



 **PB-PP | B-331**
BELGIË(N) - BELGIQUE

WWW.LEJOURNALDUMEDECIN.COM

EDITION SPÉCIALE DU JOURNAL DU MÉDECIN - 21 DÉCEMBRE 2018 - HEBDOMADAIRE - P309580 - ROULARTA HEALTHCARE - RUE DE LA FUSÉE 50, BTE 14 - 1130 BRUXELLES

Qui êtes-vous docteur?

▼ This medicinal product is subject to additional monitoring. This will allow quick identification of new safety information. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions. See below for how to report adverse reactions.

Fiasp® 100 units/mL solution for injection in pre-filled pen. **Fiasp® 100 units/mL** solution for injection in vial. **Composition:** 1 mL of the solution contains 100 units of insulin aspart (rDNA). One pre-filled pen contains 300 units of insulin aspart in 3 mL solution. One vial contains 1,000 units of insulin aspart in 10 mL solution. **Pharmaceutical form:** Solution for injection in pre-filled pen (FlexTouch®) or in vial. Clear, colourless, aqueous solution. **Indications:** Treatment of diabetes mellitus in adults. **Posology and method of administration:** Posology: Fiasp is a mealtime insulin for subcutaneous administration up to 2 minutes before the start of the meal, with the option to administer up to 20 minutes after starting the meal. Dosing with Fiasp is individual and determined in accordance with the needs of the patient. Fiasp given by subcutaneous injection should be used in combination with intermediate-acting or long-acting insulin given at least once a day. In a basal-bolus treatment regimen approximately 50% of this requirement may be provided by Fiasp and the remaining by intermediate-acting or long-acting insulin. The individual total daily insulin requirement in adults may vary and is usually between 0.5 and 1.0 unit/kg/day. Blood glucose monitoring and insulin dose adjustment are recommended to achieve optimal glycaemic control. Adjustment of dose may be necessary if patients undertake increased physical activity, change their usual diet or during concomitant illness. Blood glucose levels should be monitored adequately under these conditions. The duration of action will vary according to the dose, injection site, blood flow, temperature and level of physical activity. Patients on basal-bolus treatment who forget a mealtime dose are advised to monitor their blood glucose level to decide if an insulin dose is needed. Patients should resume their usual dosing schedule at the next meal. The potency of insulin analogues, including Fiasp, is expressed in units. One (1) unit of Fiasp corresponds to 1 international unit of human insulin or 1 unit of other fast-acting insulin analogues. Initiation: *Patients with type 1 diabetes mellitus:* The recommended starting dose in insulin naive patients with type 1 diabetes is approximately 50% of the total daily insulin dose and should be divided between the meals based on the size and composition of the meals. The remainder of the total daily insulin dose should be administered as intermediate-acting or long-acting insulin. As a general rule, 0.2 to 0.4 units of insulin per kilogram of body weight can be used to calculate the initial total daily insulin dose in insulin naive patients with type 1 diabetes. *Patients with type 2 diabetes mellitus:* Suggested initial dose is 4 units at one or more meals. Number of injections and subsequent titration will depend on individual glycaemic target and the size and composition of the meals. Dose adjustment may be considered daily based on self-measured plasma glucose (SMPG) on the previous day(s) according to below table. • Pre-breakfast dose should be adjusted according to the pre-lunch SMPG the previous day. • Pre-lunch dose should be adjusted according to the pre-dinner SMPG the previous day. • Pre-dinner dose should be adjusted according to the bedtime SMPG the previous day. *Special populations:* *Elderly patients (> 65 years old):* The safety and efficacy of Fiasp has been established in elderly patients aged 65 to 75 years. Close glucose monitoring is recommended and the insulin dose should be adjusted on an individual basis. The therapeutic experience in patients ≥ 75 years of age is limited. *Renal and hepatic impairment:* Renal or hepatic impairment may reduce the patient's insulin requirements. In patients with renal or hepatic impairment, glucose monitoring should be intensified and the dose adjusted on an individual basis. *Paediatric population:* The safety and efficacy of Fiasp in children and adolescents below 18 years of age have not been established. Currently available data are described in section 5.2 of the SmPC, but no recommendation on a posology can be made. *Transfer from other insulin medicinal products:* Close glucose monitoring is recommended during the transfer from other mealtime insulins and in the initial weeks thereafter. Converting from another mealtime insulin can be done on a unit-to-unit basis. Transferring a patient from another type, brand or manufacturer of insulin to Fiasp must be done under medical supervision and may result in the need for a change in dosage. Doses and timing of concurrent intermediate-acting or long-acting insulin medicinal products or other concomitant antidiabetic treatment may need to be adjusted.

Fiasp® 100 units/mL solution for injection in pre-filled pen. **Fiasp® 100 units/mL** solution for injection in vial. **Composition:** 1 mL of the solution contains 100 units of insulin aspart (rDNA). One pre-filled pen contains 300 units of insulin aspart in 3 mL solution. One vial contains 1,000 units of insulin aspart in 10 mL solution. **Pharmaceutical form:** Solution for injection in pre-filled pen (FlexTouch®) or in vial. Clear, colourless, aqueous solution. **Indications:** Treatment of diabetes mellitus in adults. **Posology and method of administration:** Posology: Fiasp is a mealtime insulin for subcutaneous administration up to 2 minutes before the start of the meal, with the option to administer up to 20 minutes after starting the meal. Dosing with Fiasp is individual and determined in accordance with the needs of the patient. Fiasp given by subcutaneous injection should be used in combination with intermediate-acting or long-acting insulin given at least once a day. In a basal-bolus treatment regimen approximately 50% of this requirement may be provided by Fiasp and the remaining by intermediate-acting or long-acting insulin. The individual total daily insulin requirement in adults may vary and is usually between 0.5 and 1.0 unit/kg/day. Blood glucose monitoring and insulin dose adjustment are recommended to achieve optimal glycaemic control. Adjustment of dose may be necessary if patients undertake increased physical activity, change their usual diet or during concomitant illness. Blood glucose levels should be monitored adequately under these conditions. The duration of action will vary according to the dose, injection site, blood flow, temperature and level of physical activity. Patients on basal-bolus treatment who forget a mealtime dose are advised to monitor their blood glucose level to decide if an insulin dose is needed. Patients should resume their usual dosing schedule at the next meal. The potency of insulin analogues, including Fiasp, is expressed in units. One (1) unit of Fiasp corresponds to 1 international unit of human insulin or 1 unit of other fast-acting insulin analogues. Initiation: *Patients with type 1 diabetes mellitus:* The recommended starting dose in insulin naive patients with type 1 diabetes is approximately 50% of the total daily insulin dose and should be divided between the meals based on the size and composition of the meals. The remainder of the total daily insulin dose should be administered as intermediate-acting or long-acting insulin. As a general rule, 0.2 to 0.4 units of insulin per kilogram of body weight can be used to calculate the initial total daily insulin dose in insulin naive patients with type 1 diabetes. *Patients with type 2 diabetes mellitus:* Suggested initial dose is 4 units at one or more meals. Number of injections and subsequent titration will depend on individual glycaemic target and the size and composition of the meals. Dose adjustment may be considered daily based on self-measured plasma glucose (SMPG) on the previous day(s) according to below table. • Pre-breakfast dose should be adjusted according to the pre-lunch SMPG the previous day. • Pre-lunch dose should be adjusted according to the pre-dinner SMPG the previous day. • Pre-dinner dose should be adjusted according to the bedtime SMPG the previous day. *Special populations:* *Elderly patients (> 65 years old):* The safety and efficacy of Fiasp has been established in elderly patients aged 65 to 75 years. Close glucose monitoring is recommended and the insulin dose should be adjusted on an individual basis. The therapeutic experience in patients ≥ 75 years of age is limited. *Renal and hepatic impairment:* Renal or hepatic impairment may reduce the patient's insulin requirements. In patients with renal or hepatic impairment, glucose monitoring should be intensified and the dose adjusted on an individual basis. *Paediatric population:* The safety and efficacy of Fiasp in children and adolescents below 18 years of age have not been established. Currently available data are described in section 5.2 of the SmPC, but no recommendation on a posology can be made. *Transfer from other insulin medicinal products:* Close glucose monitoring is recommended during the transfer from other mealtime insulins and in the initial weeks thereafter. Converting from another mealtime insulin can be done on a unit-to-unit basis. Transferring a patient from another type, brand or manufacturer of insulin to Fiasp must be done under medical supervision and may result in the need for a change in dosage. Doses and timing of concurrent intermediate-acting or long-acting insulin medicinal products or other concomitant antidiabetic treatment may need to be adjusted.



Fiasp®

GET UP TO SPEED

A FASTER INSULIN RESPONSE AT MEALTIME

Compared with NovoRapid®^{1,2}

* Subcutaneous administration before the start of the meal (0-2 min).¹

1. SmPC Fiasp®, Apr 2018.
2. Heise et al. A Pooled Analysis of Clinical Pharmacology Trials Investigating the Pharmacokinetic and Pharmacodynamic Characteristics of Fast-Acting Insulin Aspart in Adults with Type 1 Diabetes. Clin Pharmacokinet 2017;56:551-559

BE/FIA /0318/0032 – 01 OCT 2018

From the first bite*



Method of administration: Subcutaneous injection: Fiasp is recommended to be administered subcutaneously in the abdominal wall or the upper arm. Injection sites should be rotated within the same region in order to reduce the risk of lipodystrophy. **Administration with a pre-filled pen (FlexTouch):** The pre-filled pen (FlexTouch) is designed to be used with NovoFine® Plus, NovoFine® or NovoTwist® injection needles. The pre-filled pen delivers 1–80 units in steps of 1 unit. FlexTouch is colour-coded and accompanied by a package leaflet with detailed instructions for use to be followed. The pre-filled pen is only suitable for subcutaneous injections. If administration by syringe, intravenous injection or infusion pump is necessary, a vial should be used. **Administration with a syringe:** The vial is to be used with insulin syringes with the corresponding unit scale (U-100 or 100 U/mL). Continuous subcutaneous insulin infusion (CSII): Fiasp can be used for CSII in pumps suitable for insulin infusion and will cover both the bolus insulin requirement (approximately 50%) and basal insulin. It can be administered in accordance with the instructions provided by the pump manufacturer, preferably in the abdomen. Infusion site should be rotated within the same region to reduce the risk of lipodystrophy. When used with an insulin infusion pump, it should not be diluted or mixed with any other insulin medicinal products. Patients using CSII should be instructed in the use of the pump and use the correct reservoir and tubing for pump. The infusion set (tubing and cannula) should be changed in accordance with the instructions in the product information supplied with the infusion set. Patients administering Fiasp by CSII must be trained to administer insulin by injection and have alternate insulin therapy available in case of pump failure. Intravenous use: If necessary, Fiasp can be administered intravenously by health care professionals. For intravenous use, it should be used at concentrations from 0.5 unit/mL to 1.0 unit/mL insulin aspart in infusion systems – using polypropylene infusion bags. Fiasp has been shown to be stable at room temperature for 24 hours in the infusion fluids such as sodium chloride 9 mg/mL (0.9%) solution or 5% glucose solution. Monitoring of blood glucose is necessary during insulin infusion. Care should be taken to ensure that the insulin is injected into the infusion bag and not simply the entry port. **Contraindications:** hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients. **Undesirable effects:** *Summary of the safety profile:* The most frequently reported adverse reaction during treatment is hypoglycaemia. *List of adverse reactions:* Adverse reactions listed below are based on clinical trial data from phase 3 trials consisting of 4 completed therapeutic confirmatory trials. *Very common:* hypoglycaemia [may occur if the insulin dose is too high in relation to the insulin requirement. Severe hypoglycaemia may lead to unconsciousness and/or convulsions and may result in temporary or permanent impairment of brain function or even death. Hypoglycaemia may occur earlier after an injection/infusion of Fiasp compared to other mealtime insulins due to the earlier onset of action]. *Common:* allergic skin manifestations [reported with Fiasp (1.5% vs. 1.4% for comparator) include eczema, rash, rash pruritic, urticaria and dermatitis. With Fiasp generalised hypersensitivity reactions (manifested by generalised skin rash and facial oedema) was reported uncommonly (0.2% vs. 0.1% for comparator). Anaphylactic reactions have not been reported with Fiasp. With insulin preparations in general, anaphylactic reactions may occur. Immediate-type allergic reactions to either insulin itself or the excipients may potentially be life-threatening], injection/infusion site reactions [including rash, redness, inflammation, bruising, and itching was reported in patients treated with Fiasp (1.0% vs. 0.7% in comparator). These reactions are usually mild and transitory and they normally disappear during continued treatment]. *Uncommon:* hypersensitivity, lipodystrophy [including lipohypertrophy, lipoatrophy was reported at the injection/infusion site in patients treated with Fiasp (0.2% vs. 0% in comparator). Continuous rotation of the injection site within the particular injection area may help to reduce the risk of developing these reactions]. *Special populations:* Based on results from clinical trials with insulin aspart in general, the frequency, type and severity of adverse reactions observed in elderly patients and in patients with renal or hepatic impairment do not indicate any differences to the broader experience in the general population. The safety profile in very elderly patients (> 75 years) or patients with moderate to severe renal impairment or hepatic impairment is limited. Fiasp has been administered to elderly patients for the investigation of pharmacokinetic properties. **Reporting of suspected adverse reactions:** Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the national reporting system. *Belgium:* Federal Agency for Medicines and Health Products - www.fagq-fmfs.be. *Luxembourg:* Direction de la Santé - www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html. **Way of delivery:** medical prescription. **Marketing Authorisation (MA) holder:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denmark. **MA numbers:** EU/1/16/1160/006 (2x5 FlexTouch), EU/1/16/1160/007 (1 vial). **Date of revision of the text:** 04/2018.

FlexTouch® 10 x 3 ml € 78,50
Vial 10 ml € 25,36

SMPG (see above)		Dose adjustment
mmol/L	mg/dL	Unit
<4.0	<71	-1
4.0–6.0	71–108	No adjustment
>6.0	>108	+1

comparator). These reactions are usually mild and transitory and they normally disappear during continued treatment]. *Uncommon:* hypersensitivity, lipodystrophy [including lipohypertrophy, lipoatrophy was reported at the injection/infusion site in patients treated with Fiasp (0.2% vs. 0% in comparator). Continuous rotation of the injection site within the particular injection area may help to reduce the risk of developing these reactions]. *Special populations:* Based on results from clinical trials with insulin aspart in general, the frequency, type and severity of adverse reactions observed in elderly patients and in patients with renal or hepatic impairment do not indicate any differences to the broader experience in the general population. The safety profile in very elderly patients (> 75 years) or patients with moderate to severe renal impairment or hepatic impairment is limited. Fiasp has been administered to elderly patients for the investigation of pharmacokinetic properties. **Reporting of suspected adverse reactions:** Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continued monitoring of the benefit/risk balance of the medicinal product. Healthcare professionals are asked to report any suspected adverse reactions via the national reporting system. *Belgium:* Federal Agency for Medicines and Health Products - www.fagq-fmfs.be. *Luxembourg:* Direction de la Santé - www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html. **Way of delivery:** medical prescription. **Marketing Authorisation (MA) holder:** Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Denmark. **MA numbers:** EU/1/16/1160/006 (2x5 FlexTouch), EU/1/16/1160/007 (1 vial). **Date of revision of the text:** 04/2018.

Fiasp®, NovoFine® and NovoTwist® are registered trademarks owned by Novo Nordisk A/S, Denmark.



Vincent Claes,
Rédacteur en chef du journal du Médecin

Le jdM : votre confident et votre porte-voix

Vous avez été 2.259 à vous exprimer en répondant à la 5^e édition de notre grande enquête «*Qui êtes-vous docteur ?*».

Ce baromètre exclusif du corps médical avait déjà été réalisé quatre fois par le jdM, en 1985, 1993, 2002 et 2010.

Cette année, un lecteur sur dix du *journal du Médecin* et du *Artsenkrant*, notre pendant néerlandophone, a pris le temps de répondre à un questionnaire fouillé de quatre pages. Votre engagement et votre participation massive démontrent l'attachement que vous portez à notre journal. Notre enquête révèle d'ailleurs que le site www.lejournaldumedecin.com figure largement en tête de vos sites médicaux préférés.

Cette édition de «*Qui êtes-vous docteur ?*» est une mine d'informations sur l'organisation de la profession médicale, les préoccupations actuelles des médecins et leurs centres d'intérêts. En comparant les résultats de 2018 avec ceux des éditions précédentes, la rédaction a pu également montrer l'évolution remarquable de vos comportements sur une période de 33 ans, par exemple, au niveau du travail en groupe ou de la féminisation de la profession. En lisant cette édition spéciale, vous serez peut-être étonné(e) de découvrir ce que vos confrères pensent ou font. Vous retrouverez également vos avis en lisant les réponses que vous nous avez fournies.

Ces informations vont également nous permettre d'améliorer notre journal, notre site internet et nos services, dont entre autres notre JM-Club, pour correspondre encore mieux à vos attentes et besoins. Ces résultats exclusifs permettront aussi de présenter une photographie la plus fidèle possible du corps médical à l'opinion publique et aux autorités. Ainsi, les informations sur les revenus nets des médecins belges (publiées déjà en partie dans le jdM N°2556) nous donnent l'opportunité de relativiser, voire de rectifier, certaines informations jetées en pâture au grand public par la presse générale. Depuis près de 40 ans, *le journal du Médecin* est le confident et le porte-voix du corps médical. Merci de votre confiance. Nos équipes (journalistes, graphistes, commerciaux et services de support) se sont mobilisées pour vous proposer cette édition spéciale. Nous espérons que vous prendrez beaucoup de plaisir à la lire.

Qui êtes-vous docteur?



- Exercice de la profession6-7
- Contingentement8
- Réactions de Maggie De Block10-12
- Opinion politique13
- Organisation professionnelle14
- Mobilité16-18
- Finances20-23
- Médias24-25
- DMI, DPI et transmission
des données26-30
- Qui êtes-vous Dr De Block ?31
- Loisirs et sport32-33
- Immobilier34
- Méthodologie.....35



Conditionnement	Prix public
550 mg x 56 compr.	€ 331,53

Être à la maison ne signifie pas être en sécurité

Pour réduire les récurrences d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste (EHM)

REMBOURSÉ!*

***TARGAXAN® est remboursé sous certaines conditions (chapitre IV, paragraphe 9530000):**

- Pour la prévention du troisième épisode et épisodes ultérieurs de l'EH manifeste
- Ajouté au lactulose
- Chez les patients à partir de 18 ans
- Durée de traitement de 24 semaines
- Prescrit par un médecin-spécialiste en gastro-entérologie ou médecine interne



Targaxan®550
Rifaximine-α

Prophylaxie secondaire à long terme de l'EH^{1,2}

Dénomination du médicament: TARGAXAN® 550 mg comprimés pelliculés **Composition qualitative et quantitative:** Chaque comprimé pelliculé contient 550 mg de rifaximine. **Forme pharmaceutique:** Comprimé pelliculé. Comprimés pelliculés ovales biconvexes de 10 mm x 19 mm de couleur rose portant la gravure « RX » sur une face. **Indications thérapeutiques:** Targaxan est indiqué pour réduire les récurrences d'épisodes d'encéphalopathie hépatique manifeste chez les patients âgés de ≥ 18 ans. Dans l'étude pivot, 91 % des patients prenaient du lactulose de façon concomitante. Il convient de tenir compte des recommandations officielles concernant l'utilisation appropriée des antibactériens. **Posologie et mode d'administration:** Posologie: Posologie recommandée: 550 mg deux fois par jour. Le bénéfice clinique a été établi à partir d'une étude contrôlée dans laquelle les patients ont été traités pendant 6 mois. La poursuite du traitement au-delà de 6 mois doit être envisagée au cas par cas en tenant compte de la balance entre les bénéfices et les risques, y compris ceux associés à la progression de la dysfonction hépatique. Targaxan peut être administré au cours ou en dehors des repas. **Population pédiatrique:** La sécurité et l'efficacité de Targaxan chez les enfants âgés de moins de 18 ans n'ont pas été établies. **Patients âgés:** Aucune adaptation de la posologie n'est nécessaire, car les données de sécurité et d'efficacité de Targaxan n'ont pas montré de différences entre les patients âgés et plus jeunes. **Altération de la fonction hépatique:** Aucune adaptation de la posologie n'est nécessaire chez les patients présentant une dysfonction hépatique. **Altération de la fonction rénale:** Bien qu'une modification de la posologie ne soit pas prévue, la prudence s'impose chez les patients présentant des troubles de la fonction rénale. **Mode d'administration:** Par voie orale, avec un verre d'eau. **Contre-indications:** Hypersensibilité à la rifaximine, aux dérivés de la rifamycine ou à l'un des excipients. En cas d'occlusion intestinale. **Effets indésirables:** Études cliniques: La sécurité de la rifaximine chez les patients en rémission d'une encéphalopathie hépatique (EH) a été évaluée dans deux études: une étude de phase III randomisée en double aveugle contrôlée versus placebo, RFHE3001, et une étude en ouvert à long terme, RFHE3002. Dans l'étude RFHE3001, 140 patients traités par la rifaximine (dose de 550 mg deux fois par jour pendant 6 mois) ont été comparés à 159 patients recevant le placebo, tandis que dans l'étude RFHE3002, 322 patients, dont 152 patients de l'étude RFHE3001, ont été traités par la rifaximine 550 mg deux fois par jour pendant 12 mois (66 % des patients) et 24 mois (39 % des patients), pour une exposition médiane de 512,5 jours. En plus, dans trois études complémentaires, 152 patients atteints d'EH ont été traités avec des doses variables de rifaximine allant de 600 mg à 2400 mg par jour pendant des périodes allant jusqu'à 14 jours. Le tableau ci-dessous présente tous les effets indésirables survenus chez les patients traités par la rifaximine dans l'étude RFHE3001 avec une incidence ≥ 5 % et avec une incidence (≥ 1 %) plus élevée que chez les patients recevant le placebo.

Les effets indésirables observés dans l'étude RFHE3001 contrôlée versus placebo, dans l'étude RFHE3002 à long terme et issus de l'expérience post-commercialisation, sont présentés ci-dessous par classe de système d'organes MedDRA et catégorie de fréquence. Les catégories de fréquence sont définies selon la convention suivante: Très fréquent (≥ 1/10); fréquent (≥ 1/100, < 1/10); peu fréquent (≥ 1/1.000, < 1/100); rare (≥ 1/10.000, < 1/1.000); très rare (< 1/10.000); fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés suivant un ordre décroissant de gravité. **Classe de système d'organes MedDRA - Fréquence:** **Fréquent:** Infections et infestations: *Peu fréquent* Infection à Clostridium, infection du tractus urinaire, candidose. *Rare* Pneumonie, cellulite, infections respiratoires hautes, rhinite. Affections hématologiques et du système lymphatique: *Peu fréquent* Anémie. *Fréquence indéterminée* Thrombopénie. Affections du système immunitaire: *Fréquence indéterminée* Réactions anaphylactiques, angio-œdèmes, hypersensibilité. Troubles du métabolisme et de la nutrition: *Peu fréquent* Anorexie, hyperkaliémie. *Rare* Déshydratation. Affections psychiatriques: *Fréquent* Dépression. *Peu fréquent* Confusion, anxiété, hypersomnie, insomnie. Affections du système nerveux: *Fréquent* Sensation de vertige, céphalées. *Peu fréquent* Troubles de l'équilibre, amnésie, convulsions, troubles de l'attention, hypoesthésie, altération de la mémoire. Affections vasculaires: *Peu fréquent* Bouffées de chaleur. *Rare* Hypertension, hypotension. *Fréquence indéterminée* Présyncope, syncope. Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales: *Fréquent* Dyspnée. *Peu fréquent* Epanchement pleural. *Rare* Bronchopneumopathie chronique obstructive. Affections gastro-intestinales: *Fréquent* Douleur abdominale haute, distension abdominale, diarrhée, nausées, vomissements, ascite. *Peu fréquent* Douleurs abdominales, hémorragies des varices œsophagiennes, bouche sèche, gêne de l'estomac. *Rare* Constipation. Affections hépatobiliaires: *Fréquence indéterminée* Tests de la fonction hépatique anormaux. Affections de la peau et du tissu sous-cutané: *Fréquent* Rash, prurit. *Fréquence indéterminée* Dermite, eczéma. Affections musculo-squelettiques et systémiques: *Fréquent* Spasmes musculaires, arthralgie. *Peu fréquent* Myalgie. *Rare* Dorsalgies. Affections du rein et des voies urinaires: *Peu fréquent* Dysurie, pollakiurie. *Rare* Protéinurie. Troubles généraux et anomalies au site d'administration: *Fréquent* Œdème périphérique. *Peu fréquent* Œdème, fièvre. *Rare* Asthénie. **Investigations:** *Fréquence indéterminée* Valeurs anormales de l'INR (Rapport Normalisé International). Lésions, intoxications et complications liées aux procédures: *Peu fréquent* Chute. *Rare* Contusions, douleur liée à la procédure. Déclaration des effets indésirables suspectés: La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via: Belgique: Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, Division Vigilance, EUROSTATION II, Place Victor Horta, 40/40, B-1060 Bruxelles. Site internet: www.afmps.be. e-mail: adversedrugreactions@afmps.be Luxembourg: Direction de la Santé - Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny - Allée Marconi, L-2120 Luxembourg. Site internet: <http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html> Titulaire de l'autorisation de mise sur le marché: Norgine B.V., Hogehilweg 7, 1101 CA Amsterdam ZO, Pays-Bas Numéro(s) d'autorisation de mise sur le marché: BE433151 Mode de délivrance: Médicament soumis à prescription médicale. Date de mise à jour du texte: Date d'approbation du texte: 03/2018. Le texte complet des caractéristiques du produit est disponible sur demande.

