



REVUE MÉDICALE DE BRUXELLES

Vol.
44

3

MAI -
JUIN

2023

Les Centres de Prise en charge
des Violences Sexuelles.....183

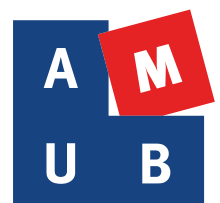
Alimentation de l'enfant de moins
d'un an : risques et bénéfices à
court et long termes191

Psychiatrie : les psychothérapies..... 201

Les biothérapies dans la prise en charge
de la polyposse naso-sinusienne..... 235

La médecine est-elle sociale ?248

Echos du Réseau..... 259



4 EOSINOPHILIC DISEASES

1 NUCALA

IN PRE-FILLED FORMS

NUCALA pharmaceutical forms	Public price [incl VAT]	Co-payment RVV/BIM	Active
pen & syringe: 1x1ml	€1.108,86	€8,00	€12,10
pen & syringe: 3x1ml	€3.306,26	€8,00	€12,10
syringe (40mg): 1x1ml	€449,63	€8,00	€12,10

NUCALA
the first and only
biologic in pre-filled
form approved and
reimbursed to treat:^{1,2}

- 1 SEA
- 2 CRSwNP
- 3 EGPA
- 4 HES

Nucala is indicated as an add-on treatment for severe refractory eosinophilic asthma in adults, adolescents and children aged 6 years and older; as an add-on therapy with intranasal corticosteroids for the treatment of adult patients with severe CRSwNP for whom therapy with systemic corticosteroids and/or surgery do not provide adequate disease control; as an add-on treatment for patients aged 6 years and older with relapsing-remitting or refractory EGPA; as an add-on treatment for adult patients with inadequately controlled HES without an identifiable non-haematologic secondary cause.¹

