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère est limitée. La prudence s'impose lors du traitement de ces patients par tirépatpate (voir rubrique 5.2). **Population pédiatrique** Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine ethnique ou du poids corporel chez les enfants et adolescents âgés de 10 à moins de 18 ans traités pour un diabète de type 2. Aucune donnée n'est disponible chez les enfants et adolescents ayant un diabète de type 2 et un poids corporel < 50 kg ou un IMC inférieur au 85^e percentile au début du traitement. Chez les enfants pesant moins de 60 kg, la prudence s'impose lors de l'augmentation à la dose de 10 mg, car les données de sécurité sont limitées. La sécurité et l'efficacité du tirépatpate chez les enfants âgés de moins de 10 ans pour le traitement du diabète de type 2 et chez les enfants et adolescents âgés de moins de 18 ans pour le contrôle du poids n'ont pas été établies. **Mode d'administration** Mounjaro doit être administré par injection sous-cutanée dans l'abdomen, la cuisse ou par une autre personne dans l'arrière du haut du bras. La dose peut être administrée à toute heure de la journée, au moment ou en dehors des repas. Les sites d'injection doivent être alternés à chaque administration. Si un patient s'injecte également de l'insuline, il doit injecter Mounjaro dans un site d'injection différent. Il doit être conseillé aux patients et à leurs soignants de lire attentivement le manuel d'utilisation joint à la notice avant d'administrer le médicament. Chez les patients pédiatriques, un soignant peut administrer les injections ou le patient peut s'injecter lui-même si un professionnel de santé le juge approprié. Avant d'utiliser Mounjaro KwikPen, le manuel d'utilisation doit être lu attentivement. **Elacon** Les patients et leurs soignants doivent être formés à la technique d'injection sous-cutanée avant d'administrer Mounjaro. Pour plus d'informations avant administration, voir la rubrique 6.6. **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **4.8 Effets indésirables** **Résumé du profil de sécurité** Dans 13 études de phase 3 terminées, 8 522 patients adultes ont été exposés au tirépatpate seul ou en association avec d'autres agents hypoglycémiants. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés ont été des troubles gastro-intestinaux principalement d'intensité légère à modérée. L'incidence des nausées, des diarrhées et des vomissements était plus élevée pendant la période d'escalade de dose puis diminuait au cours du temps (voir rubriques 4.2 et 4.4). Liste tabulée des effets indésirables Les effets indésirables suivants sont issus des études cliniques et sont listés par classe de système d'organe et par ordre décroissant de fréquence (très fréquent : $\geq 1/10$; fréquent : $\geq 1/100$; $< 1/100$; peu fréquent : $\geq 1/1000$; $< 1/1000$; rare : $\geq 1/10000$; $< 1/10000$; très rare : $< 1/100000$). Dans chaque groupe, les effets indésirables sont classés par ordre décroissant de fréquence. **Tableau 1. Effets indésirables Classe de système d'organe Affections du système immunitaire** Fréquent Réactions d'hypersensibilité Rare Réaction anaphylactique^a, Angioedème **Troubles du métabolisme et de la nutrition** Très fréquent Hypoglycémie^b* en cas d'utilisation avec un sulfamide hypoglycémiant ou de l'insuline Fréquent Hypoglycémie^b* en cas d'utilisation avec la metformine et un inhibiteur du SGLT2. Diminution de l'appétit^c Peu fréquent Hypoglycémie^b* en cas d'utilisation avec la metformine^d. Perte de poids^e **Affections du système nerveux** Fréquent Sensations vertigineuses^f Peu fréquent Dysgueusie, Dysesthésie **Affections vasculaires** Fréquent Hypertension^g **Affections gastro-intestinales** Très fréquent Nausée, Diarrhée, Vomissement^h, Douleur abdominaleⁱ, Constipation^j Fréquent Dyspepsie, Distension abdominale, Érucation, Flatulence, Reflux gastro-œsophagien Peu fréquent Lithiase biliaire, Cholécystite, Pancréatite aiguë, Retard de la vidange gastrique **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** Fréquent Perte de cheveux^k **Troubles généraux et anomalies au site d'administration** Fréquent Fatigue^l, Réactions au site d'injection Peu fréquent Douleur au site d'injection **Investigations** Fréquent Augmentation de la fréquence cardiaque, Élévation de la lipase, Élévation de l'amyase Augmentation de la calcitonine sérique^m Rapporté après la commercialisation *Hypoglycémie définie ci-dessous. ^a Fatigue comprend les termes fatigue, asthénie, malaise et léthargie. ^b Effet indésirable qui s'applique uniquement aux patients ayant un diabète de type 2 (DT2). ^c Effet indésirable qui s'applique principalement aux patients en surpoids ou en situation d'obésité, avec ou sans DT2. ^d La fréquence de survenue de l'effet indésirable était très fréquente dans les essais dédiés au contrôle du poids, au SAHOS, à l'ICFep et au DT2 dans la population pédiatrique, et fréquente dans les essais dédiés au DT2 chez l'adulte. ^e La fréquence de survenue de l'effet indésirable était très fréquente dans les essais dédiés au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFep, et fréquente dans les essais dédiés au DT2 dans la population pédiatrique et chez l'adulte. ^f La fréquence de survenue de l'effet indésirable était fréquente dans les essais dédiés au contrôle du poids et à l'ICFep, peu fréquente dans les essais dédiés au DT2 chez l'adulte et au SAHOS, et très rare dans l'essai dédié au DT2 dans la population pédiatrique. ^g La fréquence de survenue de l'effet indésirable était fréquente dans l'essai dédié au DT2 dans la population pédiatrique. ^h Description de certains effets indésirables **Réactions d'hypersensibilité** Dans l'ensemble des essais contrôlés versus placebo dédiés au DT2 chez l'adulte, au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFep, des réactions d'hypersensibilité ont été rapportées avec le tirépatpate, parfois sévères (par exemple, urticaire, eczéma, éruption cutanée, dermatite). Des réactions d'hypersensibilité ont été rapportées chez respectivement 3,2 %, 5,0 %, 3,0 % et 4,7 % des patients traités par