Classe de système d'organes MedDRA	Effets indésirables	Placebo N = 159 n		Rifaximine N = 140 n	
			%		%
Affections hématologiques et du système lymphatique	Anémie	6	3,8	11	7,9
	Ascite	15	9,4	16	11,4
Affections gastro-intestinales	Nausées	21	13,2	20	14,3
	Douleur abdominale haute	8	5,0	9	6,4
Troubles généraux et anomalies au site d'administration	Œdème périphérique	13	8,2	21	15,0
	Fièvre	5	3,1	9	6,4
Affections musculo-squelettiques et systémiques	Spasmes musculaires	11	6,9	13	9,3
	Arthralgies	4	2,5	9	6,4
Affections du système nerveux	Sensation de vertige	13	8,2	18	12,9
Affections psychiatriques	Dépression	8	5,0	10	7,1
Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales	Dyspnée	7	4,4	9	6,4
Affections de la peau et du tissu sous-cutané	Prurit	10	6,3	13	9,3
	Rash	6	3,8	7	5,0

Références:

1. Vilstrup H, et al. J Hepatol 2014; 61(3): 642-659.
2. Mullen KD, et al. Clin Gastroenterol Hepatol 2014; 12(8): 1390-1397.

Produit sous licence Alfasisigma S.p.A.

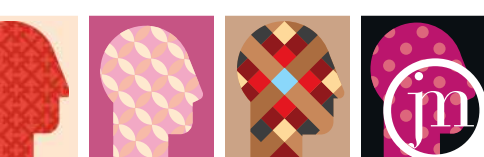
TARGAXAN est une marque déposée du groupe Alfasisigma, concédée sous licence au groupe Norgine.

Les images figurant dans le présent matériel de promotion sont exclusivement utilisées à des fins d'illustration.

NORGINE et le logo avec la voile sont des marques déposées du groupe Norgine.

BE/XIFS/0618/0035(1)a • Date de création 10/2018 • TAR1027





On peut toujours mieux faire

Plus de sept médecins belges sur dix se disent satisfaits de la manière dont ils peuvent exercer leur métier dans le cadre de notre système de santé, et environ la moitié d'entre eux n'hésiterait d'ailleurs pas à recommander une carrière médicale à leurs enfants.

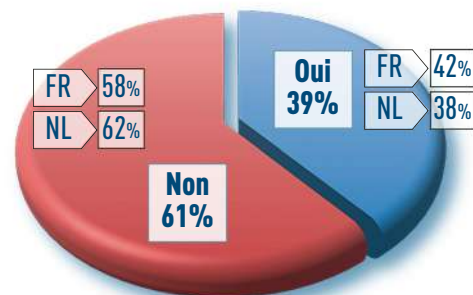
Lorsqu'on leur demande s'ils sont satisfaits de la manière dont ils peuvent travailler dans le cadre du système de santé belge, nos sondés francophones sont légèrement plus modérés que leurs homologues du nord du pays, puisqu'ils sont 69 % à être « tout à fait » ou « plutôt » d'accord, contre 75 % des néerlandophones. Généralistes et spécialistes semblent s'accorder sur ce point, avec pour exception notoire le sous-groupe des assistants en

formation, qui affiche un taux de satisfaction record de 95 %.

L'insatisfaction recule

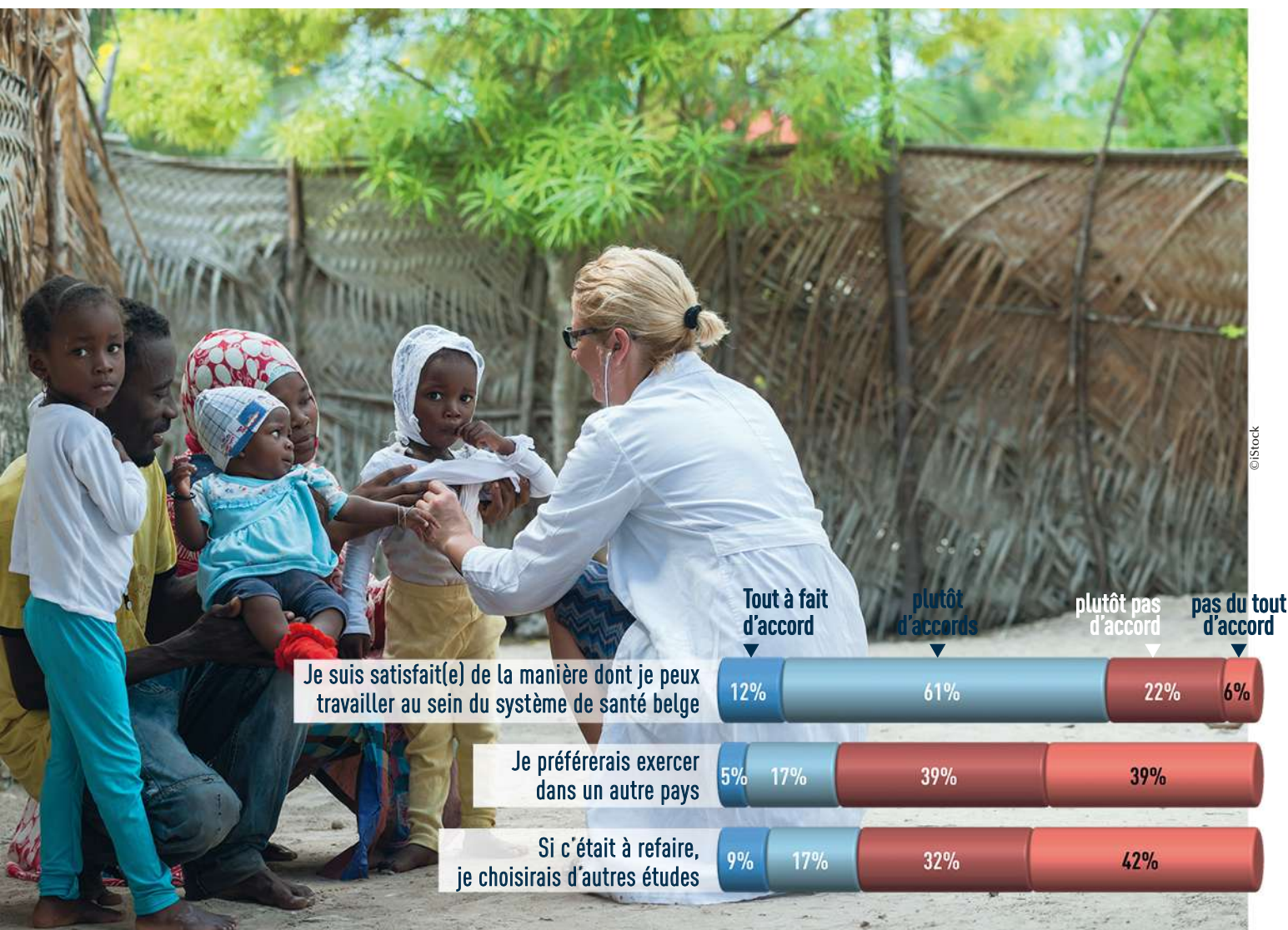
L'enquête que nous avons organisée en 2001-2002 dévoilait une insatisfaction beaucoup plus grande, qui restait encore bien présente en 2010 (fût-ce davantage en médecine générale que chez les spécialistes) malgré une amélioration de 10 % sur toute la ligne – de quoi se demander si ce n'était pas plutôt

L'Ordre des Médecins est suffisamment modernisé



la crise que le système qui plombait les résultats !

L'opinion que les médecins ont du système est évidemment un facteur déterminant pour leur satisfaction professionnelle.





Iraient-ils toutefois encore, en cette année 2018, jusqu'à inciter leurs enfants à marcher sur leurs traces ? Les spécialistes sont en tout cas 48 % à affirmer qu'ils les encourageraient à faire des études de médecine et les généralistes sont même 52 % à se dire que le stéthoscope leur irait bien. C'est nettement plus que lors de notre enquête 2010 : à l'époque, à peine quatre généralistes sur dix auraient conseillé la médecine à leurs enfants. Les spécialistes étaient par contre légèrement plus optimistes (un sur deux).

Si c'était à refaire, un quart de nos répondants (24 % chez les médecins de famille, 29 % chez les spécialistes) s'orienteraient néanmoins vers une formation différente. En 2010, ils étaient toutefois encore trois sur dix à déclarer qu'ils ne referaient pas la médecine... et huit ans plus tôt, cette proportion atteignait même quatre sur dix !

Un peu plus d'un médecin belge sur cinq (22 %) préférerait aussi exercer à l'étranger – une tendance légèrement plus marquée chez les francophones (25 %) que chez leurs collègues du Nord du pays (21 %). Nous avons d'ailleurs déjà posé un constat similaire en 2010 : à l'époque, c'étaient environ trois médecins sur dix qui rêvaient de s'expatrier. Globalement, les spécialistes envisagent plus souvent un avenir à l'étranger que les médecins de famille (25 Vs 20 %).

Ordre et syndicats

Les autorités n'en font pas suffisamment pour remédier aux problèmes de sécurité – ou c'est en tout cas l'avis de 67 % de nos répondants. Cette problématique tient particulièrement à cœur aux francophones, qui sont près de trois quarts (74 %) à buser nos décideurs sur ce point, contre 67 % « seulement » de leurs collègues de Flandre.

Quant à l'Ordre, quatre médecins sur dix à peine (39 %) estiment qu'il est aujourd'hui suffisamment modernisé,

Les pouvoirs publics encouragent trop les cabinets de groupe



nonobstant ses efforts pour s'adapter à l'air du temps.

Les syndicats médicaux, eux, semblent nettement plus appréciés, puisque 58 %

des généralistes et 61 % des spécialistes estiment qu'ils défendent efficacement leurs intérêts ; sur ce plan au moins, les deux communautés linguistiques semblent à peu près sur la même longueur d'ondes.

S'agissant de savoir si les autorités devraient investir davantage dans la recherche, l'avis du corps médical est très clair : pas moins de

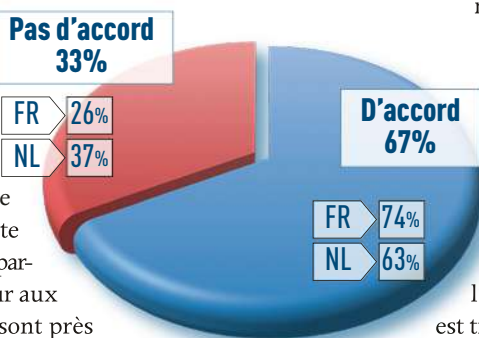
neuf répondants sur dix sont d'accord avec cette affirmation, les plus convaincus étant les spécialistes en formation avec 96 %.

Enfin, les médecins estiment très majoritairement qu'ils devraient être rétribués

en fonction de leurs prestations : 86 % des généralistes et huit spécialistes sur dix sont de cet avis. Les francophones sont un peu plus favorables au paiement à l'acte que leurs confrères et consœurs néerlandophones (88 Vs 80 %).

Veerle Caerels

Les autorités ne prennent pas assez de mesures pour remédier aux problèmes de sécurité des médecins



Poussés dans le dos, les cabinets de groupe ?

Plus de la moitié de nos personnes interrogées (54 %) répondent par la négative à l'affirmation « Les pouvoirs publics encouragent trop les cabinets de groupe ». Les médecins néerlandophones ne sont que quatre sur dix à estimer que ce mode de pratique est trop encouragé, contre 55 % de leurs collègues du Sud.

La pénurie est dans toutes les têtes

« Y a-t-il un risque de pénurie de médecins dans les années qui viennent » (Médecins francophones)

Pas du tout d'accord

Pas de réponse

Plutôt pas d'accord

Plutôt d'accord

Tout à fait d'accord

68% des médecins pensent que la féminisation de la profession est une bonne chose.

La grande majorité des médecins interrogés (77%) craint une pénurie à l'avenir. Logiquement, le positionnement favorable pour le contingentement n'est plus si clair côté francophone. Il est plus net côté néerlandophone. La majorité considère que la féminisation est une bonne chose mais un quart n'est pas de cet avis.

Ya-t-il risque de pénurie médicale à l'avenir (sans précision de l'échéance)? Je veux, mon neveu. 37 et 40% des francophones sont « plutôt ou tout à fait » d'accord avec la proposition, et respectivement 41 et 21% des Flamands. 30% des Flamands tout de même sont plutôt en désaccord contre 15% des francophones. Les sans-opinions sont très minoritaires, preuve que nos sondés sont pétris de certitudes à ce sujet.

Pour **Giovanni Briganti**, président du Cium (Conseil inter-universitaire des étudiants en médecine), « la question de la pénurie est un sujet important et aux multiples facettes et la réponse doit provenir d'un débat chiffré ainsi que d'une analyse des tendances du futur. D'après une étude du professeur Delière (UCLouvain; datant de 2015), une pénurie de médecins se profile bel et bien du côté francophone: 43% des médecins partant à la pension d'ici 2025 seront remplacés. Ce pourcentage risque de s'aggraver avec l'installation progressive en 2017 d'un examen d'entrée. »

Briganti rappelle que plus d'une centaine de communes en Communauté française de Belgique sont en pénurie de généralistes et d'autres spécialisations peinent à trouver de nouvelles recrues. « *Contingentement ou non, un outil essentiel manque systématiquement à l'heure actuelle: il s'agit du cadastre dynamique de l'offre médicale par spécialité. Il me paraît anti-scientifique de pousser une quelconque discussion sans ce dernier. Néanmoins, quelques éléments doivent mettre le débat de la pénurie en perspective: par exemple, les trois shifts liés à la pratique (ambulatoire, des compétences, et préventif) ainsi que l'arrivée de l'intelligence artificielle dans la pratique clinique. Une chose est certaine: un changement profond de la pratique médicale doit accompagner une étude approfondie des besoins de la population.* »

Contingentement utile ?

Logiquement, les médecins devraient être moins affirmatifs sur la nécessité d'un contingentement (bien que celui-ci, s'il est intelligemment lié aux besoins, n'est pas forcément

créateur de pénurie). Qu'en est-il en réalité ? À l'affirmation: « le contingentement des médecins est une bonne chose », 9% des francophones répondent « tout à fait d'accord », 32% « plutôt d'accord », 36% « plutôt pas d'accord » et 20% « pas du tout d'accord ». Une légère majorité se distancie donc du contingentement. Côté néerlandophone, on enregistre les pourcentages suivants: 19% (tout à fait d'accord), 50% (plutôt d'accord), 22% (plutôt pas d'accord) et 8% (pas du tout d'accord) respectivement. Une majorité de Flamands est donc favorable à une forme de contingentement.

Dernière proposition qui n'est pas forcément liée et qu'on pose tous les dix ans de manière assez curieuse (car qui peut l'empêcher ?): « La féminisation de la profession médicale est-elle une bonne chose ». 24% « osent » tout de même dire que c'est plutôt une mauvaise affaire (mais si on ne sait pas pour quelle raison exactement). 68% le voient d'un bon ou très bon œil. Il n'y a pas de différence significative entre les néerlandophones et les francophones. À noter que 60% de nos sondés sont des hommes. Il ne serait pas étonnant que le quart des réfractaires à ce maelstrom d'œstrogènes se retrouve parmi les mâles de plus de 60 ans...

Nicolas de Pape

IN TYPE 2 DIABETES
CHANGE THE COURSE OF TREATMENT
BY REDUCING CV RISK

HbA1c CV

VICTOZA® - le seul GLP-1 RA ayant prouvé la prévention des événements cardiovasculaires^{1,2*}

Chez des patients diabétiques de type 2
à haut risque CV, diminution significative de :

3-MACE^{***}

-13%

HR=0,87
(95% IC: 0,78-0,97)
P=0,01 for superiority

Mortalité
toute cause²

-15%

HR=0,85
(95% IC: 0,74-0,97)
P=0,02

Mortalité
cardiovasculaire²

-22%

HR=0,78
(95% IC: 0,66-0,93)
P=0,007

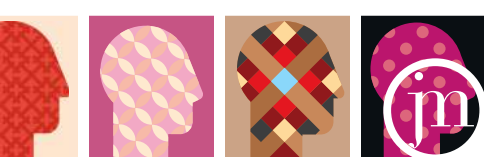
Vous pouvez faire la différence pour vos patients diabétiques de type 2

Victoza® 6 mg/ml, solution injectable en stylo prérempli. **Composition** : 1 ml de solution contient 6 mg de liraglutide (peptide analogue au glucagon-1 humain (GLP-1) ADN). Un stylo prérempli contient 18 mg de liraglutide dans 3 ml. **Forme pharmaceutique** : Solution injectable. Solution isotonique, incolore ou presque incolore et limpide ; pH=8,15. **Indications** : Victoza est indiqué chez les adultes 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 d'une contre-indication ; 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 et les événements cardiovasculaires, ainsi que sur les populations étudiées, voir les rubriques 4.4, 4.5 et 5.1 du RCP. **Posologie et mode d'administration** : **Posologie** : Afin d'améliorer la tolérance gastro-intestinale, le liraglutide sera initié à la dose de 0,6 mg par jour. Après au moins une semaine de traitement, la dose devra être augmentée à 1,2 mg. En fonction de la réponse clinique, après au moins une semaine de traitement, certains patients pourront être amenés à bénéficier d'une augmentation de la dose de 1,2 mg à 1,8 mg afin d'obtenir un meilleur contrôle glycémique. Une dose quotidienne supérieure à 1,8 mg n'est pas recommandée. Victoza peut être ajouté à un traitement existant par metformine ou à un traitement par metformine et thiazolidinedione. Le traitement par metformine et thiazolidinedione peut alors être poursuivi à la même dose. Victoza peut être ajouté à un traitement existant par sulfamide hypoglycémiant, à un traitement par metformine et sulfamide hypoglycémiant ou à une insuline. Lorsque Victoza est ajouté à un traitement par sulfamide hypoglycémiant ou à une insuline, une diminution de la dose du sulfamide hypoglycémiant ou de l'insuline devra être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie. Une autosurveillance glycémique n'est pas nécessaire pour ajuster la dose de Victoza. Toutefois, lorsque Victoza est associé initialement à un sulfamide hypoglycémiant ou à une insuline, une autosurveillance glycémique pourra s'avérer nécessaire afin d'ajuster la dose du sulfamide hypoglycémiant ou de l'insuline. **Populations particulières** : **Patients âgés (> 65 ans)** : aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge. **Insuffisance rénale** : Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère, modérée ou sévère. Il n'y a pas d'expérience clinique de ce traitement chez les patients présentant une insuffisance rénale au stade terminal. Victoza n'est donc pas recommandé chez ces patients. **Insuffisance hépatique** : aucun ajustement de la dose n'est recommandé chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. Victoza n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère. **Population pédiatrique** : la sécurité et l'efficacité de Victoza chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. **Mode d'administration** : Victoza ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou intramusculaire. Victoza doit être administré une fois par jour, quel que soit le moment de la journée, indépendamment des repas. Victoza peut être injecté par voie sous-cutanée dans l'abdomen, la cuisse ou le haut du bras. Le site d'injection et le moment de l'injection peuvent être modifiés sans ajustement de la dose. Toutefois, il est préférable d'effectuer les injections de Victoza à peu près au même moment de la journée, après avoir choisi l'heure la plus adaptée. **Contre-indications** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Effets indésirables** : **Résumé du profil de sécurité** : Dans 5 essais cliniques de phase 3a de grande envergure et menés sur le long terme, plus de 2 500 patients ont été traités, soit par Victoza seul, soit par Victoza en association à la metformine, à un sulfamide hypoglycémiant (avec ou sans metformine) ou à la metformine associée à la rosiglitazone. Les réactions indésirables les plus fréquemment observées pendant les essais cliniques étaient les affections gastro-intestinales : les nausées et les diarrhées étaient très fréquentes, alors que les vomissements, la constipation, les douleurs abdominales et la dyspepsie étaient fréquents. Ces réactions indésirables gastro-intestinales peuvent survenir plus fréquemment en début de traitement. Ces réactions s'atténuent généralement en quelques jours ou quelques semaines avec la poursuite du traitement. Les céphalées et les rhinopharyngites étaient fréquentes également. De plus, les hypoglycémies étaient fréquentes, voire très fréquentes lorsque le liraglutide était associé à un sulfamide hypoglycémiant. Les cas d'hypoglycémie sévère ont principalement été observés en cas d'association à un sulfamide hypoglycémiant. **Liste des réactions indésirables** : Les réactions indésirables rapportées lors des essais de phase 3a contrôlés à long terme, de l'essai LEADER (un essai cardiovasculaire à long terme) et les réactions indésirables rapportées spontanément (après commercialisation) sont répertoriées ci-dessous. La fréquence de tous les événements a été calculée sur la base de leur incidence lors des essais cliniques de phase 3a. **Très fréquent** : nausées, diarrhées. **Fréquent** : rhinopharyngite, bronchite, hypoglycémie, anorexie, diminution de l'appétit, céphalées, vertiges, augmentation de la fréquence cardiaque, vomissements, dyspepsie, douleur abdominale haute, constipation, gastrite, flatulences, distension abdominale, gêne abdominale, mal de dents, rash, fatigue, réactions au site d'injection, lipase augmentée*, amylase augmentée* [* issu des essais cliniques contrôlés de phases 3b et 4, uniquement lorsque ces taux ont été mesurés]. **Peu fréquent** : déshydratation, lithiase biliaire, cholécystite, urticaire, prurit, insuffisance rénale, insuffisance rénale aiguë, malaise. **Rare** : réactions anaphylactiques, obstruction intestinale. **Très rare** : pancréatite (y compris pancréatite nécrosante). Lors d'un essai clinique réalisé avec le liraglutide en monothérapie, le taux d'hypoglycémies observées avec le liraglutide était inférieur à celui rapporté pour les patients traités par le comparateur actif (glimépiride). Les réactions indésirables les plus fréquemment observées étaient les affections gastro-intestinales, les infections et les infestations. **Hypoglycémie** : La plupart des épisodes d'hypoglycémie confirmée observés au cours des essais cliniques étaient mineurs. Aucun épisode d'hypoglycémie sévère n'a été observé durant l'essai réalisé avec le liraglutide utilisé en monothérapie. Les hypoglycémies sévères peuvent survenir peu fréquemment avec le liraglutide et ont principalement été observées lorsque le liraglutide était associé à un sulfamide hypoglycémiant (0,02 événement/patient-année). Quelques rares épisodes d'hypoglycémie (0,001 événement/patient-année) ont été observés lors de l'administration du liraglutide en association à des antidiabétiques oraux autres que les sulfamides hypoglycémiantes. Le risque d'hypoglycémie est faible lorsque le liraglutide est utilisé en association à l'insuline basale (1,0 événement/patient-année). Au cours de l'essai LEADER, les épisodes d'hypoglycémie sévère ont été rapportés à un taux plus faible avec le liraglutide par rapport au placebo (1,0 vs 1,5 événements pour 100 patients-années ; taux estimé de ratio à 0,69 [0,51 à 0,93]). Pour les patients traités par insuline prémélangée à l'inclusion et pendant au moins les 26 semaines suivantes, le taux d'hypoglycémie sévère pour le liraglutide et le placebo était de 2,2 événements pour 100 patients-années. **Réactions indésirables gastro-intestinales** : Lorsque le liraglutide était associé à la metformine, 20,7 % des patients ont rapporté au moins un épisode nauséux et 12,6 % des patients au moins un épisode diarrhéique. Lorsque le liraglutide était associé à un sulfamide hypoglycémiant, 9,1 % des patients ont rapporté au moins un épisode nauséux et 7,9 % des patients au moins un épisode diarrhéique. La plupart de ces épisodes étaient d'intensité légère à modérée et dose-dépendants. Chez la plupart des patients ayant initialement présenté des nausées, la fréquence et l'intensité de celles-ci ont diminué avec la poursuite du traitement. Les patients > 70 ans peuvent être davantage sujets aux effets indésirables gastro-intestinaux lorsqu'ils sont traités par le liraglutide. Les patients présentant une insuffisance rénale légère et modérée peuvent être plus sujets aux effets indésirables gastro-intestinaux lorsqu'ils sont traités par le liraglutide. **Lithiase biliaire et cholécystite** : Peu de cas de lithiase biliaire (0,4 %) et de cholécystite (0,1 %) ont été rapportés au cours des essais cliniques de phase 3a, contrôlés, à long terme réalisés avec le liraglutide. Dans l'essai LEADER, la fréquence de lithiase biliaire et de cholécystite était respectivement de 1,5 % et de 1,1 % pour le liraglutide et de 1,1 % et 0,7 % pour le placebo. **Sorties d'essai** : Dans les essais contrôlés à long terme (26 semaines ou plus), l'incidence des sorties d'essai dues aux effets indésirables était de 7,8 % chez les patients traités par le liraglutide et de 3,4 % chez les patients traités par le comparateur. Chez les patients traités par le liraglutide, les réactions indésirables ayant le plus fréquemment conduit à une sortie d'essai étaient les nausées (2,8 % des patients) et les vomissements (1,5 %). **Réactions au site d'injection** : Lors des essais cliniques contrôlés à long terme (26 semaines ou plus), environ 2 % des patients traités par Victoza ont rapporté une réaction au site d'injection. Ces réactions étaient généralement de faible intensité. **Pancréatite** : Peu de cas de pancréatite aiguë (< 0,2 %) ont été rapportés lors des essais cliniques de phase 3, contrôlés, à long terme réalisés avec Victoza. Des pancréatites ont également été rapportées après la commercialisation du médicament. Au cours de l'essai LEADER, la fréquence des pancréatites aiguës confirmées par adjudication était respectivement de 0,4 % pour le liraglutide et 0,5 % pour le placebo. **Réactions allergiques** : Des réactions allergiques, notamment urticaire, rash et prurit, ont été rapportées lors de la commercialisation de Victoza. Quelques cas de réactions anaphylactiques associées à d'autres symptômes tels qu'une hypotension, des palpitations, une dyspnée et des œdèmes ont été rapportés lors de la commercialisation de Victoza. Quelques cas (0,05 %) d'angioedème ont été rapportés au cours des essais cliniques à long terme menés avec Victoza. **Déclaration des effets indésirables suspectés** : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration (voir ci-dessous). **Mode de délivrance** : prescription médicale. **Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)** : Novo Nordisk A/S, Danemark. **Numéro d'AMM** : EU/1/09/529/002 (2 stylos préremplis). **Date de mise à jour du texte** : 07/2017.