ABRIDGED SUMMARY OF THE PRODUCT CHARACTERISTICS: Please refer to the Summary of Product Characteristics for a complete information on the use of this product. **NAME OF THE MEDICINAL PRODUCT:** Nucala 100 mg solution for injection in pre-filled pen; EU/1/15/1043/003 1 pre-filled pen - EU/1/15/1043/004 3 (3 x 1) pre-filled pens (multipack) - Nucala 100 mg solution for injection in pre-filled syringe; EU/1/15/1043/005 1 pre-filled syringe - EU/1/15/1043/006 3 (3 x 1) pre-filled syringes (multipack) - Nucala 40 mg solution for injection in pre-filled syringe; EU/1/15/1043/008 9 (9 x 1) pre-filled syringes (multipack). **Pharmaceutical group:** Drugs for obstructive airway diseases, other systemic drugs for obstructive airway diseases, ATC code: R03DX09. **QUALITATIVE AND QUANTITATIVE COMPOSITION:** Nucala 100 mg solution for injection in pre-filled pen: Each 1 ml pre-filled pen contains 100 mg of mepolizumab. Nucala 100 mg solution for injection in pre-filled syringe: Each 1 ml pre-filled syringe contains 100 mg of mepolizumab. Nucala 40 mg solution for injection in pre-filled syringe: Each 0.4 mL pre-filled syringe contains 40 mg of mepolizumab. Mepolizumab is a humanised monoclonal antibody produced in Chinese hamster ovary cells by recombinant DNA technology. For the full list of excipients, see section 6.1 of the complete SPC. **Therapeutic indications:** Severe eosinophilic asthma: Nucala is indicated as an add-on treatment for severe refractory eosinophilic asthma in adults, adolescents and children aged 6 years and older (see section 5.1 of the complete SPC). Chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP): Nucala is indicated as an add-on therapy with intranasal corticosteroids for the treatment of adult patients with severe CRSwNP for whom therapy with systemic corticosteroids and/or surgery do not provide adequate disease control; as an add-on treatment for patients aged 6 years and older with relapsing-remitting or refractory EGPA; as an add-on treatment for adult patients with inadequately controlled HES without an identifiable non-haematologic secondary cause (see section 5.1 of the complete SPC). **Posology and method of administration:** Nucala should be prescribed by physicians experienced in the diagnosis and treatment of severe refractory eosinophilic asthma, CRSwNP, EGPA or HES. **Posology:** Severe eosinophilic asthma: Adults and adolescents aged 12 years and over: The recommended dose of mepolizumab is 100 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. Children aged 6 to 11 years old: The recommended dose of mepolizumab is 40 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. Nucala is intended for long-term treatment. The need for continued therapy should be considered at least on an annual basis as determined by physician assessment of the patient's disease severity and level of control of exacerbations. CRSwNP: Adults: The recommended dose of mepolizumab is 100 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. Nucala is intended for long-term treatment. Consideration can be given to alternative treatments in patients who have shown no response after 24 weeks of treatment for CRSwNP. Some patients with initial partial response may subsequently improve with continued treatment beyond 24 weeks. EGPA: Adults and adolescents aged 12 years and older: The recommended dose of mepolizumab is 300 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. The posology of mepolizumab in children and adolescents aged 6 to 17 years old with EGPA was supported by modelling and simulation data (see section 5.2 of the complete SPC). Children aged 6 to 11 years old weighing ≥ 40 kg: The recommended dose of mepolizumab is 200 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. Children aged 6 to 11 years old weighing < 40 kg: The recommended dose of mepolizumab is 100 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. Nucala is intended for long-term treatment. The need for continued therapy should be reviewed at least on an annual basis as determined by physician assessment of the patient's disease severity and improvement of symptom control. Patients who develop life-threatening manifestations of EGPA should also be evaluated for the need for continued therapy, as Nucala has not been studied in this population. HES: Adults: The recommended dose of mepolizumab is 300 mg administered subcutaneously once every 4 weeks. Nucala is intended for long-term treatment. The need for continued therapy should be reviewed at least on an annual basis as determined by physician assessment of the patient's disease severity and level of symptom control. Patients who develop life-threatening manifestations of HES should also be evaluated for the need for continued therapy, as Nucala has not been studied in this population. **Special populations:** Elderly patients: No dose adjustment is required for elderly patients (see section 5.2 of the complete SPC). Renal and hepatic impairment: No dose adjustment is required in patients with renal or hepatic impairment (see section 5.2 of the complete SPC). **Paediatric population:** Severe eosinophilic asthma: Children aged 6 to 11 years old: Nucala 100 mg powder for solution for injection and 40 mg solution for injection in pre-filled syringe are appropriate for administration to this population. Nucala 100 mg solution for injection in pre-filled pen and 100 mg solution for injection in pre-filled syringe are not indicated for administration to this population. Children less than 6 years old: The safety and efficacy of mepolizumab in children less than 6 years old have not yet been established. No data are available. CRSwNP in children less than 18 years old: The safety and efficacy in children with CRSwNP below the age of 18 years have not been established. No data are available. EGPA in children less than 6 years old: The safety and efficacy of mepolizumab has not been established in children below the age of 6 years old. No data are available. HES in children aged less than 18 years old: The safety and efficacy of mepolizumab in children and adolescents aged less than 18 years old have not yet been established. Currently available data are described in sections "Undesirable effects", 5.1 and 5.2 of the complete SPC but no recommendation on a posology can be made. **Method of administration:** Nucala 100 mg solution for injection in pre-filled pen or pre-filled syringe: The pre-filled pen or pre-filled syringe should be used for subcutaneous injection only. Nucala may be self-administered by the patient or administered by a caregiver if their healthcare professional determines that it is appropriate, and the patient or caregiver are trained in injection techniques. For children aged 6 to 11 years old, administration must be carried out by a healthcare professional or a trained caregiver. For self-administration the recommended injection sites are the abdomen or thigh. A caregiver can also inject Nucala into the upper arm. For doses which require more than one injection, it is recommended that each injection is administered at least 5 cm apart. Comprehensive instructions for subcutaneous administration of Nucala in a pre-filled pen or pre-filled syringe are provided in the instructions for use in the package leaflet. Nucala 40 mg solution for injection in pre-filled syringe: The pre-filled syringe should be used for subcutaneous injection only. Nucala must be administered by a healthcare professional or a caregiver. It may be administered by a caregiver if a healthcare professional determines that it is appropriate, and the caregiver is trained in injection techniques. The recommended injection sites are the upper arm, abdomen or thigh. Comprehensive instructions for subcutaneous administration of Nucala in a pre-filled syringe are provided in the instructions for use in the package leaflet. **Contraindications:** Hypersensitivity to the active substance or to any of the excipients listed in section 6.1 of the complete SPC. **Special warnings and precautions for use:** Traceability: In order to improve the traceability of biological medicinal products, the name and the batch number of the administered product should be clearly recorded. **Asthma exacerbations:** Mepolizumab should not be used to treat acute asthma exacerbations. Asthma-related adverse symptoms or exacerbations may occur during treatment. Patients should be instructed to seek medical advice if their asthma remains uncontrolled or worsens after initiation of treatment. **Corticosteroids:** Abrupt discontinuation of corticosteroids after initiation of mepolizumab therapy is not recommended. Reduction in corticosteroid doses, if required, should be gradual and performed under the supervision of a physician. **Hypersensitivity and administration-related reactions:** Acute and delayed systemic reactions, including hypersensitivity reactions (e.g. anaphylaxis, urticaria, angioedema, rash, bronchospasm, hypotension), have occurred following administration of mepolizumab. These reactions generally occur within hours of administration, but in some instances have a delayed onset (i.e., typically within several days). These reactions may occur for the first time after a long duration of treatment (see section "Undesirable effects"). In the event of a hypersensitivity reaction, appropriate treatment as clinically indicated should be initiated. **Parasitic infections:** Eosinophils may be involved in the immunological response to some helminth infections. Patients with pre-existing helminth infections should be treated before starting therapy. If patients become infected whilst receiving treatment with mepolizumab and do not respond to anti-helminth treatment, temporary discontinuation of therapy should be considered. **Organ threatening or life-threatening EGPA:** Nucala has not been studied in patients with organ threatening or life-threatening manifestations of EGPA (see section "Posology and method of administration"). **Life-threatening HES:** Nucala has not been studied in patients with life-threatening manifestations of HES (see section "Posology and method of administration"). **Excipients:** This medicinal product contains less than 1 mmol sodium (23 mg) per 100 mg dose, that is to say essentially "sodium-free". **Undesirable effects:** Summary of the safety profile: Severe eosinophilic asthma: In placebo-controlled studies in adult and adolescent patients with severe refractory eosinophilic asthma, the most commonly reported adverse reactions during treatment were headache (20%), injection site reactions (8%) and back pain (6%). CRSwNP: In a placebo-controlled study in patients with CRSwNP, the most commonly reported adverse reactions during treatment were headache (18%) and back pain (7%). EGPA: In a placebo-controlled study in patients with EGPA, the most commonly reported adverse reactions during treatment were headache (32%), injection site reactions (15%) and back pain (13%). Systemic allergic/hypersensitivity reactions were reported by 4% of EGPA patients. HES: In a placebo-controlled study in patients with HES, the most commonly reported adverse reactions during treatment were headache (13%), urinary tract infection (9%), injection site reactions and pyrexia (7% each). **Tabulated list of adverse reactions:** The table below presents the adverse reactions from placebo-controlled severe eosinophilic asthma studies from patients receiving mepolizumab 100 mg subcutaneously (SC) (n=263), from a randomised, double-blind placebo-controlled 52-week study in patients with CRSwNP receiving mepolizumab 100 mg SC (n=206), in patients with EGPA receiving mepolizumab 300 mg SC (n=68), in a double-blind placebo-controlled 32-week study in patients with HES receiving mepolizumab 300 mg SC (n=54), and from spontaneous post-marketing reports. Safety data is also available from open-label extension studies in severe refractory eosinophilic asthma patients (n=998) treated for a median of 2.8 years (range 4 weeks to 4.5 years). The safety profile of mepolizumab in HES patients (n=102) enrolled in a 20-week open label extension study was similar to the safety profile of patients in the pivotal placebo-controlled study. The frequency of adverse reactions is defined using the following convention: very common ($\geq 1/10$); common ($\geq 1/100$ to $< 1/10$); uncommon ($\geq 1/1000$ to $< 1/100$); rare ($\geq 1/10000$ to $< 1/1000$); very rare ($< 1/10000$); and not known (cannot be estimated from available data). Within each frequency grouping, adverse reactions are presented in order of decreasing seriousness. **System Organ Class:** Infections and infestations. **Adverse reactions:** Lower respiratory tract infection; Urinary tract infection; Pharyngitis. **Frequency:** Common. **System Organ Class:** Immune system disorders. **Adverse reactions:** Hypersensitivity reactions (systemic allergic). **Frequency:** Common. **Adverse reactions:** Anaphylaxis. **Frequency:** Rare. **System Organ Class:** Nervous system disorders. **Adverse reactions:** Headache. **Frequency:** Very common. **System Organ Class:** Respiratory, thoracic and mediastinal disorders. **Adverse reactions:** Nasal congestion. **Frequency:** Common. **System Organ Class:** Gastrointestinal disorders. **Adverse reactions:** Abdominal pain upper. **Frequency:** Common. **System Organ Class:** Skin and subcutaneous tissue disorders. **Adverse reactions:** Eczema. **Frequency:** Common. **System Organ Class:** Musculoskeletal and connective tissue disorders. **Adverse reactions:** Back pain. **Frequency:** Common. **System Organ Class:** General disorders and administration site conditions. **Adverse reactions:** Administration-related reactions (systemic non allergic). **Frequency:** Common. **System Organ Class:** Local injection site reactions; Pyrexia. **Frequency:** Common. **Systemic reactions** including hypersensitivity have been reported at an overall incidence comparable to that of placebo in the severe eosinophilic asthma studies. For examples of the associated manifestations reported and a description of the time to onset, see section "Special warnings and precautions for use". **From spontaneous post-marketing reporting:** The most common manifestations associated with reports of systemic non-allergic administration-related reactions from patients in the severe eosinophilic asthma studies were rash, flushing and myalgia; these manifestations were reported infrequently and in $< 1\%$ of patients receiving mepolizumab 100 mg subcutaneously. **Description of selected adverse reactions:** Systemic reactions, including hypersensitivity reactions, in CRSwNP: In the 52-week placebo-controlled study, systemic allergic (type I) hypersensitivity reactions were reported in 2 patients ($< 1\%$) in the group receiving mepolizumab 100 mg and in no patients in the placebo group. Other systemic reactions were reported by no patients in the group receiving mepolizumab 100 mg and in 1 patient ($< 1\%$) in the placebo group. Systemic reactions, including hypersensitivity reactions, in EGPA: In the 52-week placebo-controlled study the percentage of patients who experienced systemic (allergic and nonallergic) reactions was 6% in the group receiving 300 mg of mepolizumab and 1% in the placebo group. Systemic allergic/hypersensitivity reactions were reported by 4% of patients in the group receiving 300 mg of mepolizumab and 1% of patients in the placebo group. Systemic non-allergic reactions (angioedema) were reported by 1 (1%) patient in the group receiving 300 mg of mepolizumab and no patients in the placebo group. Systemic reactions, including hypersensitivity reactions, in HES: In the 32-week placebo-controlled study, 1 patient (2%) reported a systemic (other) reaction in the group receiving 300 mg of mepolizumab (multifocal skin reaction) and no patients in the placebo group. **Local injection site reactions:** Severe eosinophilic asthma: In placebo-controlled studies the incidence of local injection site reactions with mepolizumab 100 mg subcutaneous and placebo was 8% and 3%, respectively. These events were all non-serious, mild to moderate in intensity and the majority resolved within a few days. Local injection site reactions occurred mainly at the start of treatment and within the first 3 injections with fewer reports on subsequent injections. The most common manifestations reported with these events included pain, erythema, swelling, itching, and burning sensation. CRSwNP: In the placebo-controlled study, local injection site reactions (e.g., erythema, pruritus) occurred in 2% of patients receiving mepolizumab 100 mg compared with $< 1\%$ in patients receiving placebo. EGPA: In the placebo-controlled study, local injection site reactions (e.g., pain, erythema, swelling) occurred at a rate of 15% in patients receiving mepolizumab 300 mg compared with 13% in patients receiving placebo. HES: In the placebo-controlled study, local injection site reactions (e.g., burning, itching) occurred at a rate of 7% in patients receiving mepolizumab 300 mg compared with 4% in patients receiving placebo. **Paediatric population:** Severe eosinophilic asthma: Thirty-seven adolescents (aged 12-17) were enrolled in four placebo-controlled studies (25 mepolizumab treated intravenously or subcutaneously) of 24 to 52 weeks duration. Thirty-six paediatric patients (aged 6-11) received mepolizumab subcutaneously in an open-label study for 12 weeks. After a treatment interruption of 8 weeks, 30 of these patients, received mepolizumab for a further 52 weeks. The safety profile was similar to that seen in adults. No additional adverse reactions were identified. HES: Four adolescents aged 12 to 17 years were enrolled in the placebo-controlled study 200622, one adolescent received 300 mg of mepolizumab, and 3 adolescents received placebo for 32 weeks. All 4 adolescents continued into a 20-week open-label extension study 205203 (see Section 5.1 of the complete SPC). **Reporting of suspected adverse reactions:** Reporting suspected adverse reactions after authorisation of the medicinal product is important. It allows continuous 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 - Division Vigilance - Boite Postale 97 - 1000 Brussels - Madou - Website: www.notifieerinfectedienbare.be - e-mail: adr@afmps.be. **Luxembourg:** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la santé - Site Internet: www.guiche.lu/pharmacovigilance. **MARKETING AUTHORISATION HOLDER:** GlaxoSmithKline Trading Services Limited, 12 Riverwalk, Citywest Business Campus, Dublin 24, Ireland. **DATE OF APPROVAL OF THE TEXT:** 10/2022 (V07). **DELIVERY STATUS:** Medicinal product subject to medical prescription. **References:** 1. Nucala SmPC. 2. RIZIV/INAMI. Available on: <https://ondpanon.riziv.fgov.be/SSPWebApplicationPublic/nl/Public/Product/Search>. (Last consulted: May 2023). **Abbreviations:** BIM, bénéficiaire d'intervention majeure; CRSwNP, chronic rhinosinusitis with nasal polyps; EGPA, eosinophilic granulomatosis with polyangiitis; HES, hyper-eosinophilic syndrome; RVV, rechthebbende op verhoogde verzekeringsstegetoelating; SEA, severe eosinophilic asthma.