Mounjaro sol. inj. s.c. KwikPen [stylo prérempli]	Catégorie de remboursement dans le diabète de type 2	Prix public	Intervention patient (s'il répond aux critères de remboursement)
1 x 4 dos. 2,5 mg / 1 dos.	A	€179,78	€2
1 x 4 dos. 5 mg / 1 dos.	A	€241,16	€2
1 x 4 dos. 7,5 mg / 1 dos.	A	€333,23	€2
1 x 4 dos. 10 mg / 1 dos.	A	€333,23	€2
1 x 4 dos. 12,5 mg / 1 dos.	Non applicable	€410,88	Non applicable
1 x 4 dos. 15 mg / 1 dos.		€410,88	

tirépatpate et chez respectivement 1,7 %, 3,8 %, 2,1 % et 3,5 % des patients traités par placebo. Des cas rares de réaction anaphylactique et d'angioedème ont été rapportés après la commercialisation du tirépatpate. **Hypoglycémie chez les patients ayant un diabète de type 2** **Études dédiées au diabète de type 2 chez l'adulte** Une hypoglycémie cliniquement significative (glycémie $< 3,0$ mmol/L [< 54 mg/dL] ou une hypoglycémie sévère (nécessitant l'assistance d'une tierce personne) est survenue chez 10 à 14 % des patients (0,14 à 0,16 événements/patient-année) lorsque le tirépatpate a été ajouté à un sulfamide hypoglycémiant et chez 14 à 19 % des patients (0,43 à 0,64 événements/patient-année) lorsque le tirépatpate a été ajouté à l'insuline basale. Le taux d'hypoglycémies cliniquement significatives avec l'administration du tirépatpate en monothérapie ou en association avec d'autres médicaments antidiabétiques oraux ne dépassait pas 0,04 événement/patient-année (voir tableau 1 et rubriques 4.2, 4.4 et 5.1). Dans les études cliniques de phase 3, 10 patients (0,2 %) ont rapporté 12 épisodes d'hypoglycémie sévère. Parmi ces 10 patients, 5 (0,1 %) étaient sous insuline glargine ou un sulfamide hypoglycémiant et ont rapporté 1 épisode chacun. **Étude dédiée au contrôle du poids** Dans un essai de phase 3 contrôlé versus placebo dédié au contrôle du poids chez des patients avec DT2, une hypoglycémie (glycémie $< 3,0$ mmol/L [< 54 mg/dL]) a été rapportée chez 4,2 % des patients traités par tirépatpate contre 1,3 % des patients traités par placebo. Dans cet essai, les patients prenant du tirépatpate en association avec un sécrétagogue de l'insuline (par exemple, un sulfamide hypoglycémiant) présentaient une incidence d'hypoglycémie plus élevée (10,3 %) par rapport aux patients traités par tirépatpate ne prenant pas de sulfamide hypoglycémiant (2,1 %). Aucun épisode d'hypoglycémie sévère n'a été signalé. **Réactions indésirables gastro-intestinales** Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, les troubles gastro-intestinaux ont été augmentés de manière dose-dépendante dans les groupes tirépatpate 5 mg (37,1 %), 10 mg (39,6 %) et 15 mg (43,6 %) par rapport au placebo (20,4 %). Des nausées sont survenues chez respectivement 12,2 %, 15,4 % et 18,3 % versus 4,3 % des patients et des diarrhées chez respectivement 11,8 %, 13,3 % et 16,2 % versus 8,9 % des patients, dans les groupes tirépatpate 5 mg, 10 mg et 15 mg versus placebo. Les effets indésirables gastro-intestinaux étaient principalement d'intensité légère (74 %) ou modérée (23,3 %). L'incidence des nausées, des vomissements et des diarrhées était plus élevée pendant la période d'escalade de dose et diminuait au cours du temps. Plus de patients ont arrêté définitivement le traitement en raison de la survenue d'un événement gastro-intestinal dans les groupes tirépatpate 5 mg (3,0 %), 10 mg (5,4 %) et 15 mg (6,6 %) par rapport au groupe placebo (0,4 %). Dans une étude de phase 3 contrôlée versus placebo dédiée au contrôle du poids chez des patients sans DT2, les troubles gastro-intestinaux étaient augmentés dans les groupes tirépatpate 5 mg (55,6 %), 10 mg (60,8 %) et 15 mg (59,2 %) par rapport au placebo (30,3 %). Des nausées sont survenues chez respectivement 24,6 %, 33,3 % et 31,0 % versus 9,5 % des patients et des diarrhées chez respectivement 18,7 %, 21,2 % et 23,0 % versus 7,3 % des patients, dans les groupes tirépatpate 5 mg, 10 mg et 15 mg versus placebo. Les effets indésirables gastro-intestinaux étaient principalement d'intensité légère (60,8 %) ou modérée (34,6 %). L'incidence des nausées, des vomissements et des diarrhées était plus élevée pendant la période d'escalade de dose et diminuait au cours du temps. Plus de patients ont arrêté définitivement le traitement de l'étude en raison de la survenue d'un événement gastro-intestinal dans les groupes tirépatpate 5 mg (1,9 %), 10 mg (4,4 %) et 15 mg (4,1 %) par rapport au groupe placebo (0,5 %). **Événements liés à la vésicule biliaire** Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au contrôle du poids, l'incidence globale de cholécystite et de cholécystite aiguë était de respectivement 0,6 % et 0,2 % chez les patients traités par tirépatpate et par placebo. Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFep, une maladie aiguë de la vésicule biliaire a été rapportée chez respectivement 2,0 %, 0,9 % et 4,4 % des patients traités par tirépatpate et chez respectivement 1,6 %, 0,9 % et 2,7 % des patients traités par placebo. Dans les études de phase 3 dédiées au contrôle du poids, les événements aigus de la vésicule biliaire étaient positivement corrélés à la perte de poids. **Immunogénicité** Dans les études cliniques de phase 3, la présence d'anticorps anti-médicaments (AAM) a été recherchée chez 9 094 patients traités par tirépatpate. Dans ces études, entre 45,1 et 65,1 % des patients ont développé des AAM apparus au cours de la période de traitement. Chez 29,8 à 51,3 % des patients évalués, les AAM apparus pendant le traitement étaient persistants (les AAM apparus pendant le traitement sont restés présents pendant une période de 16 semaines ou plus). Des anticorps neutralisants contre l'activité du tirépatpate sur les récepteurs du GIP (polypeptide insulinotrope dépendant du glucose) et du GLP-1 (peptide-1 apparenté au glucagon) étaient retrouvés chez jusqu'à 3 % et 2,3 % des patients respectivement, et des anticorps neutralisants dirigés contre le GIP natif et le GLP-1 natif étaient retrouvés chez jusqu'à 1,2 % et 0,4 % des patients respectivement. Il n'a été constaté aucun signe d'altération du profil pharmacocinétique ni aucune incidence sur l'efficacité du tirépatpate liés au développement d'AAM ou d'anticorps neutralisants. **Fréquence cardiaque** Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, le traitement par tirépatpate a entraîné une augmentation moyenne maximale de la fréquence cardiaque de 3 à 5 battements par minute selon les doses. L'augmentation moyenne maximale de la fréquence cardiaque chez les patients sous placebo était de 1 battement par minute. Le pourcentage de patients ayant présenté une modification par rapport à l'inclusion de la fréquence cardiaque > 20 bpm pendant 2 visites consécutives ou plus était de respectivement 2,1 %, 3,8 % et 2,9 % pour le tirépatpate 5 mg, 10 mg et 15 mg, contre 2,1 % pour le placebo. De légères augmentations moyennes de l'intervalle PR ont été observées avec le tirépatpate par rapport au placebo (augmentation moyenne de 14 à 3,2 msec et diminution moyenne de 1,4 msec respectivement). Aucune différence n'a été observée pour les arythmies et les troubles de la conduction cardiaque apparus sous traitement entre le tirépatpate 5 mg, 10 mg, 15 mg et le placebo (respectivement 3,8 %, 2,1 %, 3,7 % et 3 %). Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFep, le traitement par tirépatpate a entraîné une augmentation moyenne de la fréquence cardiaque de 3, 2 et 3 battements par minute respectivement. Une augmentation moyenne de la fréquence cardiaque < 1 , < 1 et de 1 battement par minute a été observée chez les patients traités par placebo respectivement. Dans une étude contrôlée versus placebo dédiée au contrôle du poids chez des patients sans DT2, le pourcentage de patients ayant présenté une modification par rapport à l'inclusion de la fréquence cardiaque > 20 bpm pendant 2 visites consécutives ou plus était de respectivement 2,4 %, 4,9 % et 6,3 % pour le tirépatpate 5 mg, 10 mg et 15 mg, contre 1,2 % pour le placebo. De légères augmentations moyennes de l'intervalle PR ont été observées avec le tirépatpate et le placebo (augmentation moyenne de 0,3 à 1,4 msec et de 0,5 msec respectivement). Aucune différence n'a été observée pour les arythmies et les troubles de la conduction cardiaque apparus sous traitement entre le tirépatpate 5 mg, 10 mg, 15 mg et le placebo (respectivement 3,7 %, 3,3 %, 3,3 % et 3,6 %). **Réactions au site d'injection** Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFep, les réactions au site d'injection ont été augmentées pour le tirépatpate (de respectivement 3,2 %, 8,0 %, 8,2 % et 6,0 %) par rapport au placebo (de respectivement 0,4 %, 1,8 %, 2,6 % et 1,6 %). Globalement, dans les études de phase 3, les signes et symptômes de réactions au site d'injection les plus fréquemment rapportés étaient des érythèmes et des prurits. L'intensité maximale des réactions au site d'injection chez les patients était légère (91 %) ou modérée (9 %). Aucune réaction au site d'injection n'a été grave. **Enzymes pancréatiques** Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au DT2 chez l'adulte, le traitement par tirépatpate a entraîné selon les doses des augmentations moyennes de 33 % à 38 % de l'amyase pancréatique et de 31 % à 42 % de la lipase pancréatique par rapport à l'inclusion. Les patients sous placebo ont présenté une augmentation de 4 % de l'amyase par rapport à l'inclusion et aucune variation n'a été observée pour la lipase. Dans l'ensemble des études de phase 3 contrôlées versus placebo dédiées au contrôle du poids, au SAHOS et à l'ICFep, le traitement par tirépatpate a entraîné des augmentations moyennes de respectivement 23 %, 25 % et 28 % de l'amyase pancréatique, et de respectivement 34 %, 39 % et 32 % de la lipase pancréatique par rapport à l'inclusion. Les patients sous placebo ont présenté une augmentation de respectivement 2 %, 1 % et 4 % de l'amyase, et de respectivement 6 %, 4 % et 1 % de la lipase par rapport à l'inclusion. **Population pédiatrique** Chez les enfants et adolescents âgés de 10 à moins de 18 ans ayant un diabète de type 2 et traités par tirépatpate à la dose de 5 mg ou 10 mg une fois par semaine, les profils de sécurité et d'immunogénicité étaient comparables à ceux décrits précédemment chez les patients adultes ayant un diabète de type 2, à l'exception d'une fréquence plus élevée de vomissements, de douleurs abdominales et d'hypoglycémies lorsque le tirépatpate était ajouté à la metformine seule. Aucun épisode d'hypoglycémie sévère n'est survenu au cours de l'essai dédié au DT2 dans la population pédiatrique. Pendant la phase contrôlée par placebo, des hypoglycémies cliniquement significatives (glycémie $< 3,0$ mmol/L [< 54 mg/dL]) sont survenues chez 28,6 % (1,98 événement/patient-année) des patients traités par tirépatpate et chez 10,0 % (0,35 événement/patient-année) des patients sous placebo, lorsque le traitement était ajouté à l'insuline basale avec ou sans metformine. Le taux était de respectivement 9,1 % (0,28 événement/patient-année) et 4,2 % (0,07 événement/patient-année) pour les patients traités par tirépatpate et par placebo, lorsque le traitement était ajouté à la metformine seule. **Déclaration des effets indésirables suspects** La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, www.afmps.be, Division Vigilance. Site internet: www.notifierneffetindesirable.be, e-mail: adr@agf.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. **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Eli Lilly Nederland B.V., Orteluislaan 1000, 3528 BD Utrecht, Pays-Bas. **8. NUMÉROS D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/1/22/1685/001 EU/1/22/1685/002 EU/1/22/1685/003 EU/1/22/1685/004 EU/1/22/1685/005 EU/1/22/1685/006 EU/1/22/1685/007 EU/1/22/1685/008 EU/1/22/1685/009 EU/1/22/1685/010 EU/1/22/1685/011 EU/1/22/1685/012 EU/1/22/1685/013 EU/1/22/1685/014 EU/1/22/1685/015 EU/1/22/1685/016 EU/1/22/1685/017 EU/1/22/1685/018 EU/1/22/1685/019 EU/1/22/1685/020 EU/1/22/1685/021 EU/1/22/1685/022 EU/1/22/1685/023 EU/1/22/1685/024 EU/1/22/1685/025 EU/1/22/1685/026 EU/1/22/1685/027 EU/1/22/1685/028 EU/1/22/1685/029 EU/1/22/1685/030 EU/1/22/1685/031 EU/1/22/1685/032 EU/1/22/1685/033 EU/1/22/1685/034 EU/1/22/1685/035 EU/1/22/1685/036 EU/1/22/1685/037 EU/1/22/1685/038 EU/1/22/1685/039 EU/1/22/1685/040 EU/1/22/1685/041 EU/1/22/1685/042 EU/1/22/1685/043 EU/1/22/1685/044 EU/1/22/1685/045 EU/1/22/1685/046 EU/1/22/1685/047 EU/1/22/1685/048 EU/1/22/1685/049 EU/1/22/1685/050 EU/1/22/1685/051 EU/1/22/1685/052 EU/1/22/1685/053 EU/1/22/1685/054 EU/1/22/1685/055 EU/1/22/1685/056 EU/1/22/1685/057 EU/1/22/1685/058 EU/1/22/1685/059 EU/1/22/1685/060 **9. DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de première autorisation : 15 septembre 2022 **10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE 29 janvier 2026.** Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments <https://www.ema.europa.eu> **STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament sur prescription médicale.