Victoza® est une marque déposée appartenant à Novo Nordisk A/S, Danemark

Système national de déclaration des effets indésirables Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - www.afmps.be. Luxembourg : Direction de la Santé - www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html.

Références : 1. SPC Victoza® Jul 2017. 2. Marso et al. Liraglutide and cardiovascular outcomes in type 2 diabetes. *New England Journal of Medicine*. 2016;375:311-322. GLP-1 RA: glucagon-like peptide-1 receptor agonist; HR : Hazard ratio; IC : interval de confiance; CV : cardiovasculaire. * Disponible en Belgique/Luxembourg. ** Critère d'évaluation principal: 3-MACE (Major Adverse Cardiovascular Events) including: cardiovascular death, non fatal myocardial infarction, non fatal stroke.



Maggie De Block : « Améliorer les soins en permanence »



Personnellement, elle est heureuse d'habiter et de travailler en Belgique. De plus, elle ne regrette pas son choix d'études. Sans hésiter, si c'était à refaire, elle se lancerait à nouveau dans des études de médecine. Toutefois, elle ne pousse pas ses enfants dans une orientation médicale.

à le comparer à n'importe quel autre pays. Grâce à une concertation sociale ininterrompue et l'ardent désir d'une démocratie sociale, nous avons bâti un système de santé extraordinaire. Extraordinaire par sa qualité, les prestataires de soins, l'accessibilité aux soins, l'organisation... ».

Il ressort néanmoins aussi de notre enquête 2018 que près d'un médecin belge sur quatre préférerait exercer dans un autre pays. C'est trop. En même temps, cela implique aussi quand même que 78% des répondants préfèrent la Belgique. Par ses expériences personnelles, Maggie De Block se rallie nettement plus au deuxième groupe : « J'ai déjà visité de nombreux autres pays, tant au niveau privé que professionnel. Chaque fois, j'ai profité de l'occasion pour visiter un maximum d'institutions de soins. C'est toujours une expérience très passionnante. Toutefois, presque toujours, je me suis fait la réflexion que j'étais contente d'habiter en Belgique. Et apparemment, la plupart des collègues ont aussi le même avis que moi sur la question », affirme la ministre actuelle des Affaires sociales et de la Santé publique.

Leur propre voie

Malgré tout, c'est peut-être tout même mauvais signe qu'à peine la moitié des médecins encouragerait ses propres enfants à se lancer dans des études de médecine. L'autre moitié (49%) ne le ferait pas et les inciterait donc plutôt à opter pour une autre orientation.

Ceci fait dire à la ministre De Block que si elle pouvait à nouveau choisir, elle prendrait la même décision sans hésiter. En même temps, la libérale nous dit aussi clairement qu'elle a laissé ses enfants totalement libres dans leur choix d'études « car ils doivent pouvoir tracer leur propre voie ».

Nous parlons ici de la ministre **Maggie De Block** (Open VLD). L'actuelle responsable des Affaires sociales et de la Santé publique était elle-même médecin généraliste dans sa vie précédente. Elle est donc bien placée pour commenter les dix affirmations que nous avons soumises aux médecins dans « Qui êtes-vous, docteur ? ».

De temps à autres, nous jetons aussi un regard dans le rétroviseur en référant à notre grand baromètre réalisé en 2010. Qu'avait répondu la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de l'époque, Laurette Onkelinx (PS), aux mêmes questions ?

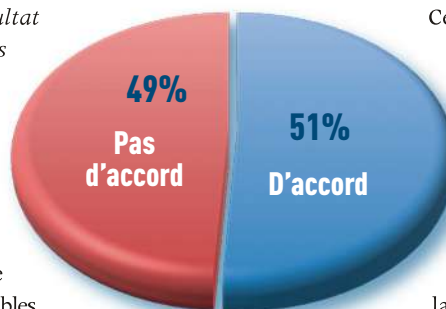
Fière

Près de trois médecins sur quatre (73%) sont satisfaits de la manière dont ils peuvent travailler au sein du système de santé belge. À l'opposé, 27% ne sont pas du tout d'accord avec cette affirmation. Les 73% font dire à

Maggie De Block que « nous pouvons être fiers de la qualité de nos soins de santé ». De plus, l'enquête montre clairement que la plupart des médecins sont de cet avis. En même temps, la ministre met en garde contre l'autosatisfaction : « ce bon résultat ne signifie pas que nous pouvons nous reposer sur nos lauriers. Nous devons en permanence essayer d'améliorer les soins pour le patient ».

Les résultats de cette année sont très comparables à ceux de 2010. À l'époque aussi, près de sept médecins sur dix étaient satisfaits d'exercer en Belgique. Laurette Onkelinx s'était aussi montrée élogieuse vis-à-vis de notre système « exceptionnel ». « Je suis prête

J'encouragerais mes enfants à faire des études de médecine





«Le paiement à la prestation a fait son temps»

« À l'avenir, les soins de santé se détacheront de l'accent qui se trouve encore sur le paiement à la prestation. Les rémunérations souvent très divergentes pour différentes disciplines médicales doivent être davantage harmonisées. »

Avec cette affirmation, la ministre De Block (Open VLD) va directement à l'encontre de la position d'une majorité de médecins. Plus de quatre médecins sur cinq (83%) sont en effet d'avis que les médecins doivent continuer d'être payés sur la base de leurs prestations.

Pour la libérale, ce mode de paiement n'est toutefois pas axé sur l'avenir. Certes, elle comprend que beaucoup de médecins y sont encore attachés. « Ce mode de rémunération a en effet été la norme pendant des décennies dans notre pays. Les réponses à cette question ne m'étonnent pas », commente Maggie De Block. En même temps, elle est convaincue que « l'accent sur le paiement à la prestation a fait son temps. »

Pénurie et pléthore

Plus de deux sur trois pensent qu'il existe un risque réel qu'une pénurie médicale s'installe les prochaines années. Chez les collègues francophones, ils sont même trois sur quatre à le penser, tandis que les néerlandophones sont moins pessimistes (62%). Pour la ministre De Block, « il s'agit bien sûr d'une question qui doit être nuancée ». Elle souligne que dans certaines disciplines, il est question de pénurie tandis que d'autres spécialités sont

confrontées à une pléthore de médecins. « Le défi consiste à corriger la situation de façon ciblée via les sous-quotas », explique-t-elle. « Ces sous-quotas se situent au niveau des entités fédérées. Cela permet de placer des accents différents en Belgique francophone et en Belgique néerlandophone. »

Curieusement, il ressort qu'en 2010, encore plus de médecins – huit sur dix – craignaient une pénurie. La réponse de la ministre francophone de l'époque, Laurette Onkelinx, était alors tout autre que celle de Maggie De Block aujourd'hui. Onkelinx était « tout à fait d'accord » avec la crainte des médecins. « Cet avis ne dominait pas toujours dans le corps médical. Dans nos contacts avec les médecins, nous remarquons une nette évolution dans les positions à ce sujet. Je pense que le numerus clausus n'a pas beaucoup de sens. Nous avons sans cesse élargi les quotas. Nous devons continuer à planifier et à fixer des quotas minimums pour certaines disciplines. Nous avons besoin de médecins ; limiter leur nombre comme nous le faisons maintenant n'a donc

pas beaucoup de sens. Il s'agit aussi d'un débat entre francophones et néerlandophones. Si l'opinion publique en Flandre pouvait changer grâce aux médecins, cela m'aiderait énormément. »

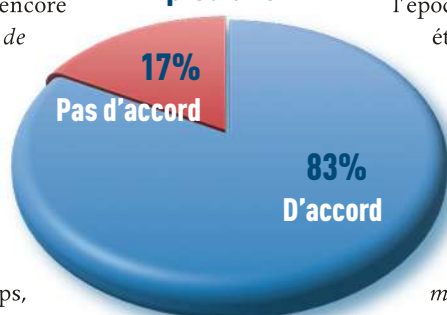
Mesure qualitative

Le fait que néerlandophones et francophones pensent différemment à ce sujet n'est pas neuf. Il ressort aussi de l'enquête *Qui êtes-vous, docteur ?*, que nous avons réalisée cette année, que le contingentement a beaucoup plus d'adeptes au nord qu'au sud du pays. En général, 59% des médecins estiment que le contingentement est « une bonne chose ». Chez les flamands, la proportion se monte même à 69% tandis que seuls 41% des francophones en sont convaincus. Et Maggie De Block d'ajouter : « Je souhaite encore souligner l'essence-même du contingentement : en premier lieu, il s'agit d'une mesure qualitative. »

Elle regrette que souvent cet élément passe à la trappe dans la presse générale. « Cela fait longtemps que la Flandre connaît ce système et la plupart des médecins néerlandophones trouvent que c'est une bonne méthode. L'an dernier, il a été introduit en Belgique francophone. Les résultats démontrent qu'il existe encore une grande opposition », commente la ministre de la Santé publique.

G. V.

Les médecins doivent être rémunérés en fonction de leurs prestations



« Le RGPD protège la vie privée »

Près de trois médecins sur cinq estiment que le Règlement général relatif à la protection des données (RGPD) est une bonne chose parce qu'il aide à protéger la vie privée et le secret professionnel médical. Curieusement, autant de répondants (60%) trouvent qu'il s'agit aussi d'une mauvaise chose parce qu'il entraîne encore plus de bureaucratie.

Pour la ministre **De Block**, le patient occupe de toute façon une position centrale. « Et qui dit le patient, dit aussi sa vie privée. Cela étant dit, la transposition du RGPD dans les soins demande beaucoup de travail. C'est toutefois pour la bonne cause. Il protège la vie privée des patients et je suis fière que la plupart des médecins soient aussi de cet avis. En même temps, nous devons en effet veiller à ce qu'il n'alourdisse pas inutilement l'administration. Nous devons atteindre cet équilibre via 'trial and error'. »

La vie privée en 2010

Il n'était bien sûr pas encore question de RGPD lors de l'édition précédente de *Qui êtes-vous, docteur ?* en 2010. Comparé à 2018, l'e-santé n'était encore qu'à ses balbutiements. Les évolutions à ce niveau sont donc disruptives. À l'époque, **Laurette Onkelinx**, alors ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, avait émis quelques remarques

prémonitoires intéressantes. « Plus de huit médecins sur dix pensent que la politique (en 2009) utilise l'informatique pour obtenir des informations qui peuvent se retourner contre les médecins. Je me demande alors si trop de médecins ont lu '1984' de Georges Orwell ? Pensent-ils peut-être que je suis à mon bureau, entourée d'ordinateurs reliés via e-Health pour ainsi les surveiller ? L'informatique est l'avenir. Bien sûr, une protection est nécessaire. Et c'est précisément pour cette raison que nous avons mis sur pied une commission pour le respect de la protection de la vie privée très stricte. Si l'on nous demande de mettre des barrières – qui compliquent toutefois en même temps la procédure –, nous le faisons. Les médecins ne peuvent pas d'un côté plaider pour une simplification administrative, et de l'autre, paniquer, convaincus qu'il y a une instance toute puissante qui contrôle tout. Nous vivons aujourd'hui dans une société de l'information et nous devons aller de l'avant. Bien sûr, des exigences strictes sont requises pour le respect de la vie privée du patient et la liberté thé-

rapeutique des médecins », déclarait Onkelinx à l'époque.

Sécurité

Deux tiers des médecins estiment que les autorités n'œuvrent pas suffisamment à la sécurité des médecins. Un tiers pense que oui. Dans son commentaire, la ministre De Block ne donne pas beaucoup d'espoir par rapport à cette problématique. « Les prestataires de soins aident d'autres gens et doivent pouvoir le faire en toute sécurité. Heureusement, cela reste la règle. Malheureusement, il y a toujours des exceptions. Il n'existe pas de mesure magique pour éviter les problèmes à ce niveau. Nous mettons toutefois tout en œuvre pour garantir un contexte sûr aux prestataires de soins ».

Et enfin, l'enquête nous apprend qu'un peu moins de 85% des médecins affirment que lorsqu'ils rédigent une prescription, ils tiennent compte du prix du médicament. Seuls 15% ne le font pas. Une grande majorité sont donc attentifs au coût et cela ravit Maggie De Block : « Prescrire en étant conscient du prix et de la qualité va dans l'intérêt du patient. Cela me fait vraiment plaisir que presque tous les médecins sont de cet avis. »

En 2010 aussi, une toute grande majorité de médecins disait tenir compte du prix des médicaments. La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de l'époque, Laurette Onkelinx, en était aussi satisfaite.

G.V.





MR, Open-VLD et... N-VA

Quelle est la couleur politique des médecins ? En 2010, lors d'un sondage semblable, nous avions titré «MR, Open-VLD et N-VA». Cela n'a pas beaucoup changé.

Lors d'un précédent sondage sur le sujet en 2010, 30% des médecins flamands s'étaient prononcés pour la N-VA, ils sont toujours autant (mais 40% abstraction faite des sans opinion). Le MR conserve son attrait avec 40% des préférences et même 59% si on exclut les «sans opinion». Sa défense systématique des professions libérales et des petits entrepreneurs y est pour quelque chose. Son score est stable depuis le sondage que nous avons mené en 2010 où le MR atteignait des scores proches à Bruxelles surtout. En Wallonie, les spécialistes étaient 49% et 57% à voter MR.

La stabilité de la N-VA démontre que le médecin flamand est avant tout un citoyen. En Wallonie, le parti de Bart De Wever et du Dr Louis Ide est diabolisé. Mais les Flamands le voient d'un autre œil : programme économique libéral, sévère sur les migrations mais encore plus sur les transferts nord-sud en soins de santé et le numerus clausus. La «permissivité» wallonne est patente sur le sujet du contingentement malgré l'introduction d'un examen d'entrée francophone en médecine.

La N-VA mise à part, un cinquième des Flamands votent libéral et 10%, CD&V.

Le Vlaams Belang, par contre, s'écroule de 6 à 1%. Socialement, dans les Glèms flamands, c'était mal vu. La N-VA est plus acceptable lorsque l'on va visiter Tantine le dimanche autour d'une bonne tarte...

Notons qu'un sondé sur cinq «ne sait pas» pour qui voter.

Chez les médecins francophones, Ecolo avait en 2010 fait des scores éblouissants dans le corps médical (surtout féminin) atteignant 33% des spécialistes et un quart des généralistes en Wallonie. Il tombe à 14% (20% en excluant les sans-opinion) et le PS reste dans les limbes à moins de 5% quel que soit le côté de la frontière linguistique. Nous n'avons pas cette fois de statistiques par région.

Pour Daniel Bacquelaine, ministre MR des Pensions mais aussi ancien médecin de terrain à Chaudfontaine, on peut expliquer le soutien des médecins au Mouvement réformateur (MR) sur plusieurs points.

Depuis de nombreuses années, le MR œuvre, dit-il, pour l'amélioration du statut social des indépendants. «Rien que sous cette législature, c'est, en 2018, à rythme annuel, 507,7 millions d'euros de nouvelles mesures, tant en termes d'amélioration du statut social des indépendants que de baisse des cotisations. Un montant qui s'ajoute bien entendu aux mesures qui existaient déjà au moment de la mise en place de ce gouvernement et qui étaient portées par les ministres MR.»

Depuis le début de la législature, le gouvernement, à l'initiative de Bacquelaine,



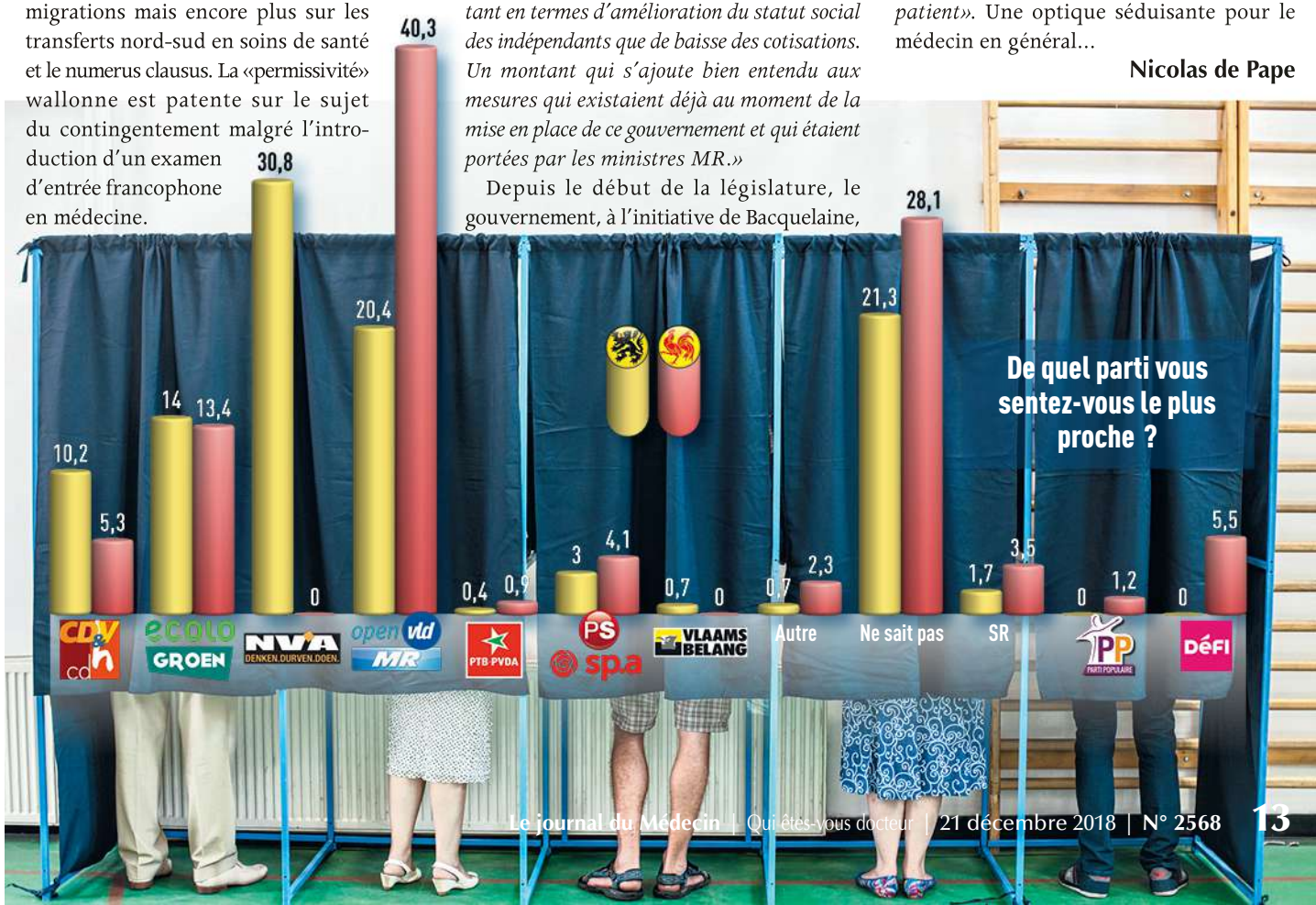
Daniel Bacquelaine : «Le MR défend la médecine libérale, le libre-choix des patients, la liberté thérapeutique, la valeur de l'acte, et la relation personnelle médecin-patient.»

«a augmenté les pensions minimums de 193 euros pour les indépendants au taux isolé avec carrière complète !»

«J'ai également mis en place la possibilité, pour les travailleurs après 65 ans ou 45 années de carrière, de travailler librement sans limite de revenu tout en conservant leur pension. Ainsi, un médecin qui veut continuer à exercer après 65 ans peut le faire tout en percevant sa pension. Nous avons aussi permis aux indépendants en personnes physiques de se constituer une pension complémentaire.»

Plus généralement, l'action vise à diminuer fortement la fiscalité sur le travail afin, dit-il, «de soutenir la croissance et la création d'emploi et d'assurer la solidarité en matière de pension et de santé». En politique de santé, rappelle le ministre Bacquelaine, le MR défend «la médecine libérale, le libre-choix des patients, la liberté thérapeutique, la valeur de l'acte, et la relation personnelle médecin-patient». Une optique séduisante pour le médecin en général...

Nicolas de Pape



Exercer en solo ou en équipe ?