SOMMAIRE

ÉDITORIAL

BERGHMANS T. 181

COURRIER DES LECTEURS 182

ARTICLE ORIGINAL

**Introduction aux Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles :
modèle national, plus-values et quelques chiffres**

*Introduction to Sexual Assault Centres: national model, benefits and
statistics*

MOYSE S. 183

ARTICLES DE SYNTHESE

Alimentation de l'enfant de moins d'un an, risques et bénéfices

Infant feeding, risks and benefits

DE LAET C. 191

Que connaît-on vraiment en psychiatrie ? Les Psychothérapies - Partie 1

Psychiatry what do we know for sure? Psychotherapies - Part 1

KORNREICH C. 201

CAS CLINIQUES

**L'aéroportie et le syndrome de fuite capillaire : complications atypiques
et potentiellement graves des accidents de décompression**

*Portal venous gas and capillary leak syndrom, atypical and potentially
severe complications of decompression sickness*

DONCK G., DHAeyer J., BOUAKLINE M., KIEUSSEIAN A., JACOBS D., GUERISSE F. et
VAN DER BORCHT W. 212

**Une pneumonie d'hypersensibilité mimant une tuberculose miliaire chez
un patient traité par anti-TNF α : à propos d'un cas de diagnostic difficile**

*Hypersensitivity pneumonitis mimicking miliary tuberculosis in a patient
with history of recent TNF inhibitor use*

RAIMO M., COUTURIER B., NOLARD N., BONDUE B. et DE VUYST P. 216

**Découverte fortuite d'une triple thrombophilie, suite à un arrêt cardiaque
chez une patiente de 20 ans**

*Incidental finding of triple thrombophilia, following cardiac arrest in a
20-year-old patient*

WILMIN S. et PRESEAU T. 221

**Présentation atypique d'une histiocytose de Langerhans sous forme
d'une masse orbitaire**

Atypic presentation of a Langerhans cell histiocytosis as an orbital mass
VRANCKX J. 225

REVUE MÉDICALE DE BRUXELLES

Vol. 44 **3** MAI-JUIN
2023

COMITÉ DE RÉDACTION

Rédacteur en Chef : Thierry Berghmans

Rédactrice en Chef Adjointe : Anne Peretz

Rédacteurs Adjoints : Apostolos Agrafiotis,
Ruben Casado Arroyo, Bogdan Grigoriu,
Matthieu Hein, Nadine Kacenelenbogen,
Stefano Malinverni, Luigi Moretti, Julie Navez
et Paolo Simoni

*Avec la collaboration de Valérie Durieux,
spécialiste de l'information documentaire en
Sciences de la Santé - ULB*

COMITÉ DE GESTION

Thierry Berghmans, Jean-Christophe Cavenaile,
Pierre Mols, Sandrine Paquay, Anne Peretz,
Didier Piquard & Thierry Préseau

COMITÉ ÉDITORIAL

Jean-Christophe Beghin, Thierry Berghmans,
Jacques Creteur, Jean-Christophe Goffard,
Jean-Michel Hougardy

SECRÉTARIAT

Elena Kremer

AMUB - Revue Médicale de Bruxelles
Route de Lennik 808/612 - 1070 Bruxelles
Tél. : 02 555 60 99 - Fax : 02 555 61 17
E-mail : elena.kremer@amub-ulb.be
Site AMUB : www.amub-ulb.be

La *Revue Médicale de Bruxelles*, Nouvelle
Série est née de la fusion de la Revue Médicale
de Bruxelles, fondée en 1945, et de Bruxelles
Médical, fondé en 1921. Elle est publiée par
l'Association des Médecins anciens étudiants
de l'Université libre de Bruxelles (AMUB)

© 2023 by Revue Médicale de Bruxelles.
Tous droits de traduction et de reproduction
réservés pour tous pays.

EDITEUR RESPONSABLE

Sandrine Paquay
Route de Lennik 808/612 - 1070 Bruxelles

Le contenu des articles et des éditoriaux
signés engage la responsabilité exclusive des
auteurs. En raison de l'évolution rapide de
la science médicale, l'Editeur recommande
une vérification extérieure des attitudes
diagnostiques et thérapeutiques proposées.
**Sauf mention contraire, les textes publiés
sont indemnes de conflits d'intérêt.**

RÉGIE PUBLICITAIRE

Sandrine Paquay
Tél. : 02 555 60 62
E-mail : info@amub-ulb.be

IMPRESSION

Snel Grafics - Vottem
Imprimé sur du papier certifié FSC.