TOUS ENSEMBLE, DISONS STOP À L'ÉPIDÉMIE DE ROUGEOLE!

Auteure: D^{re} Françoise Mambourg, cellule Vaccination • Dernière mise à jour: 17/02/2025

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

Pourquoi ?

Des épidémies de rougeole sévissent actuellement dans de nombreux pays prisés par les voyageurs et les estivants. L'épidémie est particulièrement virulente actuellement en Roumanie et au Maroc (Aviq). D'autres pays sont également touchés dans une moindre mesure. (voir la liste actualisée tous les mois sur [Measles: countries with an outbreak | Wanda](#)). Protéger les voyageurs permettra également d'éviter la propagation de la rougeole en Belgique au retour.

Pour être efficace, la vaccination doit être administrée en minimum deux doses. Or, la couverture vaccinale (CV) pour la première dose du vaccin RRO en Belgique était de 95.7% (2016). Pour la deuxième dose de RRO, la CV était de 87.4% en Flandre (2016) et de 75% en Wallonie et dans la région de Bruxelles-Capitale (2016).

Étape 1. Vérifier le statut vaccinal des futurs voyageurs des pays concernés

- Adultes nés avant 1970:
Les personnes nées avant 1970 ont normalement eu ces infections dans leur enfance et sont donc immunisées.
- Adultes et jeunes nés après 1970, enfants de plus d'un an:
Vérifiez si la deuxième dose a été administrée.

Étape 2. Vacciner les futurs voyageurs des pays concernés

- Adultes nés avant 1970: NON
 - Personnes nées après 1970 et de plus d'un an:
 - Si aucune notion de vaccination: une première dose est recommandée, qui doit être suivie d'une seconde dose après au moins quatre semaines. En cas de doute sur le statut vaccinal, le vaccin peut être administré sans problème.
 - Si une seule dose reçue: administrer la deuxième au plus tard 15 jours avant le départ. Après deux doses, la protection est en principe à vie.
 - Bébés de plus de 6 mois et de moins d'un an:
Administrer une dose de RRO si possible au moins 15 jours avant le départ.
- Attention: cette dose «ne compte pas» et une vaccination complète (2 doses) devra être administrée selon le schéma habituel.**

Sources

- <https://www.aviq.be/fr/webinaire-rougeole-28022024>
- www.wanda.be/fr
- www.vaccination-info.be



Avec le soutien de





par les D^{res} CAMILLE DUBUS
et Caroline MICHOT

médecins généralistes

contactRMG@ssmg.be

Rougeole : une menace persistante malgré un vaccin efficace

Nous assistons ces dernières années à une recrudescence mondiale de la rougeole, suite à la diminution de la couverture vaccinale due à la pandémie de covid. En effet, le nombre de cas a augmenté de 20% entre 2022 et 2023. Cette maladie, à déclaration obligatoire, est une des viroses les plus contagieuses : son taux de reproduction peut atteindre 12 à 18 ! C'est pour cela qu'on estime que les patient-es nés avant 1970 sont immunisés.

La transmission se fait via les voies aériennes. Le virus vient infecter les cellules dendritiques, les macrophages, puis les ganglions lymphatiques avant de se disséminer par voie hématogène, ce qui explique la grande variété de symptômes. Les patient-es sont principalement contagieux-ses durant la phase présymptomatique, pendant laquelle la charge virale au niveau des voies respiratoires supérieures est la plus importante : c'est-à-dire 4 jours avant l'éruption cutanée, et jusqu'à 4 jours après l'apparition du rash. Son réservoir est uniquement humain, ce qui en fait une maladie potentiellement éradicable par la vaccination...

La phase d'incubation varie de 7 à 21 jours. Les symptômes débutent ensuite par une toux, une conjonctivite bilatérale non purulente avec photophobie, une rhinorrhée. Ensuite apparaît le rash maculo-papuleux avec un état hautement fébrile, de progression cranio-caudale et touchant tout le corps. Les taches de Koplik (lésions maculaires blanches type grain de sel à l'intérieur de joues et au niveau du palais, entourées d'un halo érythémateux) sont

pathognomoniques mais pas toujours présentes. Les complications (pneumonie, encéphalite) sont liées à l'action cytopathogène directe du virus ou à l'immunosuppression secondaire liée à l'infection.

Le diagnostic doit être confirmé par une PCR réalisée sur un frottis oro- ou nasopharyngé dans les 3 à 5 jours suivant l'érythème. Au-delà, une sérologie est justifiée. Dans l'attente des résultats du test, le-la patient-e atteint-e doit être isolé-e de la collectivité. Une enquête d'entourage pour vérifier le statut vaccinal ou sérologique doit également être fait, et si le diagnostic est bien confirmé, chaque personne potentiellement transmetteuse et non-immunisée doit être isolée durant toute la période d'incubation, c'est-à-dire 21 jours à partir de l'apparition du rash chez le cas infecté.

Le traitement est symptomatique. Les complications étant plus élevées en cas de carence en vitamine A, et la maladie diminuant son taux, l'OMS recommande de suppléer les enfants (1 dose PO/jour durant 2 jours, puis une 3^e dose à 2-6 semaines en cas de carence) pour diminuer le risque de complications. La ribavirine a démontré une inhibition de la réplication virale in vitro et est parfois administrée en cas d'infection sévère chez le-la patient-e immunodéprimé-e.

En cas de suspicion d'un cas de rougeole, l'utilisation d'un masque FFP2 et le port d'une tenue de protection sont recommandés. Une PEP (prévention post-expositionnelle) par vaccination est indiquée pour toute personne non immune ayant été en contact sans masque FFP2 avec un-e patient-e ayant la rougeole, ou ayant transité dans la même pièce, jusqu'à 2 heures après son dernier passage.

Chez les nourrissons de moins de 6 mois nés de mères non vaccinées, ou lorsque la vaccination est contre-indiquée (femmes enceintes, personnes immunodéprimées présentant une contre-indication aux vaccins vivants), un traitement par immunoglobulines polyclonales intraveineuses (IVIG) est recommandé jusqu'à 6 jours après le contact.

N.D.L.R. : Le CSS recommande, dans un avis publié le 7 juillet 2025, dans les cas où la vaccination contre la rougeole (RRO) ne peut pas être utilisée (en raison d'une contre-indication, d'un âge trop jeune ou d'un délai de plus de 72 heures après l'exposition), d'envisager l'administration d'immunoglobulines

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-ric se fasse sa propre opinion en fonction de ses connaissances et de son expérience, après éventuellement avoir pris connaissance de l'article.

comme prophylaxie post-exposition pour les personnes à risque de formes graves de la rougeole, au cas par cas.

Le vaccin RRO est seulement efficace pour diminuer le risque d'infection ou d'éviter les complications s'il est administré endéans les 72 heures après le contact.

Les patient-es suivant-es sont considéré-es comme étant protégé-es :

- personnes nées avant 1970 ;
- patient-es ayant eu une infection documentée par la rougeole durant l'enfance ;
- patient-es ayant reçu deux doses du vaccin RRO après l'âge de 50 semaines, avec un intervalle d'au moins un mois entre les deux doses ;
- patient-es ayant des titres documentés d'anticorps IgG protecteurs contre la rougeole, confirmés par une prise de sang ;
- l'enfant de moins de 3 mois est protégé si la mère a été vaccinée (2 doses) ou si elle a un antécédent fiable d'infection naturelle par la rougeole. L'enfant de 3 à 6 mois est seulement protégé si l'on dispose d'un antécédent fiable d'infection naturelle par la rougeole chez la mère.