D'après notre enquête Qui êtes-vous docteur 2018, les habitudes de nos lecteurs n'ont pas trop changé en termes de structures et de statuts. Près de 9 MG sur 10 exercent exclusivement dans un cabinet médical, un chiffre malgré tout en légère diminution par rapport à notre dernière édition.

Sur la totalité des médecins qui ont répondu à notre grande enquête QEVD, en partie francophone, la moitié déclare être médecin généraliste. Dans cette moitié, 38% sont accrédités, 12% sont agréés et 1% est en formation. On retrouve également 1% de médecins en formation du côté des spécialistes. En partie flamande, la même proportion de résultats est retrouvée avec 52% de MG dont 37% accrédités, 13% agréés et 2% en formation.

Aujourd'hui, de manière générale, un médecin sur deux travaille en cabinet privé aussi bien du côté francophone que néerlandophone, alors qu'un quart travaille à l'hôpital et un huitième exerce à la fois en hôpital et dans un cabinet privé. Les néerlandophones ont une légère préférence pour le privé avec 52% contre 46% chez les francophones. Ces derniers partagent le plus leur temps entre l'hôpital et le cabinet, au hauteur de 21%, alors qu'ils sont seulement 12% à le faire en Flandre. Quant à la proportion de médecins exerçant uniquement en hôpital, on retrouve 22% du côté francophone contre 27% du côté flamand.

Les généralistes exercent davantage que les spécialistes uniquement en cabinet privé.



On constate une légère diminution par rapport à l'enquête datant d'il y a huit ans. 1% des médecins généralistes travaille à l'hôpital alors que 4% exercent à la fois à l'hôpital et dans un cabinet privé.

Si, très logiquement, les MG sont très peu nombreux à exercer à l'hôpital, les spécialistes, eux, y sont beaucoup plus présents (49%). On constate également que ce sont plus spécifiquement les médecins de plus de 55 ans qui préfèrent travailler exclusivement en pratique privée au cabinet (57%) en com-

paraissant avec les moins de 55 ans (42%). Dans la tranche d'âge des plus jeunes, 33% travaillent à l'hôpital alors que 16% d'entre eux ont choisi de partager leur temps entre l'hôpital et le cabinet médical.

S'associer ou pas ?

Parmi les médecins qui travaillent uniquement dans une pratique médicale privée, 59% travaillent en solo, 14% en association avec un autre médecin, 26% en association avec plus de deux médecins et 1% dans une polyclinique. Ici, les différences Nord/Sud sont remarquables. Les francophones privilégient le travail en solo (73% FR Vs 52% NL) et les néerlandophones le travail en équipe (+ de deux médecins). 26% des répondants néerlandophones exercent dans un cabinet comptant plus de deux médecins pour seulement 15% des francophones.

Notre enquête révèle également que l'on retrouve plus d'hommes médecins (51%) qui exercent en solo que de femmes (34%). Celles-ci sont plus enclines à la pratique en association ; plus spécifiquement en société de plus de deux personnes avec 25% pour 20% chez les hommes, mais également en association de deux personnes (12% Vs 8%).

C'est chez les hommes médecins que l'on retrouve le plus de professionnels travaillant sous le statut d'indépendant (83%), mais trois quart des femmes médecins ont malgré tout choisi également d'adopter ce statut.

Carole Stavart



Saxenda®

liraglutide injection



Désormais, vous pouvez offrir à vos patients **EN OBÉSITÉ** plus qu'une simple **PERTE DE POIDS**

-9,2%de **perte de poids**^{1,2*}**~80%**de **réduction du risque** de développer un diabète de type 2^{1,3**}**22%**de **réduction du risque** pour la mortalité cardiovasculaire chez les patients diabétiques de type 2^{1,4***}

Si vous souhaitez recevoir de plus amples informations au sujet de Saxenda®, veuillez contacter notre customer service à l'adresse suivante : info.nnbelux@novonordisk.com

▼ 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 ci-dessous pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

Saxenda® 6 mg/ml, solution injectable en stylo prérempli. **Composition** : 6 mg/ml de liraglutide (peptide analogue au glucagon-1 humain (GLP-1) ADNR). Un stylo prérempli contient 18 mg de liraglutide dans 3 ml. **Forme pharmaceutique** : Solution injectable. Solution isotonique, incolore ou presque incolore et limpide ; pH = 8,15. **Indications** : Saxenda est indiqué en complément d'un régime hypocalorique et d'une augmentation de l'activité physique dans le contrôle du poids chez des patients adultes ayant 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 tel qu'une dysglycémie (prédiabète ou diabète de type 2), une hypertension artérielle, une dyslipidémie ou un syndrome d'apnée obstructive du sommeil. Le traitement par Saxenda doit être interrompu après 12 semaines à la dose de 3,0 mg/jour si les patients n'ont pas perdu au moins 5 % de leur poids initial. **Posologie et mode d'administration** : Posologie : La dose initiale est de 0,6 mg une fois par jour. La dose doit être augmentée jusqu'à 3,0 mg une fois par jour, par paliers de 0,6 mg espacés d'au moins une semaine, pour améliorer la tolérance gastro-intestinale (voir tableau). Si l'augmentation à la dose supérieure n'est pas tolérée pendant deux semaines consécutives, l'arrêt du traitement doit être envisagé. Une dose quotidienne supérieure à 3,0 mg n'est pas recommandée. **Schéma d'augmentation de la dose** :

	Dose	Semaines
Augmentation de la dose sur 4 semaines	0,6 mg	1
	1,2 mg	1
	1,8 mg	1
	2,4 mg	1
Dose d'entretien	3,0 mg	

Patients ayant un diabète de type 2 : Saxenda ne doit pas être utilisé en association à un autre agoniste des récepteurs du GLP-1. Au début du traitement par Saxenda, une réduction de la dose d'insuline ou des sécrétagogues de l'insuline (tels que les sulfamides hypoglycémisants) administrés de façon concomitante doit être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie. Populations particulières : **Patients âgés (≥ 65 ans)** : Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire en fonction de l'âge. L'expérience clinique de ce traitement chez les patients ≥ 75 ans est limitée et l'utilisation chez ces patients n'est pas recommandée. **Insuffisance rénale** : Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère ou modérée (clairance de la créatinine ≥ 30 ml/min). Saxenda n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 30 ml/min), y compris les patients présentant une insuffisance rénale terminale. **Insuffisance hépatique** : Aucun ajustement de la dose n'est recommandé chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. Saxenda n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère et doit être utilisé avec précaution chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. **Population pédiatrique** : La sécurité et l'efficacité de Saxenda chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. Ce médicament n'est pas recommandé dans la population pédiatrique. **Mode d'administration** : Saxenda doit être administré par voie sous-cutanée uniquement. Il ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou intramusculaire. Saxenda doit être administré une fois par jour, quel que soit le moment de la journée, indépendamment des repas. Il doit être injecté dans l'abdomen, la cuisse ou le haut du bras. Le site d'injection et le moment de l'injection peuvent être modifiés sans ajustement de la dose. Toutefois, il est préférable d'effectuer les injections de Saxenda à peu près au même moment de la journée, après avoir choisi l'heure la plus adaptée. Saxenda ne doit pas être mélangé avec d'autres produits injectables (par ex. des insulines). Si une dose est oubliée dans les 12 heures qui suivent l'heure d'administration habituelle, le patient doit la prendre dès que possible. S'il reste moins de 12 heures avant la dose suivante, le patient ne doit pas prendre la dose oubliée et doit reprendre la dose suivante prévue selon le schéma d'administration quotidienne. Une dose supplémentaire ou une dose plus importante ne doit pas être prise pour compenser la dose oubliée. **Contre-indications** : Hypersensibilité au liraglutide ou à l'un des excipients. **Effets indésirables** : **Résumé du profil de sécurité** : La sécurité de Saxenda a été évaluée au cours de 5 essais en double aveugle, contrôlés versus placebo dans lesquels ont été inclus 5 813 patients obèses ou en surpoids présentant au moins une comorbidité liée au poids. Dans l'ensemble, les réactions indésirables les plus fréquemment rapportées lors du traitement par Saxenda étaient les réactions gastro-intestinales. **Liste des effets indésirables** : Réactions indésirables observées lors des essais de phase 2 et de phase 3 contrôlés à long terme : **Très fréquent** : nausées, vomissements, diarrhées, constipation. **Fréquent** : hypoglycémie (basée sur les symptômes rapportés par les patients eux-mêmes et non confirmée par une mesure de la glycémie - rapportée chez les patients ne présentant pas de diabète de type 2 traités par Saxenda en association à un régime alimentaire et de l'activité physique), insomnie (principalement observée pendant les 3 premiers mois de traitement), vertiges, dysgueusie, sécheresse buccale, dyspepsie, gastrite, reflux gastro-œsophagien, douleur abdominale haute, flatulences,

éructation, distension abdominale, lithase biliaire, réactions au site d'injection, asthénie, fatigue, lipase augmentée, amylase augmentée. **Peu fréquent** : déshydratation, tachycardie, pancréatite, cholestyrite, urticaire, malaise. **Rare** : réaction anaphylactique, insuffisance rénale aiguë, insuffisance rénale. **Description de certaines réactions indésirables** : **Hypoglycémie chez les patients ne présentant pas de diabète de type 2** : Lors des essais cliniques menés chez des patients obèses ou en surpoids sans diabète de type 2 et traités par Saxenda en association à un régime alimentaire et de l'activité physique, aucun événement hypoglycémique sévère (nécessitant l'intervention d'un tiers) n'a été rapporté. Des symptômes d'hypoglycémie ont été rapportés par 1,6 % des patients traités par Saxenda et par 1,1 % des patients du groupe placebo ; néanmoins, ces événements n'ont pas été confirmés par une mesure de la glycémie. La majorité de ces événements était d'intensité légère. **Hypoglycémie chez les patients ayant un diabète de type 2** : Lors d'un essai clinique mené chez des patients obèses ou en surpoids ayant un diabète de type 2 et traités par Saxenda en association à un régime alimentaire et de l'activité physique, une hypoglycémie sévère (nécessitant l'intervention d'un tiers) a été rapportée par 0,7 % des patients traités par Saxenda et uniquement chez les patients traités de façon concomitante par sulfamide hypoglycémiant. De plus, chez ces patients, une hypoglycémie symptomatique documentée a été rapportée par 43,6 % des patients traités par Saxenda et par 27,3 % des patients recevant un placebo. Parmi les patients qui ne prenaient pas de traitement concomitant par sulfamide hypoglycémiant, 15,7 % des patients traités par Saxenda et 7,6 % des patients recevant un placebo ont rapporté des événements hypoglycémiques symptomatiques documentés (définis par une glycémie $\leq 3,9$ mmol/l et la présence de symptômes). **Réactions indésirables gastro-intestinales** : La majorité des événements gastro-intestinaux était d'intensité légère à modérée, transitoire et n'a pas nécessité l'arrêt du traitement. Ces réactions survenaient généralement pendant les premières semaines de traitement et diminuaient au bout de quelques jours ou semaines de poursuite du traitement. Les patients ≥ 65 ans peuvent être davantage sujets aux effets indésirables gastro-intestinaux lorsqu'ils sont traités par Saxenda. Les patients présentant une insuffisance rénale légère ou modérée (clairance de la créatinine ≥ 30 ml/min) peuvent être davantage sujets aux effets gastro-intestinaux lorsqu'ils sont traités par Saxenda. **Insuffisance rénale aiguë** : Des cas d'insuffisance rénale aiguë ont été rapportés chez des patients traités par des agonistes des récepteurs du GLP-1. La majorité des événements rapportés est survenue chez des patients ayant présenté des nausées, des vomissements ou des diarrhées entraînant une déplétion hydrique. **Réactions allergiques** : Quelques cas de réactions anaphylactiques associées à des symptômes tels qu'une hypotension, des palpitations, une dyspnée et des œdèmes, ont été rapportés lors de la commercialisation du liraglutide. Les réactions anaphylactiques peuvent potentiellement engager le pronostic vital. Si une réaction anaphylactique est suspectée, le liraglutide doit être arrêté et le traitement ne doit pas être administré à nouveau. **Réactions au site d'injection** : Des réactions au site d'injection ont été rapportées chez des patients traités par Saxenda. Ces réactions étaient habituellement légères et transitoires et disparaissaient généralement lors de la poursuite du traitement. **Tachycardie** : Lors des essais cliniques, des cas de tachycardie ont été rapportés chez 0,6 % des patients traités par Saxenda et chez 0,1 % des patients recevant un placebo. La majorité des événements était d'intensité légère ou modérée. Ces événements étaient isolés et la majorité d'entre eux s'est résolue lors de la poursuite du traitement par Saxenda. **Déclaration des effets indésirables suspectés** : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration (voir ci-dessous). **Mode de délivrance** : Prescription médicale. **Titulaire des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM)** : Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Danemark. **Numéro d'AMM** : EU/1/15/992/003 (5 stylos). **Date de mise à jour du texte** : 06/2017.

Saxenda® est une marque déposée appartenant à Novo Nordisk A/S, Danemark

Système national de déclaration des effets indésirables : Belgique : Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - www.afmps.be. Luxembourg : Direction de la Santé - www.mns.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html.

* Données de SCALE™ Obésité et prédiabète : étude de 56 semaines portant sur 3 731 patients non diabétiques présentant un IMC ≥ 30 , ou ≥ 27 avec au moins une maladie concomitante, $p < 0,001$ vs placebo, (completer population).² ** Dans une extension de l'étude sur 3 ans comprenant 2 254 patients pré-diabétiques ayant un BMI (body mass index) ≥ 30 ou ≥ 27 avec au moins une comorbidité additionnelle.³ *** L'étude LEADER a inclus 9 340 patients diabétiques de type 2 insuffisamment contrôlés, qui étaient soit à haut risque de maladie cardiovasculaire ou ayant déjà eu une maladie cardiovasculaire, ayant reçu du liraglutide jusqu'à la dose de 1,8 mg.⁴

Références : 1. Saxenda® Résumé des caractéristiques du produit, Juin 2017. 2. Pi-Sunyer X, Astrup A, Fujioka K, et al; for the SCALE Obesity and Prediabetes NN8022-1839 Study Group. A randomized, controlled trial of 3.0 mg of liraglutide in weight management. *N Engl J Med*. 2015;373(1):11-22. Supplement to: Pi-Sunyer X et al. *N Engl J Med* 2015. 3. Le Roux CW, Astrup A, Fujioka K, et al. 3 years of liraglutide versus placebo for type 2 diabetes risk reduction and weight management in individuals with prediabetes: a randomised, double-blind trial. *Lancet*. 2017;389:1399-1409. 4. Marso SP, Daniels GH, Brown-Frandsen K, et al; For the LEADER Steering Committee on behalf of the LEADER Trial Investigators. Liraglutide and Cardiovascular Outcomes in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med*. 2016;375(4):311-322.

BE/LO/1017/0255 - 25 OCT 2017

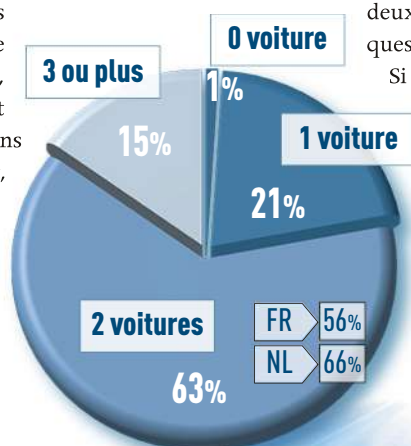
Ça roule pour le médecin ?

Les grosses voitures ont toujours la cote chez les médecins, qui sont toutefois de plus en plus nombreux à envisager des alternatives pour aller au travail. Surtout du côté néerlandophone, ou le vélo a une place culturelle de choix. Une bonne idée pour éviter les problèmes de circulation, qui touchent davantage les francophones, préférant les quatre-roues.

63 % des médecins possèdent deux voitures pour le ménage. Cela peut paraître beaucoup, mais c'est un chiffre en constante diminution depuis 2002 (70% alors, 64% en 2010). Par contre, 15% des interviewés possèdent trois voitures ou plus. Une légère augmentation par rapport à 2010 (13%).

Les femmes médecins sont moins gourmandes : trois sur dix n'ont qu'une seule voiture pour le ménage, tandis que les hommes sont moins de deux sur dix dans ce cas. Ces derniers avouent, pour deux tiers d'entre eux, posséder deux voitures et même trois ou plus pour 17%. Un ratio qui tombe à un médecin sur dix côté féminin.

De combien de voitures dispose votre famille ?



Les femmes ont moins de kilomètres au compteur

L'écrasante majorité des médecins roulent moins de 25.000 km par an (77%). Ils sont même 36% à rouler moins de 15.000 km par an. C'est une tendance à la hausse par rapport à il y a huit ans puisqu'on ne comptait « que » 71% de médecins à rouler moins de 25.000 km.

On notera tout de même quelques différences au niveau des genres et des communautés. Ainsi, les francophones roulent logiquement plus que leurs homologues néerlandophones. Ils sont 30% à faire plus de 25.000 bornes par an (18% au Nord). Ensuite, les femmes parcourent moins de kilomètres que les hommes. 42% des femmes roulent moins de 15.000 km par an. 10% en plus que les hommes, davantage avaleurs de kilomètres.

Quel type de voiture ?

Depuis la dernière enquête *Qui êtes-vous docteur ?*, huit ans se sont écoulés. En ce

laps de temps, les SUV sont apparus sur le marché. Malgré tout, les SUV ne semblent pas intéresser les médecins qui préfèrent toujours les berlines (28%). Il faut toutefois prendre compte de l'amalgame qui peut être fait entre les 4x4 (16%) et les « autres types »

qui totalisent 13% des répondants. Dans ce segment, on retrouve certainement le segment des citadines mais également les SUV (tous deux nommément absents du questionnaire).

Si l'on regarde les différences hommes/femmes, on tombe un peu dans le cliché : les hommes préfèrent les coupés sport (6% VS 2%) et les femmes les monospaces (18% VS 14%) et les « autres

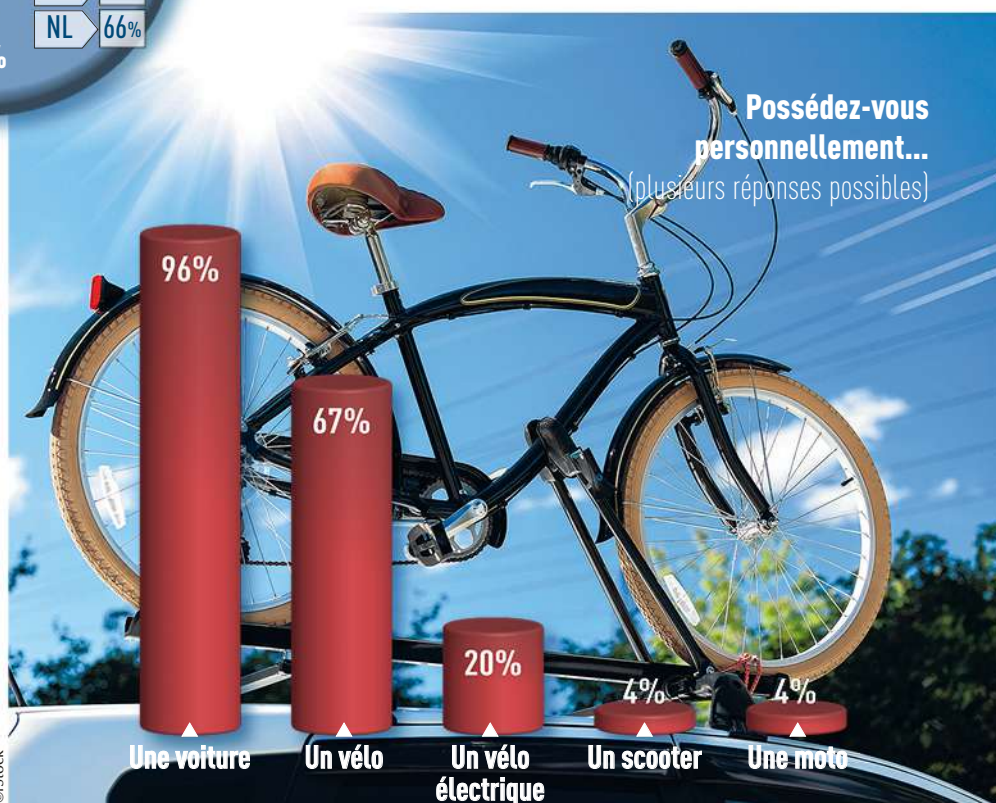
types », vraisemblablement les petites cylindrées (16% VS 10%).

Peu de différences par contre entre généralistes et spécialistes quant au segment préféré, mais de belles différences entre médecins installés et médecins en formation. 43% des médecins en formation (spécialistes et généralistes) préfèrent le break contre 29% de généralistes et 26% de spécialistes. Le monospace ne suscite guère l'attention des plus jeunes, ce qui n'est pas étonnant, et la catégorie « autre type » remporte l'adhésion de près d'un jeune médecin sur cinq, ce qui conforte l'idée que la catégorie englobe les citadines.

Du neuf et du diesel

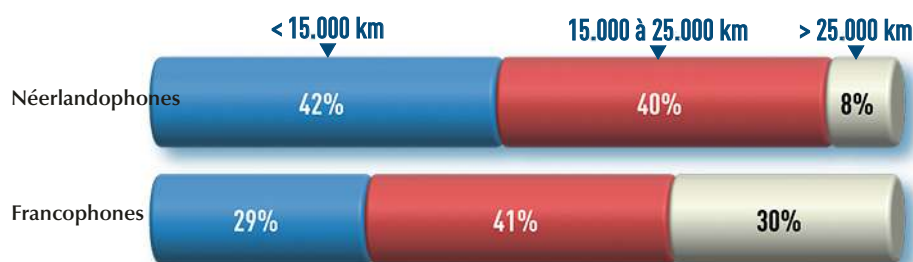
Deux tiers des médecins roulent dans une voiture neuve. C'est beaucoup, mais c'est moins qu'il y a huit ans (79%). La tendance est au leasing côté néerlandophone (7% Vs 2,6% de francophones), et à la voiture de société côté francophone (20% Vs 7% côté néerlandophone). Difficile d'expliquer cependant la tendance francophone vers ce choix de voiture de société.

Le diesel a toujours le vent en poupe chez les médecins, malgré les récentes mesures prises par le Fédéral. 47% des sondés roulent ainsi au gazole. Mais la Flandre et son régime fiscal avantageux pour les hybrides et les





En moyenne, combien de kilomètres parcourez-vous chaque année avec votre propre voiture ?



véhicules électriques gagnent peu à peu la cause des médecins néerlandophones (quasiment aucune taxe n'est due, tandis qu'en Wallonie, cela peut coûter plus de 5.000 euros selon la puissance fiscale du véhicule). On retrouve donc 4% d'utilisateurs de véhicules électriques au Nord, et 1% au Sud. Un chiffre qui passe à 14% pour les hybrides côté néerlandophone pour 7% côté francophone. Soit près du double.

La petite reine a la cote au nord

Le moyen de transport par excellence du médecin, c'est la voiture pour 96% des répondants. Mais si on parle beaucoup de voitures, les médecins sont également friands de la bicyclette. Surtout au nord du pays. Ainsi si un francophone sur deux a un vélo, ils sont trois sur quatre côté néerlandophone. Une tendance qui se retrouve au niveau des vélos électriques d'ailleurs, même si seulement un médecin sur cinq dispose de ce moyen de transport.

Tous les deux-roues n'ont pas pour autant la cote. Les motos (4%) et les scooters (4%) ne rencontrent pas beaucoup de succès chez les médecins. Un pourcentage qui tombe encore plus bas chez les femmes médecins, qui ne sont que 1% à utiliser une moto ou un scooter, contre 6% chez leurs confrères masculins.