INSTRUCTIONS AUX AUTEURS

<http://www.amub-ulb.be>

ISSN version imprimée : 0035-3639
ISSN version numérique : 2795-8558

ACTUALITES DIAGNOSTIQUES ET THERAPEUTIQUES

**Ontozry® (Cénobamate) : un nouveau traitement de l'épilepsie focale
chez l'adulte**

Ontozry® (Cénobamate): a new treatment for focal epilepsy in adults
CAMBIER A. et LEGROS B. 228

**L'ivermectine orale ; un premier choix dans la strongyloïdose intestinale à
Strongyloides stercoralis et la microfilariose à *Wuchereria bancrofti*, une
alternative à la perméthrine topique dans la gale à *Sarcoptes Scabiei***
*Oral ivermectin ; a first choice in Strongyloides stercoralis intestinal
strongyloidiasis and Wuchereria bancrofti microfilariasis, an alternative
to topical permethrin in Sarcoptes Scabiei mange*

RICHARD T. et CHERIFI S. 232

Les biothérapies dans la prise en charge de la polyposse naso-sinusienne
Biotherapies in management of chronic rhinosinusitis with nasal polyps
BENMECHRI S., DEKEYSER C. et LIPSKI S. 235

**La finérénone : un nouvel outil dans l'arsenal thérapeutique de la
maladie rénale chronique associée au diabète de type 2 ?**

*Finerenone: a new tool in the therapeutic arsenal of chronic kidney
disease associated with type 2 diabetes?*
VANWIELENDAELE M., GAMBINO G. et LE MOINE A. 240

ARTICLE D'OPINION

La médecine est-elle sociale ?

ROLAND M., REA A. et FORTUNIER C. 248

ECHOS DU RÉSEAU

CAHIERS DE LA FACULTE

**A l'ombre de la Fondation Médicale Reine Elisabeth, sur le campus
Brugmann : souvenirs des années '70-'90**

BERGMANN P. 260

LU POUR VOUS

Science de la résilience – Petit traité pour les pys et pour les autres
..... 264

ECHOS DU RÉSEAU 265



**NOUVEAUTÉ : RETROUVEZ NOS 7 ARTICLES ACCRÉDITÉS PAR
L'INAMI EN PAGES 189, 197, 210, 230, 234, 239 ET 246 DE CE
NUMÉRO (0,5 CP MINIMUM PAR LECTURE D'ARTICLE)**

Des violences sexuelles... un reflet des dysfonctionnements sociétaux

La sexualité fait partie intégrante de l'humanité. Elle va bien au-delà du simple besoin de reproduction et de perpétuation de l'espèce humaine. Elle s'intègre dès le plus jeune âge dans nos comportements, nos relations aux autres et avec les autres. Même avant la naissance, la reconnaissance du sexe de l'enfant à travers des images échographiques, sa représentation virtuelle via entre autres les couleurs des layettes ont des implications fondamentales pour l'enfant à naître, ses parents et leur entourage. De nombreux codes sont ainsi associés à chaque sexe, pour ne citer ici que force et support familial pour les garçons et maternité pour les filles. Mais qu'en est-il quand ces codes « de normalité » sont transgressés, et peut-on réellement parler ici de transgression ou ne devrait-on pas plutôt envisager parler de « normalité alternative » ?

A titre d'exemple, la communauté LGBTQIA+ est maintenant bien écoutée et représentée dans nos régions. Cela n'est cependant pas universel si on s'attarde sur le sort réservé aux personnes homosexuelles à travers le monde, opprimées, battues voire tuées. Ceci n'est malheureusement pas l'apanage de sociétés lointaines. Les violences sexuelles, parfois sous une forme torpide d'harcèlement ou agressive, viols, coups, assassinats, sont aussi régulièrement relatés chez nous, autour de nous. Mais ce n'est pas uniquement la communauté LGBTQIA+ qui est touchée. Les cas exemplatifs de violences sexuelles sont nombreux et font parfois les choux gras des journalistes : pédophilie, attouchements, harcèlements au travail et au domicile, viols ou autres formes d'agression parfois culturelles comme les excisions sont malheureusement monnaie courante et probablement insuffisamment rapportés. Il existe non seulement des difficultés pour la personne touchée à

en parler et à entamer une démarche judiciaire mais il faut aussi tenir compte des problèmes d'accueil de ces personnes dans des structures inadaptées ou manquant de personnel qualifié.

A ce titre, les centres de prise en charge des violences sexuelles sont une initiative relativement récente dont les premiers résultats positifs se font sentir. Un accueil bienveillant, personnalisé, à l'écoute de la personne est indispensable. Un nouvel article de la série thématique est disponible dans cette revue. Il met en exergue le fonctionnement de ces centres, les personnes qui les composent et il donne un descriptif de la situation actuelle. Il est évident que ces centres ne répondent qu'à une partie des besoins, ayant plutôt un rôle thérapeutique que ce soit sur les plans physique, psychologique ou judiciaire. Il est indispensable de pouvoir changer ou adapter nos comportements. Il n'est plus admissible qu'une personne puisse être jugée du fait de son comportement ou de son orientation sexuelle. Ceci implique une tolérance de la part de tous ; hétéro-, homo-, bisexuel.les ou autres doivent pouvoir se respecter chacun et vivre en harmonie. Il en va de manière plus large de pouvoir considérer chacun comme le propriétaire unique et universel de sa propre personne, et que quiconque ne puisse imposer à autrui des relations ou des contacts à son corps défendant.

Le chantier est immense mais les fondations sont posées. Espérons qu'elles tiendront et que tous ensemble, nous puissions évoluer vers une société plus juste et égalitaire ou chacun puisse trouver la place qui lui revient.

T. BERGHMANS

Rédacteur en Chef de la *Revue Médicale de Bruxelles*

Je tiens à vous présenter les observations qui suivent suite à la brillante investigation publiée dans la *Revue Médicale de Bruxelles* par Lou Richelle et Michael Hogge en avril dernier¹.

Les éléments de la base de données FAERS (*FDA Adverse Event Reporting System data base*) de la FDA (*Food and Drug Administration*) et de la littérature médicale montrent qu'une dépression respiratoire peut survenir lorsque les gabapentinoïdes sont administrés en association avec des opioïdes ou d'autres dépresseurs du système nerveux central, chez des patients souffrant d'une insuffisance respiratoire sous-jacente ou chez des patients âgés. Un petit nombre de rapports concernent des patients sous gabapentinoïdes uniquement. La recherche du FDA entre le 1^{er} janvier 2012 et le 26 octobre 2017 a permis d'identifier 49 cas de dépression respiratoire avec des gabapentinoïdes. Quinze cas ont été rapportés avec la gabapentine et 34 avec la prégabaline. Quatre-vingt-douze pour cent des cas ont signalé soit un facteur de risque respiratoire, l'utilisation d'un dépresseur du SNC ou l'âge par lui-même. Vingt-quatre pour cent des cas se sont soldés par un décès. Plusieurs petits essais randomisés sur des volontaires sains ont montré que les gabapentinoïdes, seuls ou en association avec des opioïdes, dépriment la fonction respiratoire. Myhre *et al.*² ont mené un petit essai croisé randomisé, à double insu et contrôlé par placebo auprès de 12 volontaires sains exposés à un placebo, à la prégabaline seule, à l'opioïde rémifentanil seul ou à une combinaison de prégabaline et de rémifentanil. Le CO₂ en fin d'expiration a augmenté lors de l'exposition à l'ensemble des médicaments de manière additive. Piovezan et ses collègues³ ont réalisé un petit essai croisé randomisé, en double aveugle, contrôlé par placebo, sur huit volontaires sains. Les sujets étaient des hommes âgés, non obèses, ne souffrant pas de troubles du sommeil ni d'apnée du sommeil. Ils ont reçu une dose unique de gabapentine ou de placebo, suivie d'une étude du sommeil. Après une période d'élimination, les sujets ont à nouveau reçu une dose unique de traitement, suivie d'une autre étude du sommeil. Le nombre d'épisodes apnéiques pendant l'exposition à la gabapentine était supérieur à celui de l'exposition au placebo.