Après administration d'un traitement par IVIG, la vaccination par la rougeole doit être postposée de 6 mois, alors que la protection de l'IVIG n'est que de 2 mois. (CD)

Fournier L, Perez-Rodriguez F, Rohr M et al. Rougeole : une menace persistante malgré un vaccin efficace. Rev Med Suisse 2025 ; 21 : 736-41. DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.913.4943

Mots-clés : rougeole, vaccination.

Activité physique et hypertension : recommandations et pratique clinique

L'activité physique (AP) est centrale dans la prise en charge non médicamenteuse de l'hypertension artérielle (HTA). Elle est aussi efficace que certains médicaments sur la baisse de la pression artérielle [diminution de 7 à 8 mmHg pour la pression artérielle systolique (PAS) et de 4 à 5 mmHg pour la pression artérielle diastolique (PAD)], avec un effet dose-dépendant. L'effet maximal est ainsi atteint avec 150 minutes d'AP par semaine. On observe une baisse de la mortalité cardiovasculaire dès 30 minutes d'AP à raison de deux fois par semaine.

Les lignes directrices européennes recommandent :

- activité physique aérobie (endurance) : intensité faible-moderée à raison de 150 minutes par semaine ou intensité élevée à raison de 75 minutes par semaine ;

- activité physique en résistance : en complément à l'aérobie à raison de 2 à 3 fois par semaine ;
- activité physique isométrique : en complément à l'aérobie à raison de 2 à 3 fois par semaine.

Toute forme d'AP doit être encouragée auprès de nos patient-es. L'approche doit être personnalisée à chaque patient-e pour permettre de maintenir une motivation à long terme. Une reprise progressive est nécessaire si le-la patient-e est sédentaire (approche graduée, adaptée au stade et aux objectifs de chaque patient-e). Il ne faut pas hésiter à faire appel à son réseau pour soutenir la démarche du-de la patient-e : physiothérapeute chez la personne âgée, coachs sportifs...

La nécessité d'examen complémentaires avant l'initiation d'une AP est nécessaire uniquement pour les patient-es à haut risque cardiovasculaire, sédentaires ou présentant des symptômes évocateurs d'une pathologie cardiaque.

Notons cependant une contre-indication relative à l'AP intense en cas de valeurs au repos > 200 mmHg pour la PAS ou > 110 mmHg pour la PAD.

Les obstacles fréquents à la réalisation d'une activité physique chez le-la patient-e hypertendu-e sont :

Du côté du soignant :

- manque de connaissances sur le réel impact bénéfique de l'AP ;
- doute sur les contre-indications ;
- doute sur la nécessité de faire des examens complémentaires préalables selon les patient-es ;
- crainte de déclencher un événement cardiovasculaire.

Du côté du-de la patient-e :

- sentiment d'incapacité du fait de la maladie ;
- manque de temps ;
- manque de motivation ;
- coût ;
- peur personnelle et de l'entourage de complications médicales ;
- sédentarité sociétale ;
- environnement inadéquat.

Il faudra enfin tenir compte des médicaments anti-hypertenseurs ou autres, pouvant influencer l'AP. Les bêtabloquants induisent une diminution de la fréquence cardiaque, une augmentation du risque d'hypoglycémie chez les diabétiques, une diminution du ressenti cardiaque des symptômes, ainsi qu'un risque accru d'hypotension après l'effort. Les diurétiques provoquent un risque d'hypovolémie par déshydratation et de troubles ioniques (et donc un risque d'arythmie). (CM)

Rigon P, Wuerzner G. Activité physique et hypertension : recommandations et pratique clinique. Rev Med Suisse. 2025 ; 21 (930) : 1599-1602. DOI : 10.53738/REVMED.2025.21.930.47697

Mots-clés : activité physique, hypertension artérielle.

La santé mentale des jeunes enfants (0-5 ans): avis du CSS n° 9742

par M^{me} Sylvie GERARD*, la D^{re} Isabelle DALEM**,
M^{me} Cindy MOTTRIE*** et la D^{re} Françoise VANHALLE****

* Secrétaire scientifique Conseil Supérieur de la Santé
1210 Bruxelles
sylvie.gerard@health.fgov.be

** Pédiopsychiatre
CHC Liège
4654 Charneux
isabelledalem@gmail.com

*** Psychologue clinicienne
1460 Ittre
cindy.mottrie@ulb.be

**** Pédiopsychiatre
7034 Saint-Denis
francoise_vanhalle@hotmail.com

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

Introduction

Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) a publié en novembre 2025 un avis concernant la santé mentale du jeune enfant (0-5 ans)¹. Les besoins spécifiques de cette tranche d'âge sont rarement exprimés et la santé mentale infantile reste insuffisamment reconnue dans les politiques publiques, alors qu'elle constitue un enjeu crucial de santé publique. La petite enfance est en effet une période durant laquelle se construisent les fondements du développement cognitif, émotionnel, physique et social. Ces premières années vont fortement influencer la santé physique et mentale, la réussite scolaire, l'intégration sociale et la productivité future. Par ailleurs, à ce stade (y compris pendant la grossesse) la forte plasticité du cerveau le rend très réceptif aux influences de l'environnement, qu'elles soient bénéfiques ou néfastes. Le système social au sein duquel le nourrisson et le tout-petit se développent aura donc une influence importante sur son bien-être. Ce système est également le mieux placé pour voir émerger les besoins d'accompagnement.

Dans cette perspective, le Conseil supérieur de la santé (CSS) a décidé d'élaborer un avis de propre initiative concernant la santé mentale des jeunes enfants, dans l'objectif de formuler des recommandations fondées sur des données probantes. La promotion de la santé mentale des enfants ne pouvant être dissociée du soutien à l'environnement dans lequel ils grandissent, les recommandations concernent également d'autres secteurs que celui de la santé (conditions de vie des familles, notamment).

Recommandations

Dans une perspective de santé publique, le CSS décrit d'abord les déterminants de santé d'ordres sociaux, environnementaux, biologiques, affectifs et comportementaux à prendre en compte. Ainsi, il recommande en premier lieu

ABSTRACT

Mental health in children aged 0 to 5 years is crucial but remains insufficiently recognized. The CSS recommends intervening as early as possible (from conception onward) through support for the child's environment and early identification of vulnerabilities. General practitioners have a central role to play in this regard.

Keywords: infant mental health, perinatal mental health, prevention, early diagnosis, early Intervention.

RÉSUMÉ

La santé mentale des 0 à 5 ans est cruciale mais insuffisamment reconnue. Le CSS recommande d'agir le plus tôt possible (dès la conception) via un soutien à l'environnement de l'enfant, et un repérage précoce des vulnérabilités. Les médecins généralistes ont à cet égard un rôle central à jouer.