Si une majorité de médecins disposent d'un bicycle, encore faut-il le mettre à profit. Encore une fois, c'est vers le nord du pays qu'il faut se tourner pour trouver des adeptes du vélo, tant dans l'usage professionnel que dans l'usage privé. Si l'on se cantonne aux déplacements professionnels, les néerlandophones sont 11% à faire du vélo tous les jours, tandis qu'au Sud, ils ne sont que 3%, soit quatre fois moins ! C'est que le francophone est plutôt adepte de la voiture dans ses déplacements (77% contre 67%).

Culturellement, on sait le vélo fort présent en Flandre. Mais ce n'est pas tout. Une autre

explication réside dans la proximité géographique et la densité de population du nord du pays. Ainsi, les déplacements quotidiens à pied sont également deux fois moins nombreux dans le sud (23% contre 10%).

Francophones et néerlandophones se rejoignent toutefois dans leur abandon des transports en commun, des deux-roues motorisés et du covoiturage. Et ce tant pour le travail que dans le privé.

Problème de congestion

C'est l'éternel problème des médecins soulevé lors de l'enquête. Il y a huit ans,



huit médecins sur dix déclaraient déjà que la congestion routière était problématique pour la profession. En 2018, les médecins sont toujours 74% à se plaindre d'embouteillage de plus de dix minutes, 63% à rencontrer des problèmes pour trouver une place de parking et 55% à être victime d'agression verbale au volant. On remarquera que, comme il y a huit ans, ce sont les spécialistes qui se plaignent le plus des conditions de circulation alors qu'ils ne vont pas nécessairement à la rencontre du patient.

Dans le détail, on remarque cependant que les problèmes ne sont quotidiens que pour 14% des médecins concernant les embouteillages. Les francophones se plaignent plus que leurs confrères néerlandophones (18% contre 11%). Sans doute parce qu'ils utilisent plus la voiture. Le constat est le même concernant les places de parking : 13% des médecins francophones rencontrent des problèmes quotidiens tandis qu'ils ne sont que 6% côté néerlandophone. Enfin, il faut relativiser l'impact de la violence verbale au volant puisque les médecins sont 85% à ne jamais avoir rencontré ce problème ou à le rencontrer moins d'une fois par mois.

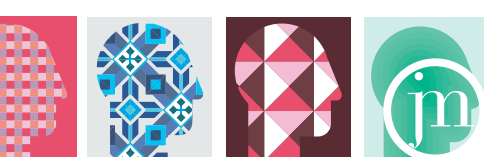
Gare à la prune

La nouveauté du *Qui êtes-vous docteur ?* dans son millésime 2018, c'est de s'attarder sur les accidents de circulation et les amendes. On apprend de cette manière que 20% des médecins ont été impliqués dans un accident au cours des cinq dernières années. Les francophones (25%) sont plus nombreux que les néerlandophones (17%). Peut-être, encore une fois, que le fait que les francophones

privilégient la voiture aux autres moyens de transport favorise le nombre d'accidents.

Enfin, 53% des médecins ont reçu une amende l'an dernier. Il s'agit pour l'essentiel d'entre eux d'un problème de vitesse, même si d'autres ont écopé d'une amende pour s'être mal garés ou ne pas avoir payé de ticket de parking. Trois médecins ont même confessé avoir reçu une amende pour conduite sous influence ! Gare donc.

Laurent Zanella



La voiture toujours reine

Comment vous déplacez-vous principalement ? Qu'est-ce qui vous agace derrière le volant ? Avez-vous déjà été impliqué-e dans un accident de voiture ? L'institut VIAS(*), centre de connaissances belge pour la sécurité routière, la mobilité et la sécurité sociale, a formulé quelques conclusions étonnantes à la lecture de vos réponses.

Constatation n°1 : les médecins se déplacent majoritairement en voiture

Quasiment tous les médecins (99%) disposent au moins d'une voiture par famille. Trois sur quatre (77%) en ont même deux. Les médecins l'utilisent en outre de manière intensive : quotidiennement ou plusieurs fois par semaine pour 9 docteurs sur 10, tant pour des déplacements privés que professionnels.

de plus en plus souvent, d'un vélo électrique (20%). La possession d'un vélo diffère grandement selon la région et est sensiblement plus basse en Wallonie (52%) qu'en Flandre (75,5%).

Un médecin sur deux (55,5%) se déplace quotidiennement ou plusieurs fois par semaine à pied. Le vélo est utilisé par environ la moitié des médecins (51%) au moins une fois par mois pour des déplacements privés. Le vélo semble beaucoup moins emprunté

Constatation n°3 : 20% des médecins impliqués dans un accident (cinq dernières années)

Plus de la moitié (53%) des médecins ont reçu une amende au cours de l'année passée, souvent pour avoir roulé trop vite (71%, ce qui revient à 40% du nombre total de médecins).

A côté de la vitesse, les amendes concernent les stationnements interdits (13%) et les stationnements sans ticket (19% de tous les médecins). Étonnant, puisque la somme dépasse le total de 53%, ce qui suggère que beaucoup ont reçu plus d'une amende. Sur le sujet, les résultats sont sensiblement les mêmes du côté wallon et flamand.



Néanmoins, les distances couvertes par les médecins ne sont pas exagérément grandes. Environ un tiers d'entre eux (36%) parcourent moins de 15.000 km par an, 25.000 euros pour les deux tiers restants (77%).

Constatation n°2 : le vélo moins populaire chez les médecins francophones

A côté de leur voiture, les médecins disposent aussi souvent d'un vélo (67%) et,

pour les déplacements professionnels : 24% des médecins l'enfourchent au moins une fois par mois.

Les transports publics ne sont utilisés que par un médecin sur dix environ, et ce au moins une fois par mois (16% pour des déplacements privés, 8% pour des déplacements professionnels). En d'autres mots, neuf médecins sur dix ne prennent pas ou rarement les transports publics.

Constatation n°4 : les médecins se plaignent surtout des files

Les doléances les plus grandes des médecins concernant les files (46% se retrouvent bloqués dans la circulation au moins une fois par mois, et ce pendant plus de 10 minutes) et la quête d'une place de parking (37% s'en plaignent au moins une fois par mois).

Coordination : E.N.

(*) Anciennement IBSR: Institut belge de sécurité routière.

NOUVEAU

Flexofytol[®] PLUS



Encore plus complet
pour les **ARTICULATIONS,**
MUSCLES & TENDONS

**ACTION
RENFORCÉE**

CURCUMA BIO-OPTIMISÉ
2.100 x plus biodisponible*



BOSWELLIA SERRATA
standardisé à 65%
d'acides boswelliques
+ vitamine D



56 comprimés : CNK 3738-218 ■ Prix public conseillé : 19,90€
182 comprimés : CNK 3738-200 ■ Prix public conseillé : 54,90€

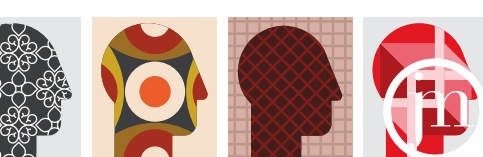
* Étude clinique phase 1 : évaluation de la biodisponibilité de Flexofytol PLUS[®]. Université catholique de Louvain (UCL), juin 2018

Votre santé par les plantes

www.flexofytol.be


Tilman[®]

Information exclusivement réservée aux professionnels de la santé.



Des revenus très variables

Combien gagnent les médecins belges ? Cette question semble indiscrette, mais vous avez été tout de même nombreux à accepter d'y répondre. 17% des répondants n'ont pas voulu nous livrer cette information sensible. Les revenus varient évidemment beaucoup en fonction de la spécialité, de l'âge, du genre et du statut du médecin.

Globalement, voici les revenus nets déclarés par mois : moins de 2.500 euros (14% des répondants), entre 2.500 et 3.500 euros (22%), entre 3.500 euros et 4.500 euros (16%), entre 4.500 euros et 5.500 euros (10%), entre 5.500 et 6.500 euros (5%), entre 6.500 et 7.500 euros (4%), entre 7.500 euros et 8.500 euros (3%) et plus de 8.500 euros (6,5%). La moitié des répondants (52%) à notre grande enquête déclarent gagner moins de 4.500 euros nets par mois. Soulignons qu'en raison du caractère déclaratif de ces réponses, les résultats devraient être affinés par une analyse plus approfondie des revenus. Néanmoins, le mérite de notre enquête est de proposer une approximation des revenus nets et pas, comme le fait régulièrement la presse géné-

rale, de livrer des revenus bruts des médecins, calculés sur base de leurs prestations à l'Inami, qui ne tiennent pas compte des montants de rétrocession aux hôpitaux, des impôts...

La majorité des généralistes (85,7%) et des spécialistes (76%) en formation gagnent moins de 2.500 euros nets. Les revenus au-delà de 4.500 euros sont plus souvent générés par des spécialistes que des généralistes. Ainsi 10% des spécialistes ayant répondu à l'enquête déclarent gagner plus de 8.500 euros nets par mois pour 3,9% des généralistes.

Stagnation des revenus

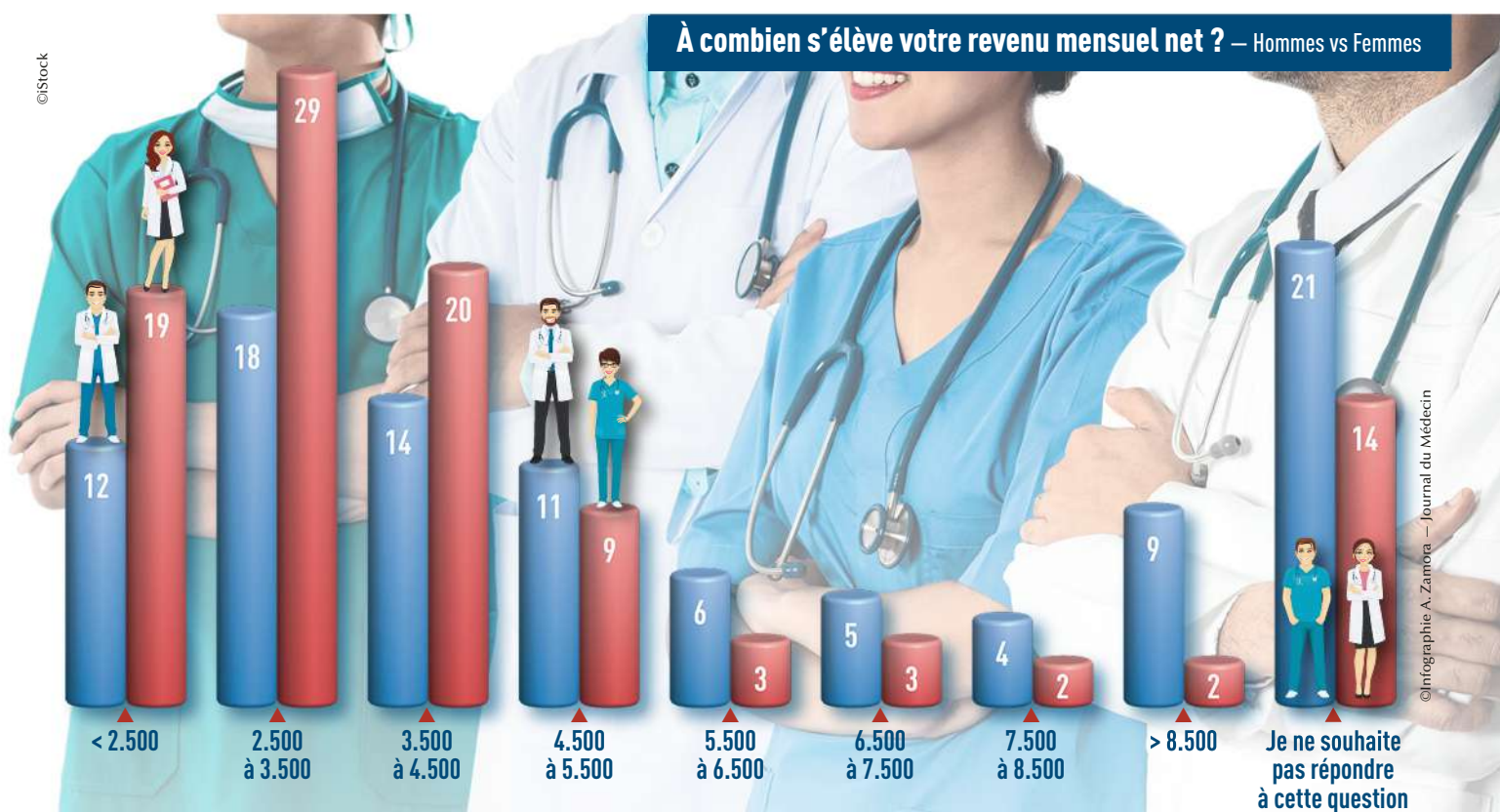
44% des médecins déclarent que leurs revenus n'ont pas augmenté ces cinq dernières années. 35% considèrent qu'ils ont

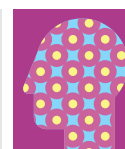
Des contrôleurs d'impôt raisonnables

Voici une nouvelle qui va peut-être réjouir le fisc : 69% de nos lecteurs estiment que leur contrôleur d'impôt est raisonnable et modéré. Ce qui n'est tout de même pas l'avis de 30% de nos lecteurs ! Les spécialistes sont d'ailleurs un peu plus critiques que les généralistes à ce sujet (35% Vs 29%). En comparaison avec les résultats de QEVD de 2010, on peut constater que les médecins ont plus ou moins gardé le même avis sur le degré de sévérité de leurs contrôleurs fiscaux. Quant aux cotisations sociales, sept médecins sur dix estiment qu'elles doivent être réduites. Un avis encore plus manifeste au sud (78%) et chez les généralistes (76%) qu'au nord du pays (70%) et chez les spécialistes (70%).

augmenté. Et 21% trouvent qu'ils ont diminué.

À combien s'élève votre revenu mensuel net ? — Hommes vs Femmes





De rares visites chez le banquier

À quelle fréquence examinez-vous vos finances de manière approfondie avec votre banquier ? Vos comportements divergent. 15% des médecins ne le font jamais. 26% « rarement », 27% « une fois par an », 20% « deux fois par an », 12% « trois par an ». Les médecins néerlandophones et les spécialistes rencontrent un peu plus régulièrement leurs banquiers que les médecins francophones et les généralistes. Comparé à notre précédente enquête, il semblerait que les médecins se rendent plus souvent chez leurs banquiers qu'en 2010. À l'époque, la moitié des répondants déclaraient avoir « rarement » une discussion avec leurs banquiers.

De quoi parlez-vous lorsque vous rencontrez votre banquier ?

Principalement des investissements à réaliser (59%) et ensuite de l'achat d'une maison (28%) ou d'une voiture (28%).

Ces sujets prioritaires restent, dans l'ordre, ceux déjà évoqués en 2010. L'installation de la pratique médicale et l'achat du matériel professionnel font moins souvent l'objet d'une conversation avec un banquier.

Lorsque vous cherchez des informations sur les investissements, vous le faites le plus souvent via votre banquier attiré, ensuite en consultant (par ordre



décroissant) : un spécialiste en planification financière, les médias, internet, d'autres sources d'informations (ami, parent, fiscaliste...) et un autre banquier. Il est primordial, comme le conseille notre spécialiste Guy Legrand (lire en page 23), de bien choisir ses interlocuteurs. « *Mieux vaut quand même demander conseil à un professionnel (de plus en plus) surveillé*

par les autorités que d'ouvrir sa porte au premier venu. »

Nos lecteurs investissent principalement, par ordre décroissant, dans des fonds d'investissement, des actions, obligations ou titres et dans l'immobilier. Les bons de caisse, les devises étrangères, les métaux nobles, les œuvres d'art ont beaucoup moins la cote (seulement 2% des répondants).

Si on regarde ces résultats en détail, on remarque que les médecins néerlandophones ont davantage l'impression que leurs confrères francophones que leurs revenus ont stagné (47% Vs 39%). Les francophones sont plus nombreux que leurs confrères néerlandophones à considérer que leurs revenus ont augmenté (38% Vs 33%). Les spécialistes estiment davantage que les généralistes que leurs revenus ont baissé ces cinq dernières années (28% Vs 14%).

Les médecins plus jeunes ne partagent pas le même sentiment que leurs aînés (voir tableau). Les moins de 40 ans estiment que leurs revenus ont augmenté ces cinq der-

nières années alors que les 45-64 trouvent plutôt qu'ils stagnent et que les 65 ans et plus déclarent qu'ils ont diminué. Cette différence de perception n'est pas étonnante : les médecins connaissent une aug-

mentation de leur patientèle et de leur activité au début de leur carrière (avant 45 ans), puis une stabilisation et en ensuite, après leur pension, une diminution de leur pratique.

Ces dernières 5 années, vos revenus ont-ils connu ?

	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65 ans et plus
	%	%	%	%	%
Une augmentation	70%	50%	37%	28%	12%
Une stagnation	27%	6%	48%	54%	35%
Une diminution	3%	4%	15%	18%	53%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Le paiement par carte entre dans la pratique

Utilisez-vous les nouvelles technologies pour faire des paiements, des virements ? Oui, surtout l'internet banking. Une solution prisée par neuf médecins sur dix. Les applis bancaires sont également utilisées par la moitié des répondants. Un bon tiers des lecteurs font des paiements mobiles via des applis. Le paiement sans contact (en rapprochant simplement le smartphone du terminal) est encore peu exploité. Signalons que les médecins néerlandophones sont nettement plus adeptes que les francophones des applications bancaires ou des paiements

mobiles. On ne s'étonnera pas de voir que les jeunes médecins (spécialistes et généralistes) utilisent beaucoup plus ces deux types de paiement que les médecins plus âgés. Le paiement par Bancontact est-il désormais entré dans votre pratique médicale ? Quatre médecins sur dix proposent à leurs patients de payer via un terminal de paiement dans leur cabinet. Les médecins néerlandophones sont plus nombreux que les francophones à favoriser le paiement par carte (54% Vs 50%). Évidemment, les pratiques de groupe sont plus nombreuses

(58%) que les médecins travaillant en solo à proposer ce service qui coûtent encore relativement cher (35%). Les généralistes accrédités le proposent plus que les spécialistes.

Les médecins se font-ils aider pour remplir leur déclaration fiscale ? Près de neuf médecins sur dix font appel à quelqu'un pour remplir ce document complexe. Quatre médecins en formation sur dix le font cependant eux-mêmes. La plupart des médecins (91%) délèguent cette tâche administrative importante à un fiscaliste. 8,4% font appel à quelqu'un d'autre et 1,3% à leur propre banquier

Dans quels créneaux investissent les médecins ?

1. Les fonds d'investissement
2. Les actions, obligations ou titres
3. L'immobilier
4. Dans aucun de ces créneaux
5. Oeuvres d'art, tableau
6. Métaux nobles
7. Bons de caisse
8. Devises étrangères
9. Timbres-poste ou autres objets de collection
10. BD
11. Pierres précieuses, diamants
12. Monnaies virtuelles comme le bitcoin
13. Livres anciens



©Infographie A. Zamora — Journal du Médecin

©iStock

Les médecins salariés ont davantage l'impression que leurs revenus ont augmenté que les indépendants ou les médecins qui sont à la fois salariés et indépendants. Chez les fonctionnaires, les avis sont très partagés : un tiers d'entre eux trouvent que leurs revenus ont augmenté, un bon tiers qu'ils ont stagné et un petit tiers qu'ils ont diminué.

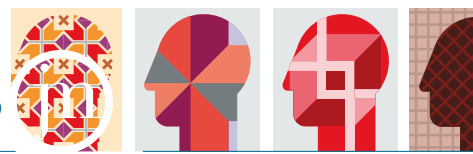
Huit médecins sur dix trouvent qu'ils doivent être rémunérés en fonction de leur prestation. Les francophones partagent plus cette affirmation (88% Vs 80%) que les néerlandophones et les généralistes (86%) plus que les spécialistes (80%).

Vincent Claes

Bonne préparation de la pension

Notre enquête révèle que 90% des répondants constituent une pension de retraite. Tant les médecins installés que les médecins en formation (généralistes et spécialistes) déclarent prévoir un financement complémentaire pour leur pension. Cette propension à épargner pour la retraite semble être très stable puisque, en 2002, notre enquête QEVD avait montré que 91% des répondants épargnaient pour un complément de pension via différentes formules (épargne pension, assurance-vie, assurance groupe...) et en 2010, ils étaient 96% à le faire.

En 2018, cette « poire pour la soif » prend également plusieurs formes. Les médecins qui préparent leur retraite le font principalement en constituant une épargne pension (87%), ensuite via une assurance-vie individuelle (48%), une assurance groupe (43%) et/ou en étant membre d'Amonis (36%). Les spécialistes sont nettement plus friands de l'assurance groupe que les généralistes.



Investissements: se méfier des mauvais tuyaux

Mais oui, les médecins parlent à leur banquier ! Certes, ils sont 40 % à n'avoir guère ou pas de conversation avec lui, mais plus de 30 % aussi à le rencontrer au moins deux fois par an, en plus des 27 % qui ont une entrevue annuelle. Ceci me semble assez appréciable, surtout que les placements s'imposent de loin comme préoccupation principale.

Appréciable et rassurant car, comme me l'expliqua un jour un professionnel, « les médecins sont les seuls titulaires de professions libérales dont le métier est sans lien avec l'argent et qui, en général, n'y connaissent rien. Pas étonnant qu'ils soient la cible privilégiée des vendeurs

combien ne s'emballent pas suite à un « tuyau » glané chez leur charcutier ! Quelques déceptions s'en suivent, qui leur fait tourner le dos à tout ce qui présente un risque, de sorte qu'ils ratent les (nombreux) placements de qualité qui existent et qui procurent encore des performances

opposition aux banquiers, obligés de ne conseiller que les produits-maison mis en avant par le marketing. Pas nécessairement faux, c'est vrai. On en veut pour preuve le nombre de conseillers bancaires passés dans de petites structures indépendantes au cours des dernières années.

Il faut quand même ajouter que ces planificateurs ne sont pas tous d'égale valeur, loin s'en faut, ni même d'égale probité. On se souvient de la faillite fracassante d'Optima, une société de conseil (devenue banque) ayant acquis une dimension considérable au prix d'un marketing conquérant. Les initiés savaient bien que, pour prix d'une



La plupart des gens se documentent davantage avant d'acheter une voiture, voire un téléviseur, qu'avant de placer leurs économies.

de placements douteux ». C'était il y a longtemps... Même si la réputation des banquiers n'est plus nécessairement ce qu'elle était depuis la crise financière, mieux vaut quand même demander conseil à un professionnel (de plus en plus) surveillé par les autorités que d'ouvrir sa porte au premier venu !

Domage, par contre, qu'un quart des médecins avouent ne pas se renseigner en matière de placements. Cela étant, cette proportion n'est assurément pas plus élevée que dans le reste de la population : il n'est pas excessif d'affirmer que la plupart des gens se documentent davantage avant d'acheter une voiture, voire un téléviseur, qu'avant de placer leurs économies. Et

intéressantes. C'est ce que constatent tous les professionnels en contact avec les petits épargnants...

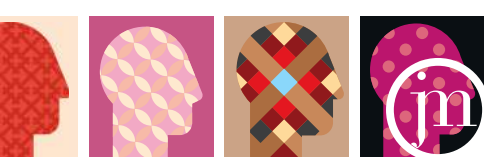
Outsiders

Un constat un peu surprenant : l'importance des conseillers ou planificateurs financiers non banquiers comme principale source d'information en matière de placements : ils pèsent un tiers des banquiers en Flandre et carrément la moitié du côté francophone. C'est énorme ! La profession s'est beaucoup développée ces dernières années, capitalisant notamment sur la moindre aura des banquiers ou une certaine lassitude à leur égard. Ces outsiders font aussi grand cas de leur indépendance, par

étude sur mesure, les clients recevaient des conseils totalement standardisés et des produits planifiés à l'avance : une assurance-vie dans telle compagnie luxembourgeoise et un appartement (au prix fort) dans l'immeuble acheté en totalité par Optima... Il est également bon de savoir que la dénomination *family office*, ce métier supposé prestigieux qui consiste à superviser le patrimoine d'une famille par-delà les banques, n'est absolument pas protégé en Belgique. Un psychologue au chômage peut arborer cette expression sur sa carte de visite !