Des études observationnelles suggèrent que les patients exposés à des gabapentinoïdes en préopératoire présentent un risque accru de dépression respiratoire postopératoire par rapport à ceux qui n'ont pas été exposés à des gabapentinoïdes en préopératoire. Un groupe de recherche de la Mayo Clinic⁴ a publié une étude cas-témoins décrivant la relation entre l'exposition préopératoire à la gabapentine et le risque de dépression respiratoire postopératoire chez plus de 11.000 patients ayant subi une arthroplastie. Ils ont défini la dépression respiratoire comme une apnée, une hypopnée, une désaturation de l'oxyhémoglobine ou un épisode de douleur intense malgré une sédation modérée à profonde (c'est-à-dire un décalage entre la douleur et la sédation) pendant la récupération dans l'unité de soins post-anesthésiques. Par rapport aux patients non exposés à la gabapentine en préopératoire, le risque de dépression respiratoire a augmenté de 60 % pour les patients utilisant l'anesthésie régionale (*odds ratio* [OR] 1,60, intervalle de confiance [IC] à 95 % 1,27-2,02) et de 47 % pour ceux utilisant l'anesthésie générale (OR 1,47, IC 95 % 1,26-1,70) lorsque le régime d'anesthésie préopératoire comprenait des doses de gabapentine supérieures à 300 mg.

BIBLIOGRAPHIE

1. Richelle L et Hogge M. Mésusage de prégabaline en Belgique francophone : enquêtes de terrain. *Rev Med Brux.* 2023;44:96-105
2. Myhre M, Diep LM, Stubhaug A. Pregabalin Has Analgesic, Ventilatory, and Cognitive Effects in Combination with Remifentanil. *Anesthesiology.* 2016;124(1):141-9.
3. Piovezan RD, Kase C, Moizinho R, Tufik S, Poyares D. Gabapentin acutely increases the apnea-hypopnea index in older men: data from a randomized, double-blind, placebo-controlled study. *J Sleep Res.* 2017;26(2):166-70.
4. Weingarten TN, Jacob AK, Njathi CW, Wilson GA, Sprung J. Multimodal Analgesic Protocol and Postanesthesia Respiratory Depression During Phase I Recovery After Total Joint Arthroplasty. *Reg Anesth Pain Med.* 2015;40(4):330-6.

Dr L. KARHAUSEN



Introduction aux Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles : modèle national, plus-values et quelques chiffres

Introduction to Sexual Assault Centres: national model, benefits and statistics

MOYSE S.

Attachée « Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles », Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

RÉSUMÉ*

Les violences sexuelles ont fait une apparition tonitruante sur la scène publique et médiatique au cours des dernières années, notamment via #MeToo, #BalanceTonPorc ou encore #BalanceTonBar au niveau belge. Au-delà d'une certaine libération de la parole des victimes, il est évidemment essentiel que ces mêmes victimes puissent être prises en charge de façon adaptée en fonction de la situation et de leurs besoins. Le présent article a pour but de présenter l'une des réponses aux violences sexuelles, développée en Belgique depuis 2017 : les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS). Vont ainsi être décrits le modèle national servant de base aux CPVS, leur historique et leurs plus-values. Quelques chiffres sont également mis en avant afin d'avoir une meilleure représentation du public pris en charge au sein des CPVS.

Rev Med Brux 2023; 44 : 183-190

Doi : 10.30637/2023.22-083

Mots-clés : violence sexuelle, victimes de la criminalité, équipe de soins multidisciplinaire, soins infirmiers médico-légaux

ABSTRACT*

Sexual violence has made a thunderous appearance on the public and media scene in recent years, notably via #MeToo, #BalanceTonPorc, or even #BalanceTonBar at the Belgian level. Beyond a certain liberation of the victims' voice, it is obviously essential that the same victims can be taken care of in a way that is adapted to the situation and their needs. The aim of this article is to present one of the responses to sexual violence developed in Belgium since 2017: the Sexual Assault Centres (SAC in English, CPVS in French and ZSG in Dutch). The national model on which the SAC are based, their history and their added value will be described. Some figures are also put forward in order to have a better representation of the public treated within the SAC.

Rev Med Brux 2023; 44: 183-190

Doi: 10.30637/2023.22-083

Key words: sexual violence, crime victims, multidisciplinary care team, forensic nursing

INTRODUCTION

Les violences sexuelles, définies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « tout acte sexuel, tentative pour obtenir un acte sexuel, commentaire ou avances de nature sexuelle ou actes visant à un trafic ou autrement dirigés contre la sexualité d'une personne en utilisant la coercition, commis par une personne indépendamment de sa relation avec la victime, dans tout contexte, y compris, mais sans s'y limiter, le foyer et le travail »¹, constituent un problème de santé publique qui touche de nombreuses

personnes dans le monde. En Belgique, en 2021, 4.052 victimes ont déposé une plainte à la police pour viol, ce qui représente environ 10 viols par jour². Mais bien sûr, il ne s'agit que de la partie émergée de l'iceberg. L'étude à grande échelle sur les violences sexuelles en Belgique, menée en 2021 par l'Université de Gand, l'Université de Liège et l'Institut national de Criminalistique et de Criminologie (INCC)³, l'a montré une fois de plus : 64% des personnes âgées de 16 à 69 ans déclarent avoir été victimes de violences sexuelles,

* Les fonctions, les titres et les grades utilisés dans cette publication font référence aux personnes de tout sexe ou identité de genre.

16% des femmes et 5% des hommes déclarent avoir été victimes d'un viol. Ces violences sexuelles ont bien sûr de nombreuses conséquences, qu'elles soient physiques, médicales^{4,5}, sexuelles, relationnelles⁶ ou psychologiques⁷. Une réponse était donc nécessaire : c'est la raison pour laquelle les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) ont été lancés en 2017. Toutefois, les CPVS sont un projet en cours de développement et ne couvriront pas l'ensemble du territoire belge avant mi-2023. Cela signifie que, lorsqu'un CPVS n'est pas accessible, les victimes de violences sexuelles sont toujours prises en charge selon le système antérieur.

Avant cette date, les victimes de violences sexuelles étaient prises en charge par différents professionnels à des endroits divers en fonction de leurs besoins. Pour avoir accès à une prise en charge médico-légale, les victimes devaient porter plainte préalablement. Elles étaient alors conduites à l'hôpital afin qu'un Set d'Agression Sexuelle (SAS) soit réalisé par un médecin légiste, urgentiste ou un gynécologue. Cependant, une enquête réalisée auprès de près d'environ 2.000 médecins belges a montré que leur connaissance du SAS était limitée et plus de la moitié d'entre eux ont trouvé que le SAS n'était pas facile à utiliser pour les médecins et était peu adapté aux victimes³. De plus, une autre enquête réalisée auprès de victimes mettait en avant la nécessité de dissocier la prise en charge médicale, médico-légale et psychologique de la plainte⁸. En ce qui concerne le suivi médical, il était fourni à la victime par le médecin l'ayant prise en charge, rendant ce suivi très hétérogène en fonction de chaque situation. Enfin, pour la prise en charge policière, judiciaire et psychosociale, la victime devait elle-même effectuer les démarches auprès de services qui n'étaient pas toujours formés.