Mots-clés: santé mentale du jeune enfant, santé mentale périnatale, prévention, diagnostic précoce, intervention précoce.

de promouvoir la santé mentale dès la petite enfance par des interventions universelles : fournir un environnement sain et l'accès à une alimentation saine, à une éducation de qualité, à des activités de jeu et de loisirs, à des interactions sociales positives, ainsi qu'à des conditions de vie favorisant le bien-être des parents et des enfants, avec une attention particulière pour les groupes vulnérables.

Le CSS recommande également de sensibiliser toute la population (par exemple au moyen de campagnes) aux enjeux de la parentalité, au développement de l'enfant et aux facteurs positifs permettant de développer une bonne santé mentale dès la toute petite enfance. Il recommande aussi de légitimer auprès des (futurs) parents le besoin d'être soutenus.

Enfin, pour les parents de très jeunes enfants, le CSS recommande de faciliter l'accès à des professionnel·les formé·es en offrant un accompagnement suffisant dès la conception. Un continuum d'interventions favorisant la santé mentale des jeunes enfants doit inclure des actions de prévention, de repérage, de dépistage ciblé et des interventions précoces.

En tant qu'acteurs et actrices de la première ligne de soins, les médecins généralistes constituent souvent le premier point de contact durant la période préconceptionnelle, la grossesse et les premières années de vie de l'enfant. Le CSS met en avant leur rôle important pour constituer la «matrice de soutien» nécessaire aux nouveaux parents, et pour garantir la continuité des soins.

Les médecins généralistes sont également des partenaires privilégiés pour le **repérage** des signes précoces de vulnérabilité, qu'ils concernent la mère, le·la coparent·e, l'enfant, le tout-petit, ou la relation entre eux. Ce repérage devrait être intégré aux pratiques de tous·tes les professionnel·les en contact avec les familles, qui doivent pour cela être formé·es, avoir accès à des outils de repérage validés, et collaborer entre eux.

La période périnatale représente un moment à risque pour les **troubles psychiques parentaux**. L'avis recommande que les professionnel·les en contact avec les femmes enceintes repèrent ces vulnérabilités, et notamment la dépression et l'anxiété, grâce aux deux questions de l'entretien Whooley² [*Au cours du mois dernier, vous êtes-vous souvent sentie(e) abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e) ou sans espoir ? Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent été gêné(e) par le fait d'avoir peu d'intérêt ou de plaisir à faire des choses ?*] ainsi qu'aux 2 items de l'échelle de trouble anxieux généralisé (GAD-2)³ [*Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants ?* a) *Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension*

b) *Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes*]. Après la naissance, il est également important de continuer à détecter des vulnérabilités chez les parents (notamment la dépression du post partum) et d'apporter un soutien aux familles, notamment durant la première année de vie du bébé.

Il est également nécessaire d'identifier dès que possible les **enfants** présentant un risque accru de **problèmes de santé mentale ou de trouble du neuro-développement**. Après la naissance, le CSS insiste donc sur l'importance d'une surveillance développementale continue, réalisée en première ligne notamment par les médecins généralistes. Le repérage, qui consiste à relever l'absence de comportements attendus à certaines étapes du développement ou la présence de comportements qui divergent d'une trajectoire développementale normative, ainsi que des régressions éventuelles ou des troubles du comportement, doit se faire en complétant l'observation libre par des grilles de développement. Certains signes d'alerte absolus nécessitent une action immédiate, tels que, pour le langage, l'absence de babillage à 12 mois, l'absence de mots simples à 18 mois, l'absence d'association de deux mots à 24 mois. L'acquisition précoce de compétences d'autorégulation est aussi un élément clé car il va réduire le risque de développement de troubles émotionnels et comportementaux et favoriser ainsi la santé mentale à long terme.

Quand les signes s'accumulent, il devient nécessaire d'organiser un **dépistage** : réalisé par des professionnel·les de la santé de première ou deuxième ligne, il permettra de décider si l'enfant doit faire l'objet d'une évaluation diagnostique. Le CSS recommande pour cela l'utilisation d'outils validés tels que l'Alarm Distress Baby Scale (ADBB)⁴ pour le dépistage du retrait relationnel et le Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F)⁵ pour la suspicion de troubles du spectre de l'autisme.

Étant donné l'évolution rapide et l'impact important des dynamiques de développement dans cette phase de la vie, un **parcours de soins** doit être mis en place sans attendre. Celui-ci peut inclure une phase d'accompagnement et de soutien avant même le diagnostic, par des professionnel·les de première ligne (psychologues, logopèdes, kinés, psychomotricien·nes...). Les interventions peuvent porter sur l'enfant, sur les parents (renforcement des compétences parentales) ou sur la relation qui les unit, ainsi que sur l'environnement au sens large. Un bon fonctionnement des parcours de soins nécessite aussi le développement de réseaux entre les divers·es professionnel·les des lignes 0, 1^{re} et 2^e : éducateur·rice de crèche, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, pédiatre, (pédo-)psychiatre et autres.



Conclusion

Si la création de conditions favorables au développement de l'enfant relève d'une responsabilité collective, qui engage non seulement les professionnels de santé, mais aussi les autorités, les parents et la société dans son ensemble, les médecins généralistes jouent un rôle essentiel dans la promotion d'un développement sain et dans la prévention des troubles de santé mentale durant la petite enfance. En observant à la fois le bébé, les parents et leur environnement, en utilisant des outils de dépistage simples et validés, et en collaborant étroitement avec les partenaires locaux, ils peuvent contribuer à la détection précoce des difficultés et à l'accompagnement des familles.

Références

1. CSS – Conseil Supérieur de la Santé. La santé mentale des jeunes enfants (0 - 5 ans). Bruxelles : CSS ; 2025. Avis n° 9742 <https://www.hgr-css.be/fr/avis/9742/sante-mentale-des-jeunes-enfants>
2. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *J Gen Intern Med.* 1997 ; 12 : 439-45. doi: 10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x.
3. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med.* 2006 ; 166 (10) : 1092-1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092
4. Guedeney A, Fermanian J. A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: The Alarm Distress Baby Scale (ADBB). *Infant Ment Health J.* 2001 ; 22 (5) : 559-75. doi: 10.1002/imhj.1018
5. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CM, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the Modified Checklist for Autism in Toddlers, Revised with Follow-Up (M-CHAT-R/F). *Pediatrics.* 2014 ; 133 (1) : 37-45. doi: 10.1542/peds.2013-1813

Remerciements

Cet article a été rédigé dans le cadre d'un avis scientifique sur la santé mentale des jeunes enfants du Conseil Supérieur de la Santé. Les auteurs·rices étaient membres du groupe de travail ad hoc et remercient sincèrement les autres membres du groupe (Carlier Sophie, Cloet Eva, Couvert Marie, Cuypers Leen, Dechamps Michel, De Coene Anja, Desmarez Christine, Fohn Bruno, Gaugue Justine, Georis Anne Laure, Goban Vildan, Hens Kristien, Lambert Marie, Singh Binu, Soyez Veerle, Stassart Céline, Steyaert Jean, Symann Sophie, Verhelst Françoise, Warnant Caroline).