Terminons par une constatation réjouissante : 90% des médecins préparent financièrement leur retraite.

Guy Legrand



De grands lecteurs

Petite surprise dans la mesure où les médecins se plaignent souvent de n'avoir pas le temps de lire : Ils reconnaissent être de grands lecteurs de journaux. Pas moins de 87% des médecins francophones ont consulté ou lu un journal « le mois écoulé » et même 91% des néerlandophones. C'est considérable. Comme c'est le cas pour les sondages CIM de taux de lecture des journaux, on a fait une différence entre la lecture effective sur papier et la consultation en ligne d'un site internet.

Autre surprise : il n'y a pas d'énormes différences par catégorie d'âge. Les 25-30 ans lisent tout autant (87%) ou presque que les 65 ans et plus (93%). Les quadras et quinquas évoluent entre les deux avec 90% ayant consulté un journal le mois écoulé.

À la question, quel journal lisez-vous ? (liste limitative proposée par le sondeur), les francophones répondent en priorité *Le Soir* (46%), suivi de *La Libre* (30%) et enfin *L'Avenir* (11%) et *L'Echo* (10%). Les tabloïds les attirent peu puisque *Sud Presse* ne recueille que 6%. La presse étrangère, côté quotidien, intéresse 12% d'entre vous concernant *Le Monde* et 5% *Le Figaro*. Mais, arrivé à ces

pourcentages-là, il n'y a plus que 21 médecins qui répondent.

De Standaard en tête en Flandre

Les médecins flamands lisent majoritairement *De Standaard* (57%), largement en tête. Vient ensuite *Het Nieuwsblad* (23%), *Het Laatste Nieuws* (21%), *De Morgen* (20%) et *De Tijd* (13%).

Quelle rubrique lisez-vous en particulier ? Sans différencier l'origine linguistique, la politique intérieure recueille le plus de suffrage (80%), suivi de la politique étrangère (77%), la science et la santé (72%), la culture et le temps libre (68%). L'économie et la finance

arrivent plus bas dans les scores (41%), les faits divers (39%) et le sport (35%).

Sur toutes les rubriques, les néerlandophones scorent de manière plus importante. Et des nuances se dégagent. Ainsi, la politique intérieure intéresse 86% des néerlandophones et seulement 69% des francophones. Les francophones sont un peu plus nombreux à préférer la politique étrangère (73% contre 69%), vraisemblablement la politique française.

Les médecins francophones sont 68% à apprécier les rubriques scientifique et santé, 62% la culture, 34% la finance, le sport (32%), les faits divers (30%).

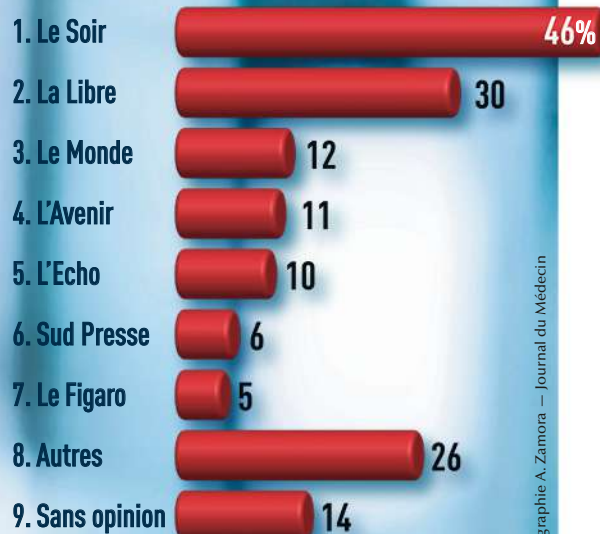
Voilà pour les quotidiens.

Le Vif-l'Express en baisse

Concernant les magazines, *Le Vif* et *Le Vif-week-end* remportent la palme puisqu'ils font respectivement 49 et 23%. Leur équivalent *Knack* et *Knack-Week-end* atteignent 39% et 28%. Le magazine économique également édité par Roularta (l'éditeur du *Journal du Médecin*) *Trends-Tendance* recueille 18% chez les Francophones et « seulement » 8% auprès des médecins flamands.



Quel quotidien lisez-vous ? Plusieurs réponses possibles



Côté quotidien, les francophones préfèrent *Le Soir* devant *La Libre* et loin devant *L'Avenir* et *L'Echo*.



Quel site internet médical francophone lisez-vous? Plusieurs réponses possibles

Notons les scores respectables de sans-opinion (14% des F et 10% des FL) et de ceux qui « ne lisent pas de magazine » (11% de francophones et 16% de Flamands). Seuls 3% des médecins sondés lisent *Le Point* qu'on voit pourtant dans de nombreuses salles d'attente.

Les temps de lecture sont moyens et assez semblables dans les deux groupes linguistiques : 28% lisent entre trois et quatre heures par semaine, 30% entre quatre et sept heures par semaine et 18% entre sept et 14 heures (qui correspond à près de deux heures par jour ce qui est considérable). 23% des francophones et 16% des néerlandophones lisent « rarement ou jamais » de magazines.

Rajeunissement

Rajeunissement oblige, les médecins sont plus nombreux à surfer sur internet. Entre trois et quatre heures pour 43% des Francophones et 39% des Flamands (et même 31% qui surfent entre quatre et sept heures). 9% surfent plus de deux heures par jour et seuls 5% des médecins surfent « rarement ou jamais ».

La lecture en ligne bat largement la lecture sur internet lorsqu'il s'agit des hauts temps de lecture (21% préfèrent internet entre sept et 14 heures de lecture-semaine et 12% VS 5% au-dessus de 14 heures). Par contre, pour les médecins plus « raisonnables » (entre trois et quatre heures de lecture par semaine), le papier est le préféré à internet (47% contre 31%).

Concernant les médias médicaux, on sera heureux de constater que le *journal du Médecin* est le préféré d'entre tous. Ainsi, www.lejournaldumedecin.com et son équivalent néerlandophone recueillent 51% des suffrages contre 28% pour *MediQuality*, 22% pour *Medi-sphère*, 22% pour *Le Spécialiste* et 16% pour *Medscape*. 17% ne lisent aucun média médical. Pour chacun des médias médicaux, internet vient en tête : par exemple, 60% VS 41% pour www.lejournaldumedecin.com.

Par type de médecins, notons que les médecins en formation ont manifestement moins de temps pour lire et surfer : ils sont



Parmi ceux qui se déclarent « actifs » sur les médias sociaux, Facebook tient la cote avec 87% loin devant le deuxième, LinkedIn (40%) et Instagram (33%).

29% des MG en formation à surfer sur le site du *jdM* mais tout de même 44% des médecins spécialistes en formation (sur leur iPhone au détour d'un couloir d'hôpital ?). Plus de la moitié des médecins spécialistes et des MG accrédités nous lisent. À noter que les médecins en formation sont moins représentatifs dans notre sondage (21 MG et 25 spécialistes).

En 2010, un sondage semblable donnait de bons scores au *Soir* et à *La Libre* (30 et 14% chez les spécialistes) mais il semble que ces deux journaux réputés « de qualité » aient encore plus la cote aujourd'hui. *Le Vif-l'Express* a par contre baissé par rapport à 2010 où 74% disaient l'avoir feuilleté au cours des quatre dernières semaines. En 2002, l'enquête *Qui êtes-vous Docteur* donnait carrément 53% au *Soir* et 22% à *La Libre*.

Musique

Les médecins ne téléchargent pas tellement de musique sur leur smartphone ou leur tablette : 63% ne le font pas. Un quart télécharge

légalement et 8% « illégalement ou légalement ». Les 25-34 ans et les 35-44 ans sont logiquement les plus geeks (52% et 56% de téléchargement, respectivement) VS les plus de 65 ans (21%).

Le streaming (tel Netflix, iTunes, Amazon, etc.) a la cote chez les jeunes : 70% des 25-34 ans streament pour seulement 23% des 65+.

Un peu de moins de la moitié (45%) des médecins sondés sont actifs sur les médias sociaux avec une différence entre Flamands (46%) et francophones (37%) et selon la tranche d'âge : de 85% auprès des 25-34 ans à 27% pour les 65+ et 50% exactement pour les 45-54 ans. Remarquable : 92% des médecins spécialistes en formation y sont actifs pour seulement 41% des MG en formation. La différence n'est pas aussi nette pour les médecins agréés : 47% des spécialistes et 40% des MG.

Facebook arrive en tête avec 49% d'amateurs au total, suivie de LinkedIn (24%) et Instagram (19%). Notons aussi 34% de sans opinion. Instagram, s'adressant aux jeunes, il n'est pas étonnant d'y retrouver plus de spécialistes en formation (44%) et de jeunes (50% quasi des 25-34 ans et seulement 5% des 65+). Parmi ceux qui se déclarent « actifs » sur les médias sociaux, Facebook tient la cote avec 87% loin devant le deuxième, LinkedIn (40%) et Instagram (33%).

Nicolas de Pape

Dossier médical : déléguer aux autorités ou gérer soi-même ?

La majorité des médecins (64% des spécialistes et 52% des généralistes) sont favorables à ce que les autorités développent pour eux un logiciel pour la gestion des données médicales.

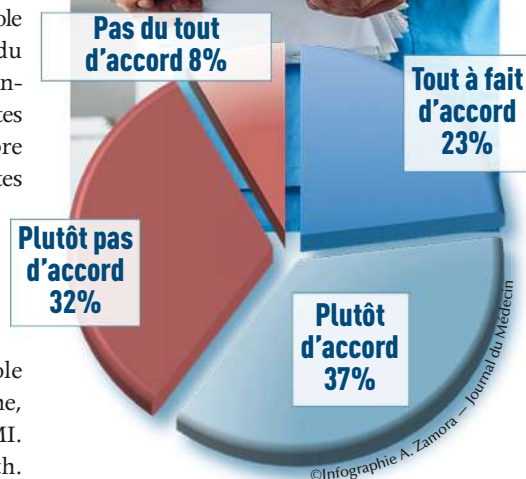
Les hôpitaux doivent investir beaucoup dans l'achat ou le développement d'un dossier patient informatisé (DPI). Les généralistes sont dépendants des développeurs pour utiliser (à temps) les services d'e-health dans leur dossiers médicaux informatisés (DMI). Les logiciels DMI pour généralistes pourraient devenir plus onéreux. Le prix du plus important pack a ainsi augmenté subitement en 2017. Quand un *progiciel* disparaît du marché, la migration vers de nouveaux *softwares* est problématique, tout comme le risque de perte de données du patient. Les autorités pourraient proposer gratuitement un pack compatible avec leurs propres services. Voilà une solution sûre et certainement moins coûteuse. Reste à savoir si les médecins apprécieront que les autorités aient le monopole en la matière.

Le paysage informatique est en pleine évolution. Un DMI règne en maître chez les généralistes. Sa présence sur le marché augmente d'ailleurs encore. Au Sud, on

crainait le monopole. Qui plus est un monopole flamand, puisque ce produit provient du nord du pays. Chez les généralistes francophones, 65% estiment que les généralistes devraient plutôt développer leur propre dossier médical informatisé. Les spécialistes francophones sont parfaitement divisés sur la question (50%-50%). Les médecins flamands y voient une évolution exagérée : 56% sont contre (53% des généralistes et 60% des spécialistes). Certains généralistes ont pourtant déjà joint la parole au geste, puisqu'une coopérative wallonne, Medispring, a développé son propre DMI.

Les autorités belges contrôlent e-health. Il y a dix ans régnait encore une certaine méfiance dans le chef des médecins, puisque 60% estimaient que la plateforme fédérale dédiée à e-health n'offrait pas suffisamment de garanties en matière de protection de la vie privée du patient. Aujourd'hui, la plupart des médecins préfèrent pourtant laisser e-health aux mains des autorités. Parmi eux, 67% désapprouvent l'idée que

Le règlement général sur la protection des données (RGPD) est une mauvaise chose, car il engendre un surcroît de bureaucratie.

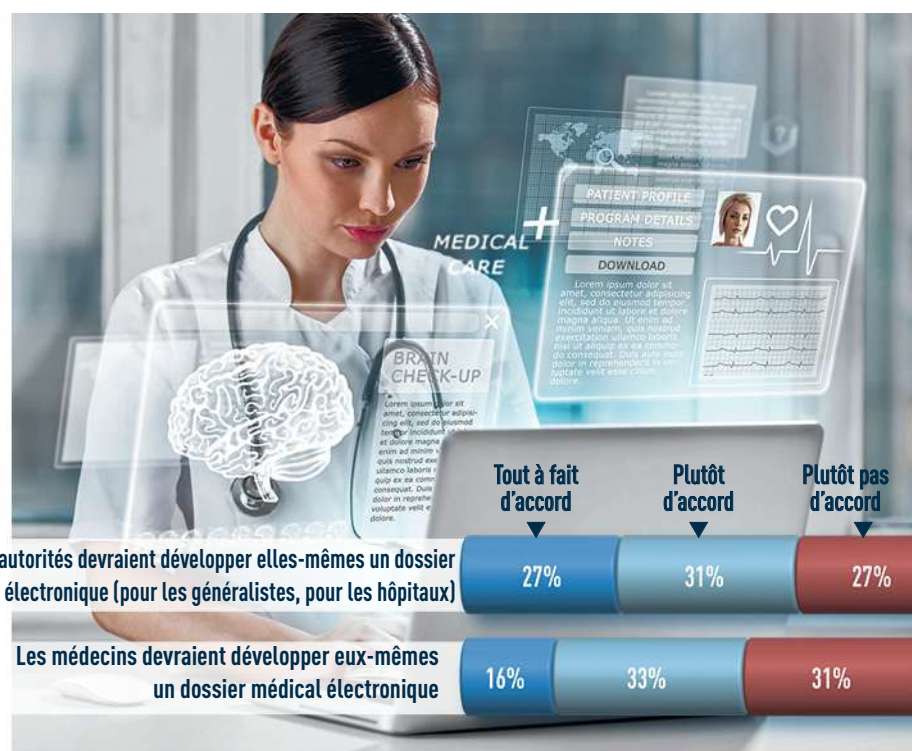


des entreprises privées s'emparent des services de la plateforme e-Health. Surtout les généralistes d'ailleurs (71% contre 63% des spécialistes), et surtout les francophones (71% Vs 65% du côté flamand). Quant aux médecins en formation, ils sont à 76% favorables.

Protection de la vie privée

Les médecins trouvent que le Règlement général sur la protection des données (RGPD) présente de bons et de mauvais côtés. Des bons, parce qu'il permet de protéger la vie privée du patient. C'est en tout cas l'avis de 71% des médecins francophones. Les néerlandophones sont plus sceptiques en la matière, même si 54% sont partiellement ou entièrement favorables au RGPD. Les spécialistes se montrent un peu plus convaincus que les généralistes (62% contre 58%). Les médecins en formation (86% des MGF et 92% des MSF) sont de grands défenseurs du RGPD. Les médecins flamands (64%) craignent davantage la bureaucratie liée au RGPD que les francophones (53%).

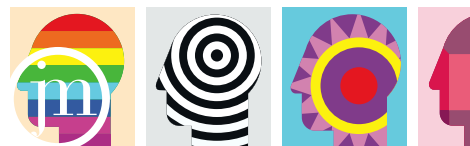
W.Co.



Les autorités devraient développer elles-mêmes un dossier médical électronique (pour les généralistes, pour les hôpitaux)

Les médecins devraient développer eux-mêmes un dossier médical électronique

(*) EMD = elektronisch medisch dossier (huisartsen); EPD = elektronisch patiëntendossier (ziekenhuisartsen)



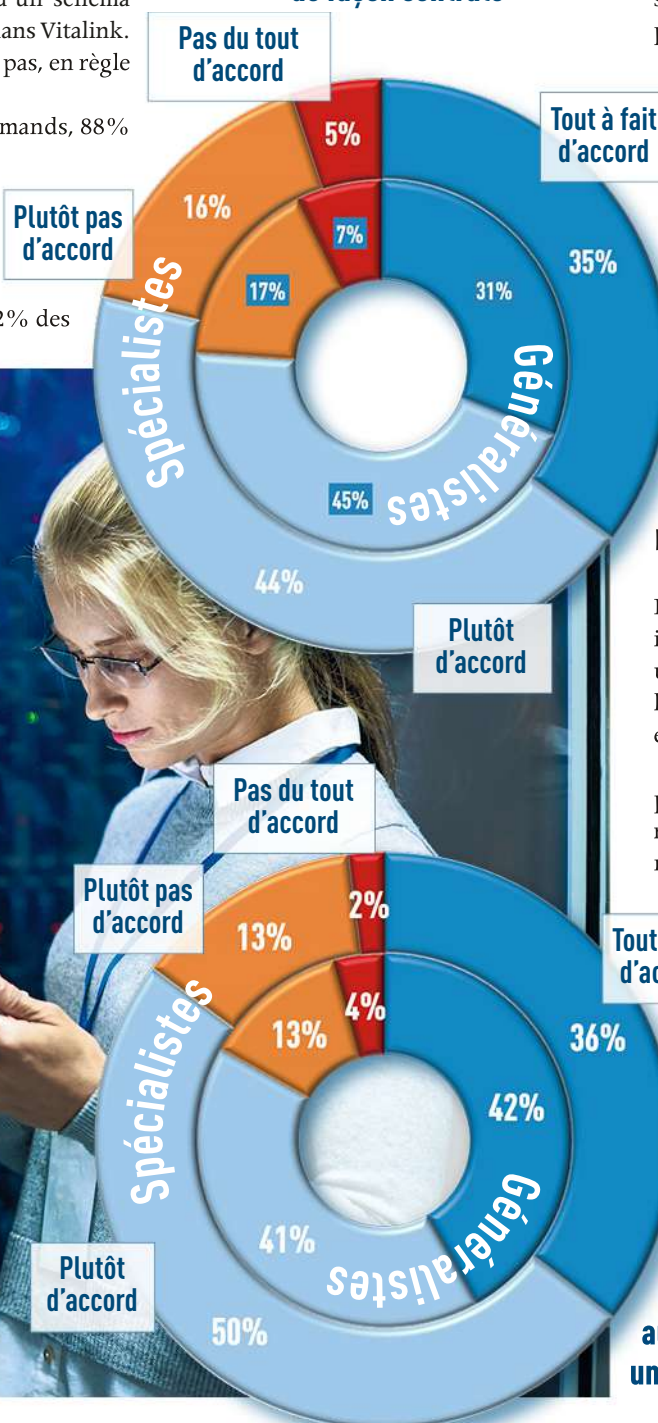
Un partage inéluctable des données médicales

Les spécialistes sont demandeurs d'une consultation mutualisée des Sumehr : 85% estiment que cela doit être une priorité dans les urgences et les hôpitaux, ce qui n'est pas encore le cas partout.

Par ailleurs, 78% des spécialistes pensent qu'un schéma de médication centralisé devrait être la norme. En octobre 2018, 700.000 patients flamands disposaient déjà d'un schéma de médication électronique dans Vitalink. Toutefois, les hôpitaux n'ont pas, en règle générale, accès à celui-ci.

Quant aux généralistes flamands, 88% qualifient de très importante la possibilité pour la deuxième ligne de consulter le Sumehr. Un schéma de médication devrait être accessible à tous, estiment 82% des

Il faudrait généraliser le principe d'un schéma de médication pour le patient pour qu'il soit accessible de façon centrale



généralistes et vraisemblablement 92% des assistants en formation. L'enthousiasme se fait plus discret chez les francophones, et ce tant chez les généralistes (généralisation du schéma de médication : 65% « pour » ; Sumehr prioritaire : 76% « pour ») que chez les spécialistes (64%-78%).

D'aucuns pourraient s'étonner que l'intérêt pour le partage du Sumehr soit moindre chez les généralistes que chez les spécialistes. Les premiers se donnent la peine de produire un Sumehr ; pourquoi ne pas l'utiliser ? Toutefois, ce dossier renvoie aussi à des questions de responsabilité. A qui incombe la faute en cas de problème ?

On peut s'attendre à ce qu'un schéma centralisé de médication ne fasse que renforcer la communication entre la première et la deuxième ligne. Il suffit de penser à la prescription médicamenteuse (et les changements dans celle-ci) lors de l'hospitalisation du patient et à son départ pour s'en convaincre. Pourquoi la généralisation du schéma de médication intéresse-t-elle moins les généralistes ?

Frustrations et conflits

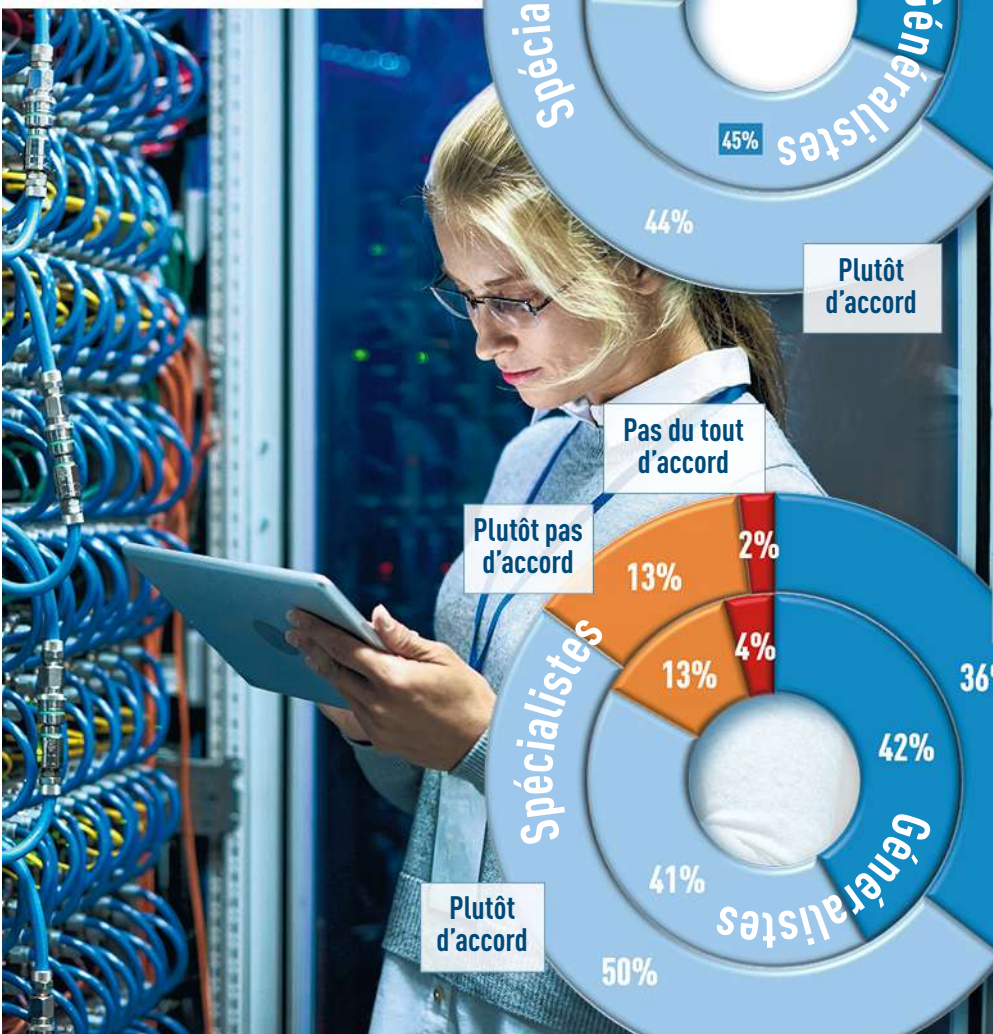
Il y a deux raisons potentielles à cela. Pour partager un schéma de médication, il faut des accords clairs entre les différents utilisateurs, pour éviter les frustrations et les conflits, comme ce fut parfois le cas entre les généralistes et les pharmaciens.

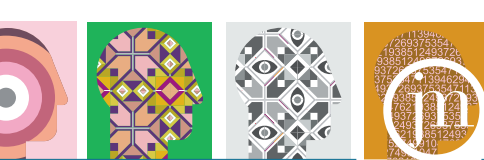
Par ailleurs, les généralistes donnent peut-être une autre signification à la généralisation du schéma de médication, qui ne concerne souvent que les patients atteints de maladies chroniques. Le schéma de médication doit-il être rédigé pour chaque patient ? C'est une autre question.