PRÉSENTATION DU MODÈLE

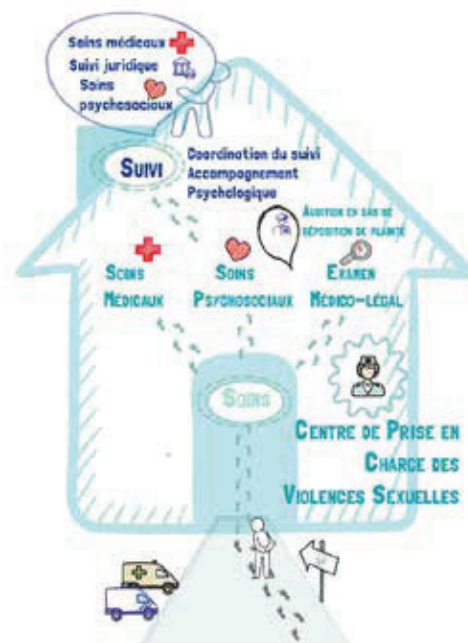
Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) sont le résultat d'une collaboration unique entre hôpital, police et parquet et ont comme objectif d'apporter aux victimes de violences sexuelles en phase aiguë^I toute l'assistance nécessaire en un seul lieu^{II}. Pour ce faire, les CPVS sont ouverts 24 heures sur 24, sept jours sur sept et sont gratuits. La prise en charge est réalisée au sein d'un espace spécifiquement dédié au CPVS au sein d'un hôpital et par du personnel spécialement formé aux violences sexuelles.

L'offre de prise en charge

La prise en charge suivante est offerte à la victime (figure 1).

Figure 1

Offre de prise en charge de la victime.



- **Prise en charge médicale :** les conséquences physiques, sexuelles et reproductives des violences sexuelles sont traitées par un infirmier légiste, éventuellement accompagné d'un médecin. Des médicaments et des vaccins peuvent ainsi être proposés aux victimes selon leur situation ;
- **Examen médico-légal :** l'infirmier légiste, en collaboration avec un médecin si nécessaire, recueille les traces des violences sexuelles et de l'auteur, afin que celles-ci puissent servir de preuves dans le cadre d'une éventuelle poursuite judiciaire ;
- **Prise en charge psychologique :** l'infirmier légiste offre un premier soutien psychologique lors de l'admission de la victime et des personnes de soutien, au CPVS. Ensuite, un soutien est offert aux victimes et aux personnes de soutien par un psychologue du CPVS^{III} ;
- **Plainte :** la victime ou ses personnes de soutien peuvent décider de déposer plainte au CPVS. Dans ce cas, un inspecteur des mœurs spécialement formé se rendra sur place pour auditionner la victime ;
- **Gestion de cas :** après une première prise en charge au CPVS, la victime continue d'être suivie par le CPVS, si elle le souhaite. Ainsi, un infirmier légiste évalue régulièrement son état physique et

I Il est question de violences sexuelles en phase aiguë lorsqu'une victime de (tentative de) viol ou d'atteinte à l'intégrité sexuelle, avec recherche de traces potentielles, se présente dans les sept jours qui suivent les faits. Au-delà des sept jours, les possibilités offertes aux victimes seront examinées selon la situation.

II L'avantage de proposer toute la prise en charge en un seul endroit a été souligné à de nombreuses reprises dans la littérature (voir par exemples références 3 et 11) et mis en avant par les victimes elles-mêmes lors de l'évaluation scientifique de l'année-pilote (référence 12).

III Ce soutien va jusqu'au 20 séances au maximum et est toujours gratuit. Si la victime ou les personnes de soutien ont besoin d'une prise en charge psychologique plus longue, le psychologue du CPVS les réoriente vers d'autres services spécialisés.

psychologique, lui prodigue des conseils et peut l'orienter vers d'autres services si nécessaire.

Afin que la prise en charge offerte aux victimes soit la plus optimale possible^{IV}, tout le personnel qui intervient au sein d'un CPVS est spécialement formé.

- **Infirmiers légistes** : les infirmiers légistes sont les infirmiers ou sages-femmes qui travaillent au sein des CPVS. Après une sélection réalisée par l'hôpital, ils suivent une formation d'environ un mois organisée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, institution coordinatrice du projet CPVS au niveau national. Cette formation est divisée en deux parties : une partie commune, dédiée à l'explication des violences sexuelles en général, leurs conséquences, une introduction au droit pénal et au système judiciaire, une présentation des différents services d'aide et d'assistance et des conseils pour la prise en charge de groupes vulnérables ; et une partie spécifique pour les infirmiers légistes qui aborde davantage l'aspect pratique de leur fonction. En plus de cette formation de base, les infirmiers légistes ont également la possibilité de suivre des formations continues et des supervisions techniques ;
- **Psychologues CPVS** : il est demandé aux psychologues travaillant dans les CPVS d'avoir un diplôme en psychologie clinique et de disposer d'au minimum cinq ans d'expérience. A nouveau, après une sélection réalisée par l'hôpital, les psychologues suivent la partie commune de la formation de base en compagnie des infirmiers légistes, puis une partie spécifique qui aborde davantage les techniques et théories psychologiques qui sont reconnues comme scientifiquement efficaces pour le traitement de violences sexuelles ;
- **Inspecteurs des mœurs** : il s'agit de policiers qui ont réussi la formation « inspecteurs des mœurs » de 72 h donnée au sein des Ecoles de police provinciales ;
- **Magistrats** : depuis l'entrée en vigueur de la loi du 31 juillet 2020 relative aux dispositions urgentes diverses en matière de justice, tous les magistrats belges doivent suivre une formation relative aux violences sexuelles et intrafamiliales. De plus, l'Institut de Formation Judiciaire (IFJ) organise également une formation dédiée spécifiquement au fonctionnement des CPVS, à laquelle plus de 100 magistrats ont déjà participé ;
- En plus de ce personnel de terrain, des fonctions de coordination sont nécessaires étant donné l'importance de la collaboration entre les différents partenaires et avec les services externes au CPVS. Dès lors, pour chaque CPVS, sont désignés un coordinateur au sein de l'hôpital, un médecin-responsable médical, un coordinateur pour la police et un magistrat en charge des dossiers

CPVS. Ces différentes personnes sont notamment responsables de tenir à jour et de diffuser les protocoles spécifiques au CPVS au sein de leur institution et de la communication interne et externe.

Historique du projet

Les origines législatives du projet relatif aux Centres de Prise en charge sont à trouver au sein de la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (dite « Convention d'Istanbul »). Ratifiée par la Belgique le 14 mars 2016 et entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016, il s'agit du traité international le plus ambitieux pour prévenir et combattre ces graves violations des droits humains. L'article 25 de la Convention d'Istanbul parle spécifiquement des CPVS : « Les Parties prennent les mesures législatives ou autres nécessaires pour permettre la mise en place de centres d'aide d'urgence pour les victimes de viols et de violences sexuelles, appropriés, facilement accessibles et en nombre suffisant, afin de leur dispenser un examen médical et médico-légal, un soutien lié au traumatisme et des conseils. »

En 2016, à la suite de la ratification de la Convention par la Belgique, la Secrétaire d'Etat à l'Egalité des Chances de l'époque a demandé à l'*International Centre for Reproductive Health* de l'UGent (UGent-ICRH) de réaliser, en collaboration avec l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, une étude de faisabilité sur les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Cette étude de faisabilité a débouché sur le lancement du projet-pilote et l'ouverture de trois CPVS en novembre 2017, à Gand (UZ Gent), à Bruxelles (CHU Saint-Pierre) et à Liège (CHU de Liège). En 2018 et 2019, ce projet-pilote a été évalué scientifiquement par l'UGent-ICRH. Cette évaluation scientifique s'étant révélée très positive (voir ci-dessous), le projet CPVS est devenu structurel et sa coordination a été confiée à l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. En 2020, le déploiement national des CPVS et leur financement structurel ont été approuvés par le Conseil des Ministres. C'est ainsi que les CPVS d'Anvers et du Hainaut (Charleroi) ont ouvert leurs portes en novembre 2021, le CPVS de Flandre occidentale (Roulers) en mars 2022 et le CPVS de Louvain en juin 2022. Les Centres de Prise en charge du Limbourg (Genk), de Namur et du Luxembourg (Arlon) sont en cours de lancement et seront ouverts durant la première moitié de l'année 2023. Le but est que chaque victime puisse avoir accès aux soins appropriés à moins d'une heure de route de l'endroit où elle se trouve.