GJ de Charleroi – 26/09/26

LES CINQ SENS



Le Dr Jean-Marie Ledoux, Président de la Commission de Charleroi, nous présente cette Grande Journée consacrée aux cinq sens : « Voir, entendre, sentir, goûter, toucher : les sens en médecine générale ».

Pourquoi avoir choisi le thème des cinq sens pour cette Grande Journée ?

Jean-Marie LEDOUX : Les plaintes liées aux cinq sens sont extrêmement fréquentes en médecine générale. Pourtant, elles peuvent parfois cacher des pathologies plus complexes ou nécessiter une prise en charge spécifique. Nous avons donc souhaité proposer une journée pratique, centrée sur des situations que les MG rencontrent régulièrement en consultation, tout en faisant appel à des expert-es de différentes disciplines.

Quel est l'intérêt d'un tel sujet pour les médecins généralistes ?

Jean-Marie LEDOUX : Le-a médecin généraliste est souvent le-a premier-ère interlocuteur-riche face à une perte d'odorat, un vertige, une anomalie de la langue, des troubles sensitifs ou encore un problème visuel. Il ou elle doit pouvoir identifier les situations bénignes, reconnaître les signaux d'alarme et savoir quand orienter vers le bon spécialiste. Cette journée vise précisément à renforcer ces compétences diagnostiques et décisionnelles.

Pouvez-vous nous présenter le programme ?

Jean-Marie LEDOUX : La journée s'articulera autour des cinq sens et de problématiques fréquemment rencontrées en médecine générale. Les participant-es aborderont les polyneuropathies non diabétiques, les principales pathologies de la langue, les vertiges et troubles de l'équilibre, les urgences ophtalmologiques ainsi que l'anosmie et la cacosmie. L'accent sera mis sur le diagnostic, les examens utiles, les signes d'alerte et les situations nécessitant une orientation vers un spécialiste. La Grande Journée de Charleroi réunira ainsi plusieurs spécialistes autour d'un objectif commun : fournir aux médecins généralistes des outils concrets, directement applicables dans leur pratique quotidienne.

La Grande Journée de Charleroi aura lieu le 26/09/2026 à l'Institut de Pathologie et de Génétique de Gosselies.

Infos et inscriptions :

<https://www.ssmg.be/?p=60471>

Noé Van Schelvergem

GJ du Luxembourg – 03/10/26

NUTRITION À TRAVERS LES ÂGES



Le Dr Yves Gueuning, Président de la Commission du Luxembourg, nous parle de cette Grande Journée sur le thème « Nutrition à travers les âges ».

Quel est le thème de cette Grande Journée ?

Yves GUEUNING : La nutrition est une thématique transversale qui concerne les patient-es à toutes les étapes de la vie. Pourtant, elle reste parfois sous-estimée dans la pratique quotidienne. Nous avons souhaité proposer une journée qui aborde aussi bien la dénutrition chez les personnes âgées que l'obésité, les troubles du comportement alimentaire ou encore les enjeux nutritionnels chez l'enfant. L'objectif est d'offrir aux médecins généralistes des outils concrets pour mieux dépister, accompagner et orienter leurs patient-es.

Pourquoi participer à cette Grande Journée ?

Yves GUEUNING : Les médecins généralistes sont en première ligne face aux problématiques nutritionnelles. Ils et elles accompagnent des patient-es de tous âges et sont souvent les premier-ères à repérer une dénutrition, une prise de poids préoccupante ou un trouble du comportement alimentaire. Cette journée permettra de renforcer leurs connaissances et de mieux comprendre les ressources et trajets de soins disponibles pour une prise en charge globale.

Pouvez-vous nous présenter le programme ?

Yves GUEUNING : La journée débutera par un focus sur la dénutrition et l'obésité chez la personne âgée, avant d'aborder la place de la biologie dans l'évaluation nutritionnelle. La matinée se poursuivra avec une réflexion sur les différentes approches thérapeutiques de l'obésité de l'adulte. L'après-midi sera consacrée à l'obésité pédiatrique, avec des repères pour le dépistage et l'orientation des patient-es. Enfin, une dernière session mettra en lumière les troubles du comportement alimentaire et l'intérêt d'un trajet de soins multidisciplinaire pour améliorer leur prise en charge.

La Grande Journée du Luxembourg aura lieu le 3 octobre 2026 à la Haute École Robert Schuman (HERS) de Libramont.

Infos et inscriptions :

<https://www.ssmg.be/?p=60472>

Noé Van Schelvergem

Grande Journée RAMPE-ÂGE 2026

L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE AU CŒUR DE L'INTERDISCIPLINARITÉ



La prochaine Grande Journée RAMPE-ÂGE mettra à l'honneur l'insuffisance rénale chronique chez la personne âgée à domicile. Pour en savoir plus sur cette formation, nous avons rencontré le Dr Vincent Momin, membre de l'équipe organisatrice.

Pourquoi avoir choisi le thème de l'insuffisance rénale chronique ?

Vincent MOMIN : L'insuffisance rénale chronique est une problématique très fréquente, particulièrement chez les personnes âgées. Pourtant, elle reste parfois complexe à appréhender au quotidien, notamment en raison de ses nombreuses implications médicales, pharmacologiques et organisationnelles. L'objectif de cette journée est de revenir aux fondamentaux tout en proposant une approche concrète et interdisciplinaire, réunissant médecins généralistes, infirmier·ères, pharmacien·nes et néphrologues autour d'une même réalité de terrain.

Quels sont les objectifs principaux de cette Grande Journée ?

Vincent MOMIN : Nous souhaitons permettre aux participant·es de mieux comprendre les mécanismes de l'insuffisance rénale chronique, d'identifier les situations à risque et d'améliorer la coordination entre les différent·es intervenant·es. Cette journée vise également à renforcer les échanges entre les professions afin d'optimiser la prise en charge des patient·es à domicile, en particulier lorsqu'ils présentent une perte d'autonomie ou une polymédication importante.

Pouvez-vous nous présenter le programme ?

Vincent MOMIN : La matinée sera consacrée à plusieurs exposés pléniers. Les participant·es reviendront d'abord sur les bases de l'insuffisance rénale chronique avec le Pr Michel Jadoul. Une intervention sera ensuite consacrée à la gestion médicamenteuse et au rôle essentiel du·de la pharmacien·ne dans le suivi des patient·es souffrant d'insuffisance rénale. D'autres présentations aborderont les situations d'aggravation aiguë de l'insuffisance rénale ainsi que les aspects pratiques liés au suivi à domicile, aux trajectifs de soins et à la dialyse.

L'après-midi sera organisée autour d'ateliers interactifs basés sur des cas cliniques. Ceux-ci permettront aux participant·es de réfléchir ensemble à la gestion des traitements, aux situations d'urgence et à l'accompagnement des patient·es dialysés lors de leur retour à domicile.

À qui s'adresse cette formation ?