Une chose est sûre : les nouvelles possibilités qu'apporte l'e-health se généraliseront de toute façon. Les débats actuels portent surtout sur leur implémentation.

W.Co.

Ouvrir l'accès au Sumehr aux services d'urgence et aux médecins hospitaliers est une priorité





Qui surveille les données-patients ?

Les autorités gardent en main la gestion de l'e-santé, mais ce n'est pas à elles de jouer les développeurs – un avis partagé aussi bien par Frank Robben de la plateforme eHealth que par le Dr Herwig Van Pottelbergh, généraliste à Halle et expert-utilisateur des outils d'e-santé, qui ont accepté de réagir aux résultats de notre enquête.

Ce n'est pas aux pouvoirs publics de développer des logiciels médicaux, estime Frank Robben, le big boss de la plateforme eHealth fédérale. « Les médecins auraient tôt fait de critiquer un outil mis au point par les autorités. Celles-ci

Cela inciterait les firmes privées à améliorer encore leurs propres produits. » Une telle entreprise n'est toutefois pas sans risques, car l'évolution technologique est extrêmement rapide – c'est d'ailleurs pour cela que des suites de logiciels destinées aux généralistes

pas cinq minutes avant que vous ne voyiez passer une publicité pour un glucomètre. La plateforme eHealth veille à ce que le stockage des données (encryptées) puisse être séparé de la gestion des clés de décodage. » Pour les serveurs de l'eHealthbox, le contenu des e-mails est par exemple inextricable.

« Pour moi, il est devenu plus important de savoir qui gère les données que de savoir qui produit les logiciels », souligne le Dr Van Pottelbergh. Les données du DMI sont aujourd'hui stockées dans le nuage par le producteur – elles sont donc bien conservées, mais pas au niveau du médecin lui-même. « Mais si je choisis de changer de logiciel, est-ce que je peux les emmener avec moi ? Et les firmes, ont-elles accès aux données-patients ? Ne vaudrait-il pas mieux stocker celles-ci de façon centralisée, à un endroit où elles seraient par exemple aussi accessibles aux médecins hospitaliers qui sont amenés à voir le patient ? »



Schéma de médication et Sumehr

Pour le Dr Van Pottelbergh, les résultats concernant le schéma de médication et le SumEHR sont certes une excellente nouvelle, mais pas vraiment une surprise. Les généralistes ont toutefois découvert entre-temps à quel point le schéma de médication était complexe. « Nous avons vraiment sous-estimé ce point. Celui du médecin diffère de ceux du pharmacien, de l'infirmier à domicile et du patient lui-même, et la version partagée devrait disposer d'une « couche » distincte pour chaque utilisateur. » Le SumEHR, lui, c'est la vitrine du généraliste. « Et il a tout intérêt à ce que la qualité soit au rendez-vous. »

Le règlement de protection des données

Le nouveau règlement européen passe un peu à côté de son objectif, estime encore Frank Robben. Il a en effet été élaboré en fonction de multinationales comme Google, Facebook ou Amazon. « Ce texte qui a aujourd'hui force de loi dans tous les pays de l'UE aurait dû être limité à ces entreprises. Pour des structures telles que les hôpitaux ou les cabinets médicaux, une directive européenne que chaque État puisse adapter à sa situation propre eût été préférable. »

Frank Robben : « La plateforme eHealth veille à ce que le stockage des données (encryptées) puisse être séparé de la gestion des clés de décodage. »

sont là pour assurer la promotion de directives de bonne pratique, pour fournir des outils EBM... mais si un logiciel se mêle de dire aux médecins quels examens prévoir ou quel suivi mettre en place pour un traitement donné, ils vont forcément se demander où est passé leur liberté thérapeutique. Les soins de santé ne sont pas un système complètement uniformisé. » Les entreprises privées répondront aussi beaucoup plus rapidement à la demande des utilisateurs, renchérit le Dr Van Pottelbergh.

Le généraliste juge par contre bon que les médecins s'efforcent de développer eux-mêmes un dossier médical électronique. « Les généralistes francophones sont les premiers à se lancer et j'espère de tout cœur que leurs efforts conjoints déboucheront sur un bon DMI.

disparaissent régulièrement du marché. « Pour continuer à suivre les exigences du marché, il faut aussi disposer de sérieux moyens financiers. »

Entreprises privées et gestion des données

La plateforme eHealth a développé des systèmes pour contrôler l'« authenticité » de l'utilisateur, surveiller l'accès aux données, les encrypter en toute sécurité, etc. Les entreprises privées, elles, proposent un dossier-patient et assurent un enregistrement des données sécurisé... mais elles en conservent aussi elles-mêmes la clé. Leurs bénéfices proviennent en effet du marketing, souligne Frank Robben. « Si vous mentionnez dans ce dossier que vous êtes diabétique, il ne se passera

Wouter Colson



Croisière au fil du DANUBE avec Le journal du Médecin

**Du 5 au 16 octobre 2019
(12 jours – 11 nuits)**

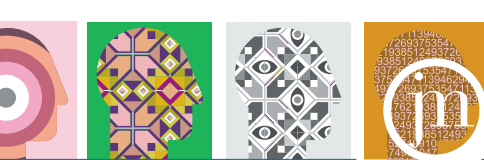
Les points forts de cette croisière

- Exclusivement réservée aux lecteurs du Journal du Médecin
- Traversée de l'Europe centrale et de son histoire
- Les visites de Passau, Melk, Vienne, Bratislava, Budapest, Belgrade et Bucarest incluses
- Un bateau élégant au confort optimal
- Conférencier avec vous à bord
- Equipe du Journal du Médecin à votre service pendant le voyage
- Départ et retour de Bruxelles



PROGRAMME SCIENTIFIQUE :
en cours de préparation. L'accréditation sera demandée.

Pour plus d'information, contactez Rivages du Monde
info@rivagesdumonde.be ou par téléphone : 02 899 75 45



Une bonne transmission des rapports

On entend régulièrement des médecins traitants se plaindre de ne pas recevoir assez rapidement les informations des médecins hospitaliers. Est-ce une idée reçue ? Notre enquête révèle que globalement la transmission de rapports et de dossiers entre les différentes lignes de soins se passe plutôt bien.

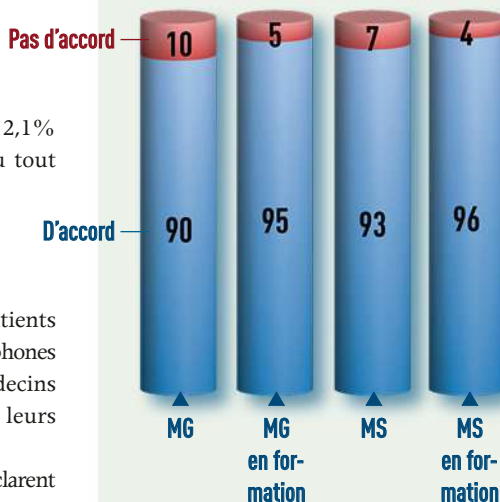
Sept médecins sur dix (76,2%) estiment qu'ils sont informés à propos des patients qu'ils réfèrent dans un hôpital. Les médecins néerlandophones ont nettement plus ce sentiment que les francophones (81% Vs 69%).

86% des médecins déclarent qu'ils reçoivent les rapports hospitaliers de leurs patients. Là aussi, on constate une légère différence Nord/Sud. Seuls 3,2% des répondants francophones et 2,1% des néerlandophones ne sont pas du tout d'accord avec le fait qu'ils reçoivent les rapports hospitaliers de leurs patients.

Neuf répondants sur dix considèrent qu'ils informent toujours soigneusement les médecins traitants à propos des patients qu'ils envoient. Les médecins néerlandophones sont davantage convaincus que les médecins francophones qu'ils informent bien leurs confrères (95% à 85%).

La majorité des répondants (87%) déclarent être «tout à fait d'accord» ou «plutôt

J'informe toujours soigneusement les médecins traitants à propos des patients qu'ils m'envoient



d'accord» avec le fait qu'ils envoient toujours un rapport d'hospitalisation au médecin traitant.

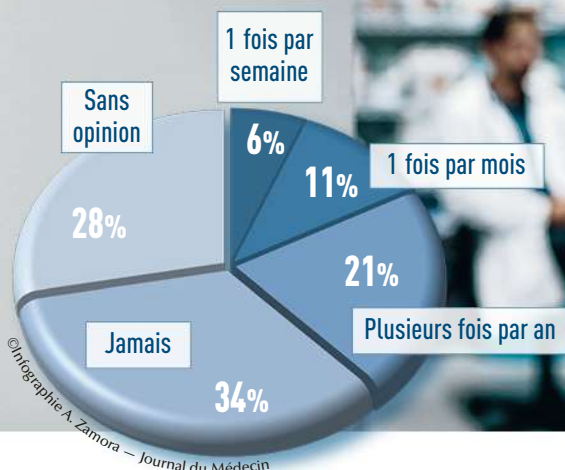
La fin du courrier postal

On ne se s'étonnera pas d'apprendre que sept répondants sur dix estiment que le courrier postal a fait son temps pour l'échange de résultats ou de rapports médicaux. Un petit retour en arrière, nous permet de rappeler qu'en 2010, 80% des spécialistes et 82% des généralistes déclaraient dans notre précédente enquête *Qui êtes-vous docteur ?* encore utiliser le courrier classique pour envoyer leurs dossiers et protocoles. Un tiers des répondants utilisaient également le courrier électronique et faisaient appel à une société spécialisée dans la transmission de dossiers médicaux. Cette dernière façon d'envoyer des rapports semble être bien passée de mode. L'utilisation généralisée du courrier électronique et les problèmes de mobilité ont sans doute provoqué la perte des petites sociétés de courrier et de taxi-colis qui sillonnaient il y a encore quelques années les rues pour transmettre rapidement les résultats d'examen.

Vincent Claes



A quelle fréquence avez-vous en tant que MG une concertation avec un pharmacien au sujet des patients chroniques détenteurs d'un DMG ?



Une concertation médico-pharmaceutique à parfaire

Quid des relations entre les généralistes et les pharmaciens ? A quelle fréquence se concertent-ils au sujet des patients chroniques détenteurs d'un DMG ? Les réponses sont très variées. 6% des répondants se concertent avec un pharmacien « une fois par semaine », 11% au moins une fois par mois, 21% plusieurs fois par an et 34% jamais. Notons que 28% des répondants n'ont pas d'avis sur le sujet. Ce qui est également une info remarquable en soi.



Qui êtes-vous Dr De Block?

Depuis le dimanche 9 décembre, et la démission des ministre N-VA du gouvernement Michel 1^{er}, Maggie De Block gère trois portefeuilles : les Affaires sociales, la Santé publique et l'Asile et la Migration. Les deux premières compétences pèsent lourd dans le budget de l'État et la troisième est particulièrement sensible. Jusqu'au 26 mai 2019, la plus célèbre des généralistes devrait porter ces trois casquettes. Globalement elle devrait gérer 116 milliards en 2019.

Ministre des Affaires sociales

■ Ministre depuis le 11 octobre 2014

Ministre de Santé publique

- Ministre depuis le 11 octobre 2014
- Budget à gérer : 26,5 milliards d'euros (budget 2019)

Ministre de l'Asile et la Migration

- Ministre depuis le 9 décembre 2018
- Poste déjà assuré entre le 6 décembre 2011 et le 10 octobre 2014 (Gouvernement Di Rupo)

Médecin généraliste

- Docteur en médecine, chirurgie et obstétrique – avec grande distinction (VUB) - 1988
- Médecin généraliste agréé - 1991 (VUB)
- Née le 28 avril 1962, à Merchtem

Fervents visiteurs de musées

Les médecins aiment parler d'art de guérir lorsqu'ils évoquent leur branche. Ce lien qu'ont les médecins avec l'art ressort également des résultats de notre enquête.

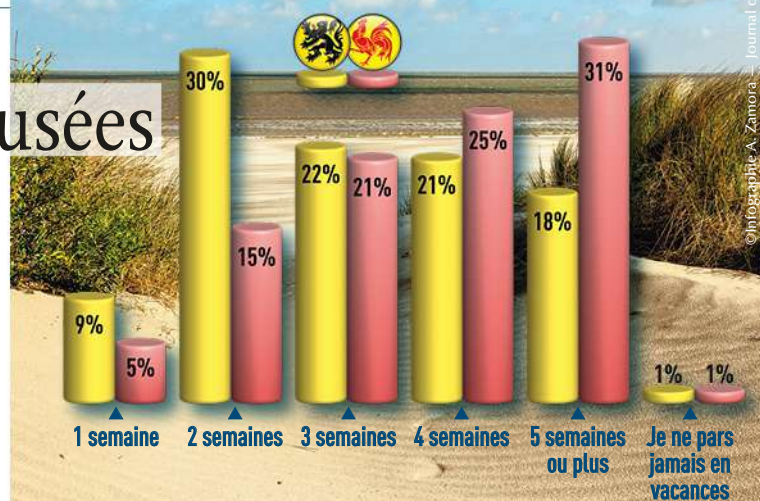
Indépendamment du fait que les médecins aiment aller à une réception – plus de la moitié plusieurs fois par an, et les néerlandophones nettement plus (62%) que les francophones (40%) –, les activités culturelles sont clairement leurs activités préférées : pas moins de 69% des médecins se rendent plusieurs fois par an au musée. Quelque 56% vont plusieurs fois par an au cinéma, 56% à un concert et 43% au théâtre. Par contre, assister à des compétitions sportives est une activité à laquelle ils s'adonnent nettement moins : seul un quart des médecins va voir des matches plusieurs fois par an et 64% jamais ! C'est quand même étonnant.

Notre enquête précédente, qui datait de 2010, avait été intitulée : « Plutôt le sport que la culture ». À l'époque, environ la moitié des médecins n'allaient jamais au musée ou au cinéma, et trois quarts n'allaient même jamais au théâtre. Encore un autre glissement à noter : en 2010, les médecins francophones

obtenaient des scores presque deux fois plus élevés que les néerlandophones en termes de consommation culturelle. Un retard que le nord du pays a clairement rattrapé. On peut parler d'un choc culturel. Une autre tendance frappante : les femmes vont nettement plus à des réceptions, au cinéma, au théâtre ou à un concert, mais nettement moins au musée ou à un match.

Si nous partons du principe que les médecins aiment visiter une expo, aller au cinéma ou assister à une pièce de théâtre, la culture représente en 2018 une large part de leurs loisirs. Un autre élément qui ressort de cette enquête est que c'est apparemment tout ou rien. Plus de la moitié des médecins ne vont jamais au théâtre, 37% ne vont jamais à un concert, 35% ne vont jamais au cinéma et 25% ne vont jamais au musée. Un autre enseignement est que près de deux médecins sur trois indiquent ne jamais aller voir un

Combien de temps êtes-vous en voyage chaque année ?



match. Il semble donc que l'on pourrait retourner le titre de la dernière fois : « Plutôt la culture que le sport ». On peut donc parler d'un changement au niveau des comportements. À la page suivante, nous reviendrons de manière plus étendue sur le vécu du sport et la pratique sportive.

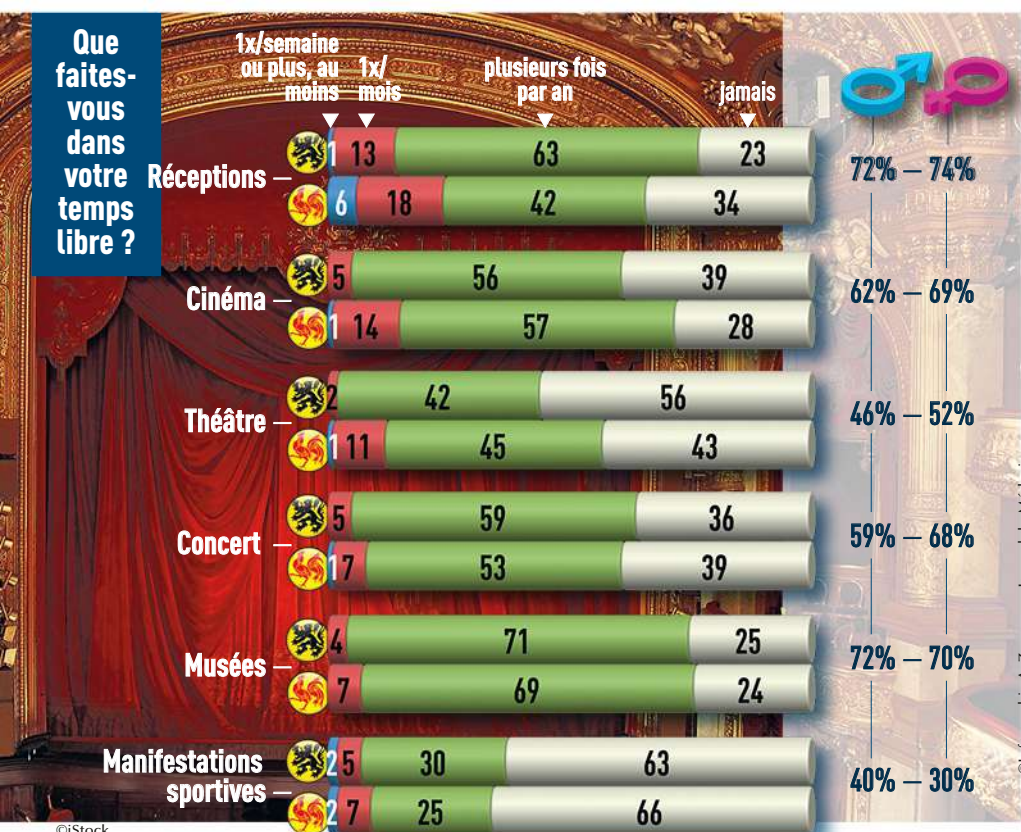
Oui aux voyages, et plusieurs fois par an !

Il n'est toutefois pas possible de vivre constamment sous pression. Les médecins en sont tout à fait conscients en ces temps de burn-out. Ils aiment voyager : plus de deux tiers (67%) partent en voyage trois semaines ou plus par an, 46% quatre semaines ou plus et 23% – soit près d'un quart – cinq semaines ou plus.

À noter ici aussi l'attitude différente au nord et au sud de la frontière linguistique : en Flandre, 29% partent deux semaines par an en voyage, contre à peine 15% côté francophone. Par ailleurs, près d'un tiers des francophones partent cinq semaines ou plus en vacances, contre 18% des néerlandophones. Enfin, moins de 1% des médecins ne partent jamais en voyage.

Autre constat frappant : parmi les médecins qui partent plusieurs fois par an en vacances, pas moins de 95% des médecins partent en vacances en Europe, 54% en dehors de l'Europe, près de la moitié en Belgique. Une différence notable de comportement s'observe pour les vacances passées en Belgique, avec près de deux tiers des médecins francophones qui optent pour cette formule contre à peine 38% des médecins du Nord.

Enfin, parmi les médecins qui possèdent une deuxième résidence, 64% optent pour la Belgique, dont 45% pour la côte belge : 55% pour les néerlandophones, 29% pour les francophones. Ensuite, la France arrive sur la deuxième marche du podium avec plus de 21%, suivie de l'Espagne avec 8%.



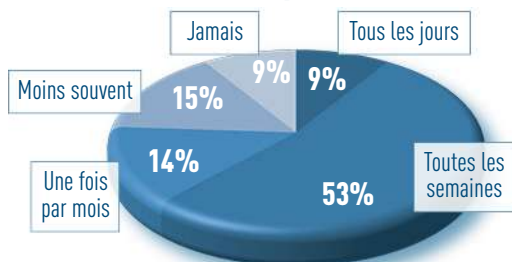


Les hommes font du vélo, les femmes du jogging

Dans l'ensemble, les médecins semblent prendre au sérieux le principe du mens sana in corpore sano, puisqu'ils sont 53 % à faire du sport toutes les semaines. Lorsqu'on y ajoute les 14 % qui en font plusieurs fois par mois, ce sont deux tiers de la profession qui exercent une activité physique régulière : un très joli résultat !

L'activité sportive des médecins semble assez similaire au nord et au sud du pays. Tout au plus les Flamands sont-ils un brin plus fanatiques lorsqu'il s'agit de faire du sport au quotidien : ils sont 10 % à s'astreindre à cette routine, contre 7 % « seulement » des francophones.

À quelle fréquence faites-vous du sport ?



Peu de différences également entre les sexes, quoique les femmes médecins fassent globalement un peu plus de sport que leurs collègues masculins ; si ces derniers sont tout de même 10 % à déclarer ne pas en faire du tout, ce n'est par exemple le cas que pour 7 % de ces dames. Lorsqu'on examine les résultats par groupe d'âge, on constate non sans une certaine surprise que les plus de 65 ans sont les plus nombreux (11 %) à faire du sport au quotidien ; lorsqu'on y ajoute les 46 % qui en font toutes les semaines, on parvient à un total de 57 % de sportifs réguliers dans ce groupe d'âge. C'est parmi les jeunes collègues (25-34 ans) que l'on trouve le moins de sportifs quotidiens (5,3 % à peine), ce qui s'explique vraisemblablement par les contraintes liées à leur activité débutante ou à leurs horaires à l'hôpital.

Fait amusant, 64 % des médecins déclarent ne jamais assister à des compétitions sportives : manifestement, la profession est convaincue qu'il est plus utile et plus sain de faire du sport que de regarder transpirer les autres ! À choisir, ils semblent aussi préférer les réceptions aux événements sportifs, puisqu'ils ne sont que 27 % à ne jamais s'y rendre.

Des différences frappantes entre les sexes

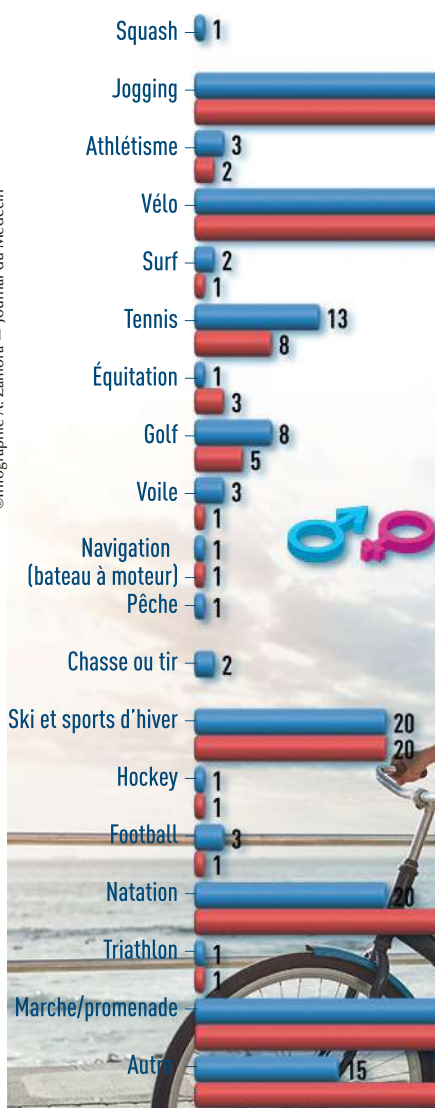
Il est également intéressant de savoir quels sont les sports favoris des médecins... et non, le football n'en fait pas

partie, puisqu'ils ne sont que 2,2 % (3,3 % des hommes et 0,7 % des femmes) à taper de temps en temps dans le ballon. La moitié font de la marche ou du vélo ; suivent le jogging (29 %), la natation (24 %), le ski (20 %), le tennis (11 %) et le golf (6,7 %). La pêche, elle, semble complètement passée de mode : à peine 0,4 % du corps médical – exclusivement des hommes – s'installe volontiers au bord de l'eau en attendant que ça morde.