Avantages des CPVS

Au-delà des avantages inhérents au modèle CPVS qui ont déjà été évoqués ci-dessus (comme une prise en charge en un seul lieu par du personnel formé),

IV Cette nécessité de formation du personnel est mise en évidence par de nombreuses directives internationales et recherches scientifiques. Voir notamment référence 10.

d'autres plus-values ont été mises en avant lors de l'évaluation scientifique réalisée par l'UGent-ICRH pour l'année-pilote, tant par les victimes que les professionnels eux-mêmes. Certaines d'entre elles sont présentées ici. Le **rapport complet de l'évaluation scientifique** est disponible via la référence 12.

Premièrement, le personnel du CPVS souligne l'importance de la prise en charge holistique dispensée par le CPVS. Comme mentionné dans le rapport, « le fait que ces soins multidisciplinaires soient offerts immédiatement et pendant le suivi est également un point positif majeur. Selon le personnel, cela permet non seulement d'aider les victimes plus rapidement, mais aussi d'améliorer la qualité des différents aspects des soins » (p. 73). Les victimes confirment ce point dans les questionnaires et interviews réalisés. La collaboration multidisciplinaire est ainsi au centre même du développement des CPVS.

Deuxièmement, les victimes ont affirmé, dans leur grande majorité (81 %), que le CPVS avait joué un rôle dans leur résilience par rapport aux violences sexuelles subies.

Troisièmement, l'accueil et l'audition par la police ont été très bien vécus par l'immense majorité des victimes (90 %), ce qui est une grande avancée des CPVS étant donné que la prise en charge par la police est souvent un élément qui peut freiner les victimes dans leurs démarches de recherche d'aide. De plus, les auditions réalisées par les inspecteurs des mœurs au sein des CPVS ont été jugées de meilleure qualité par leurs supérieurs, ce qui s'est reflété dans leur travail quotidien au-delà des CPVS.

Quatrièmement, tant les victimes que le personnel du CPVS ont souligné la qualité de l'aide psychologique apportée au sein des Centres de Prise en charge. Par exemple, après leur première visite chez le psychologue, il a été demandé aux victimes d'évaluer la prise en charge sur une échelle de 0 à 10 : les 112 victimes ayant répondu à cette question étaient très satisfaites de cette prise en charge psychologique (réponse moyenne de 10 sur 10).

Cinquièmement, concernant la prise en charge médico-légale, la qualité des échantillons recueillis au sein des CPVS a été mise en avant par les experts ADN. L'examen médico-légal réalisé dans les Centres de Prise en charge permet notamment de collecter davantage de traces et d'informations que précédemment. Selon le rapport de l'année-pilote, « les experts-e-s légistes des laboratoires ADN concernés ont déclaré que la nouvelle méthode de travail de la feuille de route médico-légale tient compte de toutes les formes possibles de contact physique. Cela offre la possibilité de rechercher un plus grand nombre de pistes qu'avec le Set d'Agression Sexuelle. Le Set d'Agression Sexuelle, tout comme la procédure habituelle du parquet, mettait principalement l'accent sur la recherche de sperme » (p. 228).

Enfin, les magistrats du parquet prônent également la prise en charge par les CPVS, qui permet notamment de diminuer les obstacles au dépôt de plainte et d'avoir une approche davantage axée sur la victime, désormais au centre du processus. Par exemple, cela est mentionné lors d'une interview réalisée avec un magistrat : « Et évidemment aussi l'humanisation de la prise en charge de ces victimes et la prise en charge dans la durée. Je pense que c'est d'ailleurs de nature aussi à lui (la victime) permettre une réflexion et qui aboutit à une plainte. Jamais au départ, elle n'en voulait pas. Donc je pense vraiment que la qualité de la prise en charge de la victime a une grande influence sur l'enquête, enfin sur sa décision de déposer plainte, sur l'enquête (...) » (p. 239).

Quelques chiffres

Quelques chiffres sont présentés afin d'illustrer l'état de la situation actuelle. Ces données sont issues du rapport annuel rédigé par l'UGent-ICRH¹⁴ et proviennent de la période allant du 25 octobre 2017 au 31 décembre 2021.

Caractéristiques des victimes

En tout, les CPVS ont accueilli 4.943 victimes, ce qui correspond à une moyenne de 128 victimes par mois pour les CPVS de Flandre occidentale (Gand), Bruxelles et Liège (figure 2)^V. 30 % des victimes sont mineures. Une augmentation statistiquement significative ($X^2 = 21,19$; $df = 3$; $p < 0,001$) du nombre de victimes âgées de moins de 18 ans a été constatée au cours de l'année 2021, ce que nous pouvons peut-être imputer au COVID-19 et aux mesures de confinement qui en ont découlé. 90 % des victimes sont de sexe féminin et près de la moitié des victimes sont encore aux études.

39 % des victimes se rendent de leur propre initiative au sein d'un CPVS, un nombre en augmentation constante au fil des années (figure 3). 35 % des victimes contactent d'abord la police, qui, conformément aux accords avec l'hôpital et le parquet, les conduit au CPVS pour être prises en charge. Enfin, 20 % des victimes sont renvoyées au CPVS par d'autres services de santé ou psychosociaux. Nous pouvons raisonnablement penser que ce dernier pourcentage augmentera lorsque les CPVS feront l'objet d'une campagne à plus grand échelle, prévue pour mi-2023.

Caractéristiques des violences sexuelles

La majorité des victimes se présente au CPVS dans les 72 heures après les faits, ce qui est évidemment essentiel étant donné que plus le délai entre les violences sexuelles et la prise en charge est court, plus la probabilité de pouvoir récolter des traces lors de l'examen médico-légal est grande (figure 4). Au sein des CPVS, les examens médico-légaux sont pratiqués jusqu'à une semaine après les faits.

V Les CPVS d'Anvers et du Hainaut (Charleroi) n'ayant ouvert leurs portes que fin 2021, il n'est pas encore possible de les prendre en compte dans la plupart des calculs.

Figure 2

Nombre d'admissions par an (tous les CPVS).