Vincent MOMIN : Cette journée s'adresse aux médecins généralistes, mais également aux infirmier·ères, pharmacien·nes et à tous·tes les professionnel·les impliqué·es dans la prise en charge des patient·es atteint·es d'insuffisance rénale chronique. L'approche interdisciplinaire constitue d'ailleurs l'une des grandes forces du projet RAMPE-ÂGE.

Que retiendront les participant·es ?

Vincent MOMIN : Iels repartiront avec une meilleure compréhension de l'insuffisance rénale chronique et de ses complications, mais aussi avec des outils concrets pour améliorer leur pratique. Iels apprendront à repérer certains signaux d'alerte, à adapter les traitements lorsque cela est nécessaire et à mieux collaborer avec les autres professionnel·les de santé impliqué·es dans le suivi des patient·es.

Un dernier mot ?

Vincent MOMIN : Même lorsqu'un sujet semble familier, il est toujours utile de revenir aux bases et de confronter les expériences de terrain. Cette journée sera avant tout l'occasion d'apprendre les un·es des autres et de renforcer les collaborations au bénéfice des patient·es.

Infos pratiques

La Grande Journée RAMPE-ÂGE 2026 aura lieu le 05 septembre 2026 de 13h30 à 17h15 au CFR (Centre de formation et de réunion de Bouge).

Toutes les informations ainsi que les inscriptions sont disponibles sur le site de la SSMG :

<https://www.ssmg.be/formation-29990/>

Noé Van Schelvergem





Un nouveau webinaire de BELpREG s'est tenu le 2 avril 2026 autour d'une thématique essentielle: l'utilisation des médicaments dans les maladies immunitaires avant, pendant et après la grossesse. Pour revenir sur cet événement, nous avons rencontré le Dr Michael Ceulemans, coordinateur du registre de grossesse BELpREG.

Pouvez-vous nous présenter BELpREG ?

Michael CEULEMANS : BELpREG est un registre de recherche belge consacré à l'utilisation et à la sécurité des médicaments, des vaccins et d'autres produits de santé pendant la grossesse. Il s'agit actuellement de la seule initiative de ce type en Belgique. Notre objectif est de collecter des données issues de la pratique réelle afin d'améliorer les connaissances sur la sécurité des traitements durant la grossesse et l'allaitement.

Pourquoi avoir choisi le thème des maladies immunitaires et de la grossesse ?

Michael CEULEMANS : Les maladies immunitaires concernent de nombreuses femmes en âge de procréer. Les questions liées à la poursuite, à l'arrêt ou à l'adaptation des traitements avant, pendant et après la grossesse sont fréquentes, tant pour les patientes que pour les professionnel·les de santé. Il était donc important de faire le point sur les connaissances actuelles et les bonnes pratiques dans ce domaine.

Quels étaient les objectifs principaux du webinaire ?

Michael CEULEMANS : L'objectif était d'apporter des informations actualisées sur l'utilisation des médicaments dans différentes pathologies immunitaires, tout en sensibilisant les professionnel·les de santé à l'importance d'un accompagnement multidisciplinaire. Nous souhaitions également faire connaître davantage BELpREG et encourager la participation des femmes enceintes au registre.

Pouvez-vous nous présenter le contenu du webinaire ?

Michael CEULEMANS : Le webinaire a débuté par une présentation du registre BELpREG et des différentes possibilités de participation pour les femmes enceintes. Une partie importante a ensuite été consacrée aux médicaments biologiques et aux biosimilaires, avec un focus sur leurs particularités et leur utilisation pendant la grossesse. Trois expert·es sont ensuite intervenu·es dans leur domaine de spécialité. La professeure Sophie Vieujean a abordé la prise en charge des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, notamment

la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. La professeure Karin Melsens a présenté les recommandations concernant les maladies rhumatismales, tandis que la Dr^e Anke Eylenbosch s'est concentrée sur les maladies dermatologiques comme le psoriasis et la dermatite atopique. Le programme a également donné une place importante aux témoignages de patientes, qui ont partagé leur expérience de la grossesse avec une maladie chronique. Ces interventions ont mis en lumière l'importance de l'accompagnement préconceptionnel et de la collaboration entre les différent·es professionnel·les de santé.

À qui s'adressait ce webinaire ?

Michael CEULEMANS : Ce webinaire était ouvert à l'ensemble des professionnel·les de santé en contact avec des femmes ayant un désir de grossesse, enceintes ou allaitantes. Il concernait notamment les médecins, pharmaciennes, sages-femmes, infirmières et spécialistes impliqués dans leur suivi.

Que retiendront les participant·es ?

Michael CEULEMANS : Les participant·es repartiront avec une meilleure compréhension des traitements pouvant être utilisés dans différentes maladies immunitaires autour de la grossesse. Iels disposeront également de repères pratiques pour accompagner leurs patientes et pourront s'appuyer sur les ressources mises à disposition par BELpREG pour approfondir leurs connaissances.

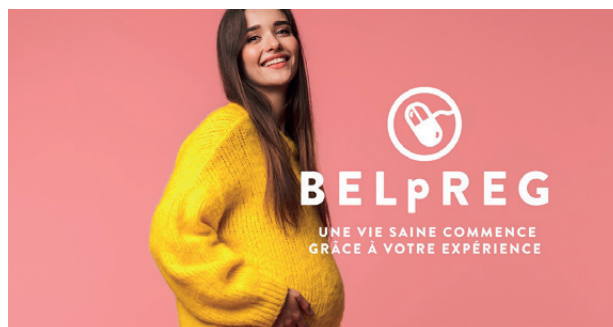
Un dernier mot ?

Michael CEULEMANS : Nous encourageons toutes les professionnel·les de santé à orienter leurs patientes enceintes vers BELpREG. Chaque participation contribue à améliorer les connaissances sur la sécurité des médicaments pendant la grossesse et permet, à terme, d'offrir une meilleure information aux futures mères et aux soignant·es qui les accompagnent.

Les personnes intéressées peuvent demander l'enregistrement du webinaire via info@belpreg.be.

Plus d'infos sur le site web : www.belpreg.be/fr.

Noé Van Schelvergem



MANIFESTATIONS SSMG 2026



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

samedi 5 septembre

Grande Journée Rampe-Âge : L'insuffisance rénale chez la personne âgée

organisée par la cellule Personnes âgées

samedi 12 & dimanche 13 septembre

Entretiens de la SSMG – 1^{er} WE

organisés par le Pôle formation

samedi 19 septembre

Congrès national « Bridging Practices »

organisé par la SSMG et Domus Medica

samedi 26 septembre

Grande Journée « Les 5 sens »

organisée par la commission de Charleroi

samedi 3 octobre

Grande Journée « Nutrition à travers les âges »

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

samedi 21 novembre

Grande Journée MCC

organisée par la cellule Personnes âgées

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 10 personnes :

Lola Carrasco, 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. Vrai • 2. Faux • 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: Les Jardins de Majorelle, Marrakech (Maroc)
© 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** ».