S'agissant du choix de la discipline sportive, il se dessine entre les sexes de nettes différences. Ainsi, les hommes sont 59 % à faire du vélo, les femmes 40 % ; ces dernières lui préfèrent le jogging, pratiqué régulièrement par une consœur sur trois et un confrère sur quatre. Les femmes médecins sont aussi plus nombreuses à faire de la marche (54 % Vs 48 % chez les hommes), de la natation (29 % Vs 20 %) et même de l'équitation (2,9 % Vs 1,3 %). Le ski, lui, semble plutôt se faire en famille, puisqu'il est pratiqué par environ 20 % des médecins des deux sexes – et c'est manifestement un sport passablement populaire dans la profession, puisque près d'un tiers (30 %) de nos répondants étaient partis au ski au cours de l'année écoulée.

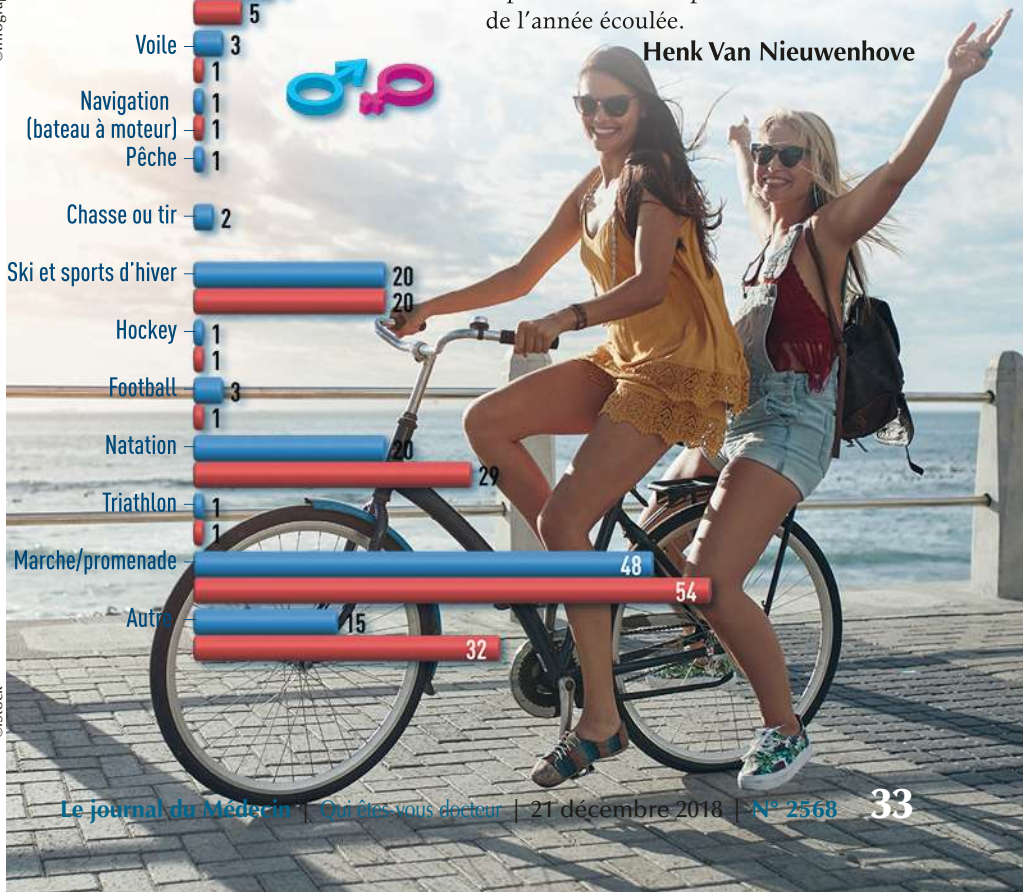
Henk Van Nieuwenhove

Homme vs femme – %



©Infographie A. Zamora – Journal du Médecin

©iStock





Une brique dans le ventre

Presqu'un médecin sur deux a sa villa. Et pas n'importe quelle villa. Puisque un quart des répondants possèdent un bien dépassant les 550.000 euros. Après tout, c'est bien connu : le Belge a une brique dans le ventre. Et le médecin belge ne déroge pas à la tradition.

On l'a dit : près de la moitié des médecins vivent dans une villa (47%). Ils ne sont que 18% à partager un mur de leur maison avec des voisins. Les néerlandophones (49%) sont légèrement plus nombreux à préférer vivre dans une quatre-façades que leurs confrères francophones (43%). Au sud du pays, si le médecin préfère tout de même la villa, il opte en second lieu pour la maison mitoyenne (20%). On peut imaginer là une quantité non négligeable de médecins bruxellois, notamment, la capitale ne regorgeant pas de villas abordables à chaque coin de rue.

Pas chasseurs d'appart'

Les appartements sont logiquement délaissés : les médecins ne sont que 4% à choisir ce lieu de vie dans une maison et à peine plus (7%) dans un immeuble. Il faut dire que plus d'un tiers des médecins (37%, généralistes et spécialistes confondus) ont adossé leur pratique à leur domicile. C'est moins qu'il y a huit ans où la majorité des cabinets de

consultation se retrouvait au domicile des médecins (56%).

On notera que les francophones (44%) sont davantage friands que les néerlandophones (33%) à vouloir pratiquer de la sorte.

Une belle plus-value

Sans surprise, plus de neuf médecins sur dix sont propriétaires (91%). Près d'un médecin généraliste en formation sur deux a déjà un logement (48%) pour un spécialiste sur trois (33%).

Propriétaire, d'accord, mais d'un bien de quelle valeur ? Les médecins sont 95% à déclarer connaître la valeur de leur maison. Et un quart estime posséder un bien immobilier de plus de 550.000 euros. Seuls 6% des médecins possèdent un bien de moins de 250.000 euros (voir graphique). On constatera également que les néerlandophones ont, de manière générale, un patrimoine immobilier d'une plus grande valeur que leurs homologues francophones. Rien d'étonnant quand on connaît le paysage de l'immobilier en Belgique, les prix étant

généralement plus élevés en Flandre qu'en Wallonie.

Ces chiffres constituent une belle plus-value pour la plupart des médecins par rapport à 2010. À l'époque, 19% « seulement » déclaraient posséder un bien d'une valeur de plus de 450.000 euros, et 20% un bien en dessous de 250.000 euros.

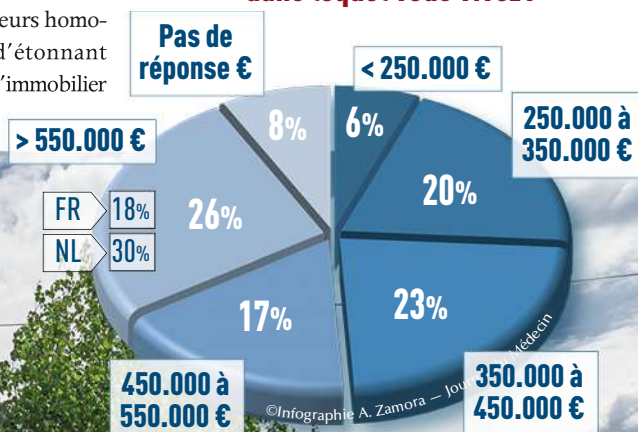
Différences par spécialité

Il n'y en a pas pour ainsi dire. La différence se fait plutôt logiquement entre médecins en formation et médecins formés. Les jeunes médecins, ayant moins les moyens de s'octroyer une villa, choisissent un appartement.

Pourtant, il y a des différences entre généralistes et spécialistes en formation. Ces derniers sont plus enclins à vivre dans un appartement (52%) que leurs collègues généralistes (33%). Même en formation, un généraliste sur cinq (19%) profite d'une villa contre moins d'un spécialiste sur vingt (4%).

Laurent Zanella

À quel montant estimeriez-vous la valeur du logement dans lequel vous vivez ?



Rédacteur en chef

Vincent Claes - ☎ 02-702.70.44 — vincent.claes@roularta.be

Senior Writer

Nicolas de Pape - ☎ 02-702.70.66 — nicolas.de.pape@roularta.be

Secrétaires de rédaction et rédacteurs

Carole Stavart - ☎ 02-702.70.80 — Carole.Stavart@roularta.be

Laurent Zanella - ☎ 02-702.70.62 — Laurent.Zanella@roularta.be

Collaborateurs

Dr J. Andris, V. Caerels, Dr Ph. Caspar, Wouter Colson, Dr J.-M. Debry, D. De Poot, Iris Einhorn, Stefan Eraly, Jérôme Havet, Guy Legrand, Julie Luong, O. Maloteaux, Emily Nazionale, Bernard Roisin, Luc Ruidant, Emmanuèle Sandron, Dr P. Sténier, Henk Van Nieuwenhove, Philippe Van Someren, Ludwig Verdun, Michèle Langendries, Martine Versonne, Philippe Lambert

Photographie Belga Image

Art director & chef de production

Viviane Claes — viviane.claes@roularta.be

Lay-out

Philippe Ossemann, Helga Orinx, Antonio Zamora

Impression

Roularta Printing

Petites annonces et Offres d'emploi

Guido Marit — ☎ 02-702.70.29 — guido.marit@roularta.be

Abonnement annuel

120 € — ☎ 078-35.33.13

Changement d'adresse : veuillez informer notre service abonnement à l'adresse info@abonnements.be en mentionnant vos ancienne et nouvelle adresses.

Les articles, les photos, les dessins et autres illustrations de la partie rédactionnelle du Journal du médecin ne comportent pas de publicité; les mentions d'entreprises ou de produits le sont à titre documentaire. Les articles, les photos et dessins les illustrant ainsi que les opinions et les publicités paraissent sous la seule responsabilité de leurs auteurs/annonceurs. Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous les procédés sont réservés pour tous pays.

Département commercial

Sales manager

Michèle Veys — michele.veys@roularta.be

Account managers

Charlotte Boel - ☎ 0474-10.07.08 — charlotte.boel@roularta.be

Anne Piret - ☎ 0478-20.61.29 — anne.piret@roularta.be

Els Stevens - ☎ 0474-13.21.03 — els.stevens@roularta.be

Corry Bas - ☎ 0471-58.40.86 — corry.bas@roularta.be

Le journal du Médecin

est une publication de

Roularta HealthCare

Rue de la Fusée 50 bte 14 - 1130 Bruxelles

Directeur médical

Dr Jean-Luc Schouvelier

Directeur de la rédaction

Geert Verrijken

Communication & promotion manager

Mireille Pijck - ☎ 02-702.71.65 — mireille.pijck@roularta.be

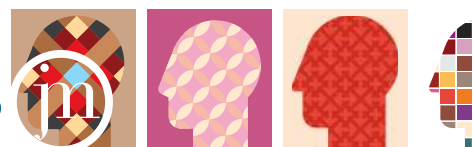
Operations Manager

Virginie Meysmans - ☎ 02-702.70.30 — virginie.meysmans@roularta.be

Directeur des éditions — Guido Van Hoeck

Editeur responsable — Sophie Van Iseghem

Digital manager — Jorgen Vanderdood — jorgen.vanderdood@roularta.be



Profil et méthodologie

Au total, 2.259 médecins ont répondu à notre questionnaire, dont 62 % de néerlandophones et 38 % de francophones.

Notre échantillon est composé presque à parts égales de généralistes (52 %) et de spécialistes (48 %), dont environ 2 % en formation d'un côté comme de l'autre.

La participation à notre enquête reflète aussi clairement la féminisation du corps médical : cette année, « seulement » 60 % de nos répondants étaient des hommes, alors que cette proportion atteignait encore 70 % lors de la précédente édition, en 2010.

Dans notre échantillon, plus de huit médecins sur dix sont mariés ou vivent en couple, 15% sont célibataires et 4% font partie d'une famille recomposée.

Il est également frappant de constater que plus de la moitié (53%) n'ont pas d'enfants à charge ; parmi les 47% restants, la majorité en ont deux (40%). Moins d'un médecin sur dix en élève plus de trois.

Méthodologie

L'enquête *Qui êtes-vous, docteur ?* a été diffusée dans le courant du mois de septembre avec le Journal du médecin et son pendant flamand *de Artsenkrant*,



©iStock

Les 55-64 ans constituent le groupe le plus important (31 %), suivis par les 45-54 ans et les plus de 65 ans (21 % dans les deux cas) puis, à quelque distance, par les jeunes générations avec 14 % de 35-44 ans et 13 % de 25-34 ans. Les plus jeunes sont toutefois sensiblement mieux représentés côté néerlandophone, avec 17 % de répondants contre seulement 8 % dans le sud du pays.

mais aussi au travers de leurs sites internet www.lejournaldumedecin.be et www.artsenkrant.com. Le délai de participation se terminait le 30 octobre. Un peu plus de la moitié des répondants (52 %), majoritairement des néerlandophones, ont complété l'enquête en ligne ; les autres nous l'ont retournée sous format papier. Pour traiter les résultats, nous avons utilisé un échantillon pondéré de 1.000 questionnaires entièrement complétés.

insulin degludec / liraglutide
[rDNA origin] injection

Xultophy® 1 fois par jour¹

Taking progress a step further

avec supériorité confirmée vs insuline glargine U100^{1,2*}:

1.8% vs 1.1% de réduction d'HbA_{1c}^{1,2}

perte de poids avec Xultophy®
et différence de 3,2 kg^{1,2}

57% de taux d'hypoglycémie
en moins^{1,2}

chez les patients diabétiques de type 2
non contrôlés sous insuline basale^{1,2}

Une intensification simple combinant insuline degludec et liraglutide dans 1 stylo¹

www.xultophy.be



▼ 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 ci-dessous pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

Xultophy® 100 unités/ml + 3,6 mg/ml, solution injectable. **Composition** : 1 ml de solution contient 100 unités d'insuline dégludec (ADNr) et 3,6 mg de liraglutide (ADNr). Un stylo prérempli contient 3 ml, équivalent à 300 unités d'insuline dégludec et 10,8 mg de liraglutide. Une dose unitaire contient 1 unité d'insuline dégludec et 0,036 mg de liraglutide. **Forme pharmaceutique** : solution injectable. Solution isotonique, incolore et limpide. **Indications** : Xultophy est indiqué chez les adultes pour le traitement du diabète de type 2 insuffisamment contrôlé pour améliorer le contrôle glycémique en complément d'un régime alimentaire et d'une activité physique en association avec d'autres médicaments par voie orale 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 du RCP. **Posologie et mode d'administration** : **Posologie** : Xultophy est administré une fois par jour en injection sous-cutanée. Xultophy peut être administré à n'importe quel moment de la journée, de préférence au même moment chaque jour. La dose de Xultophy doit être ajustée en fonction des besoins individuels du patient. Il est recommandé d'optimiser le contrôle glycémique par l'ajustement de la dose en fonction de la glycémie à jeun. Un ajustement de la dose peut être nécessaire si le patient augmente son activité physique, modifie son régime alimentaire habituel ou en cas de maladie concomitante. Il est conseillé aux patients qui oublient une dose de la prendre dès qu'ils s'en rendent compte, puis de reprendre leur schéma posologique habituel en une fois par jour. Un intervalle minimum de 8 heures entre deux injections devra toujours être respecté. Ceci vaut également lorsque l'administration ne peut avoir lieu au même moment chaque jour. L'administration de Xultophy s'effectue par doses unitaires. Une dose unitaire contient 1 unité d'insuline dégludec et 0,036 mg de liraglutide. Le stylo prérempli peut délivrer de 1 à 50 doses unitaires en une injection par paliers d'une dose unitaire. La dose quotidienne maximale de Xultophy est de 50 doses unitaires (50 unités d'insuline dégludec et 1,8 mg de liraglutide). Le compteur de dose sur le stylo affiche le nombre de doses unitaires. En ajout aux antidiabétiques oraux : La dose initiale recommandée de Xultophy est de 10 doses unitaires (10 unités d'insuline dégludec et 0,36 mg de liraglutide). Xultophy peut être ajouté à un traitement par antidiabétique oral existant. Lorsque Xultophy est ajouté à un traitement par sulfamide hypoglycémiant, une diminution de la dose du sulfamide hypoglycémiant devra être envisagée. En remplacement d'un agoniste des récepteurs du GLP-1 : Avant de commencer Xultophy, le traitement par agonistes des récepteurs du GLP-1 devra être arrêté. Lors du remplacement d'un agoniste des récepteurs du GLP-1, la dose initiale recommandée de Xultophy est de 16 doses unitaires (16 unités d'insuline dégludec et 0,6 mg de liraglutide). La dose initiale recommandée ne devra pas être dépassée. En cas d'un remplacement d'un agoniste des récepteurs du GLP-1 à longue durée d'action (par exemple administré une fois par semaine), la durée d'action prolongée devra être prise en considération. Le traitement par Xultophy devra être initié au moment où la dose suivante de l'agoniste des récepteurs du GLP-1 à longue durée d'action aurait dû être administrée. Il est recommandé de surveiller attentivement la glycémie lors du changement de prise et durant les semaines suivantes. En remplacement de l'insuline basale : Avant de commencer Xultophy, le traitement par insuline basale devra être arrêté. Lors du remplacement de l'insuline basale, la dose initiale recommandée de Xultophy est de 16 doses unitaires (16 unités d'insuline dégludec et 0,6 mg de liraglutide). La dose initiale recommandée ne devra pas être dépassée. Il est recommandé de surveiller attentivement la glycémie lors du changement de traitement et durant les semaines suivantes. Populations particulières : **Patients âgés (> 65 ans)** : Xultophy peut être utilisé chez les patients âgés. Il est nécessaire d'intensifier la surveillance glycémique et d'ajuster la dose de façon individuelle. **Insuffisance rénale** : L'utilisation de Xultophy chez des patients présentant une insuffisance rénale légère, modérée ou sévère nécessite d'intensifier la surveillance glycémique et d'ajuster la dose de façon individuelle. Xultophy ne peut pas être recommandé chez les patients présentant une insuffisance rénale au stade terminal. **Insuffisance hépatique** : Xultophy peut être utilisé chez des patients présentant une insuffisance hépatique légère ou modérée. La surveillance glycémique doit être intensifiée et la dose doit être ajustée de façon individuelle. En raison de la présence de liraglutide, Xultophy n'est pas recommandé chez les patients présentant une insuffisance hépatique sévère. **Population pédiatrique** : Il n'y a pas d'utilisation justifiée de Xultophy dans la population pédiatrique. **Mode d'administration** : Xultophy doit être administré par voie sous-cutanée uniquement. Xultophy ne doit pas être administré par voie intraveineuse ou intramusculaire. Xultophy est administré par voie sous-cutanée par injection dans la cuisse, le haut du bras ou l'abdomen. Une rotation des sites d'injection devra toujours être effectuée au sein d'une même région afin de diminuer le risque de développer une lipodystrophie. Xultophy ne doit pas être prélevé de la cartouche du stylo prérempli dans une seringue. Les patients doivent être informés qu'ils doivent toujours utiliser une aiguille neuve. La réutilisation des aiguilles du stylo à insuline augmente le risque d'obstruction des aiguilles pouvant conduire à un sous ou à un surdosage. En cas d'obstruction des aiguilles, les patients doivent suivre les instructions décrites dans les instructions d'utilisation accompagnant la notice. **Contre-indications** : hypersensibilité à l'une des deux substances actives, aux deux substances actives ou à l'un des excipients. **Effets indésirables** : **Résumé du profil de sécurité** : Le programme de développement clinique de Xultophy a inclus approximativement 1 900 patients traités par Xultophy. Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés lors du traitement avec Xultophy étaient l'hypoglycémie et les effets indésirables gastro-intestinaux. **Liste des effets indésirables rapportés lors d'études contrôlées de phase 3** : **Très fréquent** : hypoglycémie. **Fréquent** : diminution de l'appétit, nausées, diarrhées, vomissements, constipation, dyspepsie, gastrite, douleurs abdominales, reflux gastro-œsophagien, distension abdominale, réactions au site d'injection, lipase augmentée, amylose augmentée. **Peu fréquent** : urticaire, hypersensibilité, déshydratation, éructations, flatulences, lithiase biliaire, cholécystite, rash, prurit, lipodystrophie acquise, fréquence cardiaque augmentée. **Fréquence indéterminée** : réaction anaphylactique, pancréatite (y compris pancréatite nécrosante), œdèmes périphériques. **Description de certains effets indésirables** : **Hypoglycémie** : L'hypoglycémie peut survenir lorsque la dose de Xultophy est trop élevée par rapport aux besoins. L'hypoglycémie sévère peut entraîner une perte de connaissance et/ou des convulsions et peut causer une altération transitoire ou définitive des fonctions cérébrales, voire le décès. Les symptômes de l'hypoglycémie surviennent habituellement de manière soudaine. Ils peuvent inclure : sueurs froides, pâleur et froidier cutanées, fatigue, nervosité ou tremblement, anxiété, asthénie ou faiblesse inhabituelles, confusion, difficulté de concentration, somnolence, sensation de faim excessive, troubles visuels, céphalées, nausées et palpitations. **Effets indésirables gastro-intestinaux** : Les effets indésirables gastro-intestinaux peuvent survenir plus fréquemment en début de traitement avec Xultophy et s'atténuent généralement en quelques jours ou quelques semaines avec la poursuite du traitement. Des nausées ont été rapportées chez 7,8 % des patients et étaient transitoires chez la plupart d'entre eux. La proportion de patients rapportant, par semaine, des nausées à n'importe quel moment durant le traitement a été inférieure à 4 %. Des diarrhées et des vomissements ont été rapportés chez respectivement 7,5 % et 3,9 % des patients. Les nausées et les diarrhées étaient fréquentes avec Xultophy et très fréquentes avec le liraglutide. De plus, une constipation, une dyspepsie, une gastrite, des douleurs abdominales, un reflux gastro-œsophagien, une distension abdominale, une éructation, des flatulences et une diminution de l'appétit ont été rapportés jusqu'à 3,6 % des patients traités avec Xultophy. **Réactions au site d'injection** : Des réactions au site d'injection (notamment hématome au site d'injection, douleur, hémorragie, érythème, nodules, gonflement, décoloration, prurit, chaleur et masse au site d'injection) ont été rapportées chez 2,6 % des patients traités avec Xultophy. Ces réactions étaient habituellement légères et transitoires et disparaissaient généralement lors de la poursuite du traitement. **Lipodystrophie** : La lipodystrophie (notamment la lipohypertrophie, la lipodystrophie) peut survenir au niveau du site d'injection. Une rotation continue des sites d'injection au sein d'une même région peut aider à diminuer le risque de développer ces réactions. **Fréquence cardiaque augmentée** : Une augmentation de la fréquence cardiaque par rapport au début de l'essai, en moyenne de 2 à 3 battements par minute, a été observée dans les essais cliniques avec Xultophy. Dans l'essai LEADER, il n'a pas été observé d'impact clinique à long terme de l'augmentation de la fréquence cardiaque sur le risque d'événements cardiovasculaires avec le liraglutide (un composant de Xultophy). **Déclaration des effets indésirables suspectés** : La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé : www.afmps.be. **Mode de délivrance** : prescription médicale. **Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)** : Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Danemark. **Numéros d'AMM** : EU/1/14/947/003. **Date de mise à jour du texte** : 06/2018.

Xultophy® est une marque déposée appartenant à Novo Nordisk A/S, Danemark

Références : 1. Xultophy® résumé des caractéristiques du produit. juin 2018. 2. Lingvay I, Manghi F, Garcia-Hernández P, et al. Effect of insulin glargine up-titration vs insulin degludec/liraglutide on glycated hemoglobin levels in patients with uncontrolled type 2 diabetes: the DUAL V randomized clinical trial. *JAMA*. 2016; 315(9):898-907. doi:10.1001/jama.2016.1252. U100 = 100 unités/ml

* Etude de phase 3, multinationale et multicentrique de 26 semaines, randomisée, en 2 groupes parallèles, de conception «treat-to-target», effectuée dans 10 pays chez des sujets atteints de diabète de type 2 contrôlés de manière inadéquate sous insuline glargine U100 (20 - 50 U) et metformine (≥ 1500 mg/dl) avec une HbA_{1c} comprise entre 7% et 10% et un indice de masse corporelle de 40 ou moins. Randomisation 1 : 1 insuline dégludec/liraglutide (n=278) ou insuline glargine (n=279) avec une titration 2 fois par semaine jusqu'à un objectif de glucose de 72 à 90 mg/dl.