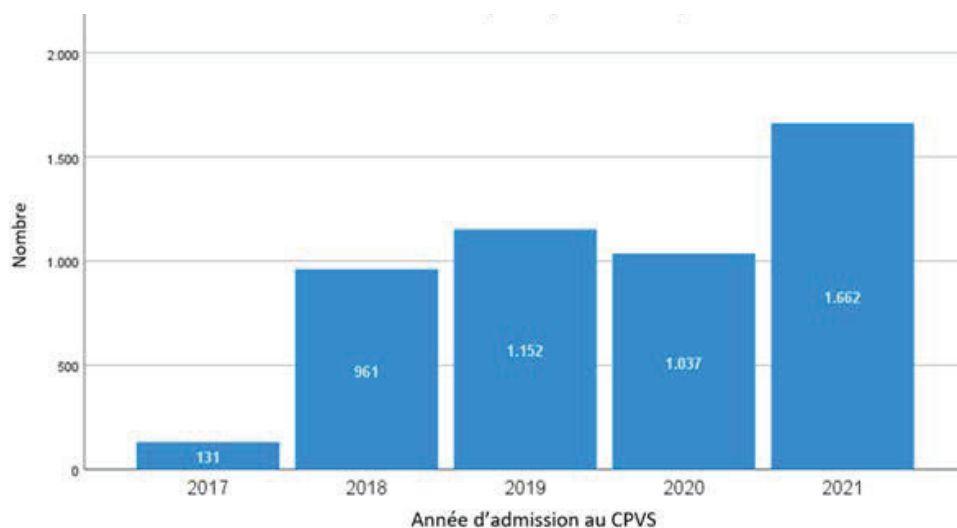


Figure 3

Mode d'admission (tous les CPVS).

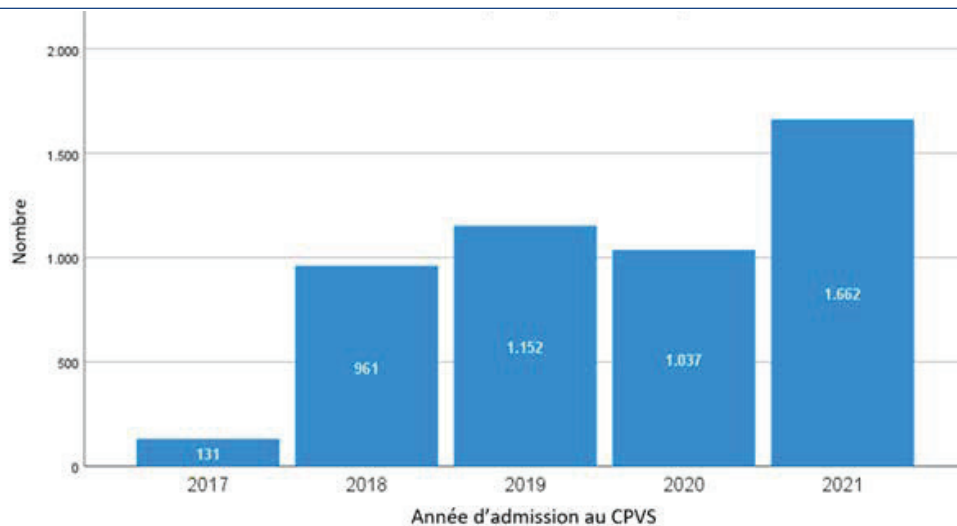
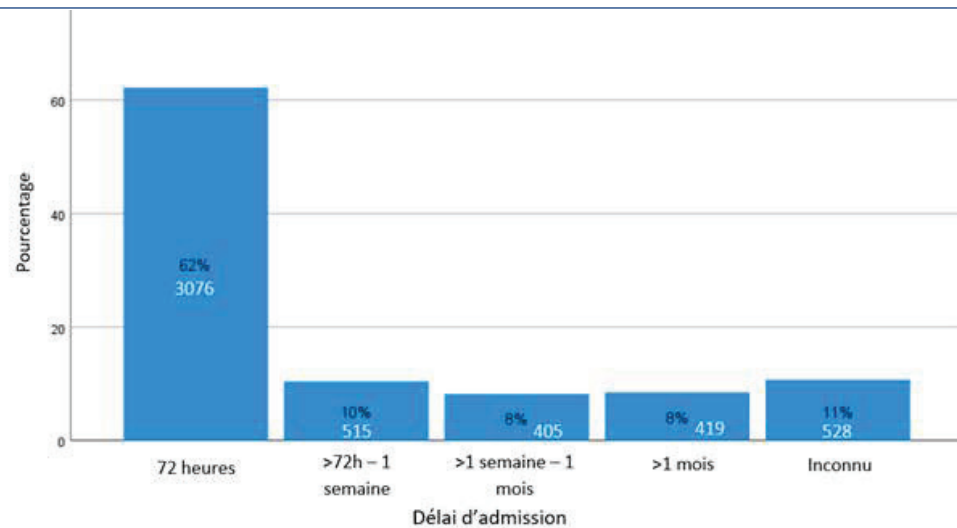


Figure 4

Délai d'admission (tous les CPVS).



La plupart des victimes se présentent au CPVS à la suite d'un viol (ou une tentative de viol) (figure 5), ce qui signifie que le CPVS rencontre bien le public-cible tel qu'énoncé dans la Convention d'Istanbul (voir ci-dessus).

La victime connaissait l'auteur dans 63 % des cas (partenaire, ex-partenaire, membre de la famille ou du ménage ou connaissance), ce qui est fidèle aux conclusions de la littérature scientifique (figure 6)^{VI}. Cette proportion est encore plus élevée chez les mineurs (72 %).

Dépôt de plainte

63 % (N=3108) des victimes ont décidé de déposer plainte lors de leur première prise en charge au sein

du CPVS. Parmi toutes les victimes qui ont déposé plainte, nous pouvons estimer que le CPVS a pu avoir un impact sur leur décision dans 16 % des cas : alors que la victime n'avait pas encore décidé de plainte avant son arrivée au CPVS, elle l'a fait à la suite d'une discussion avec l'infirmier légiste et pendant la gestion du cas. Lorsque la victime ne dépose pas plainte lors de sa première admission, les échantillons prélevés lors de l'examen médico-légal sont conservés, avec son accord, pendant six mois au CPVS (50 ans pour les victimes mineures) et peuvent donc encore être utilisés comme preuves lors d'éventuelles poursuites judiciaires. Ce point est rappelé par l'infirmier légiste lorsqu'il contacte la victime lors de la gestion du cas.

Figure 5
Type de victimisation pour lequel la victime a été admise au CPVS (tous les CPVS).

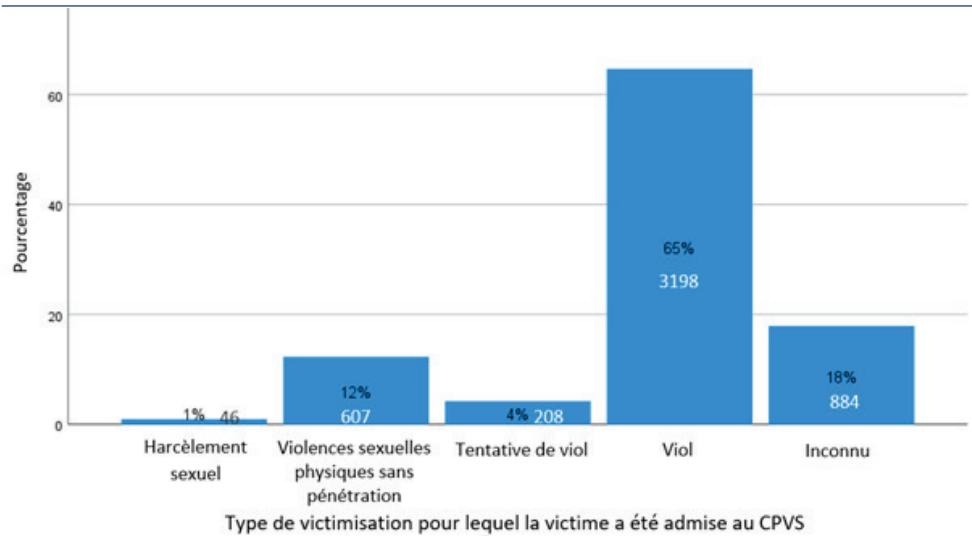
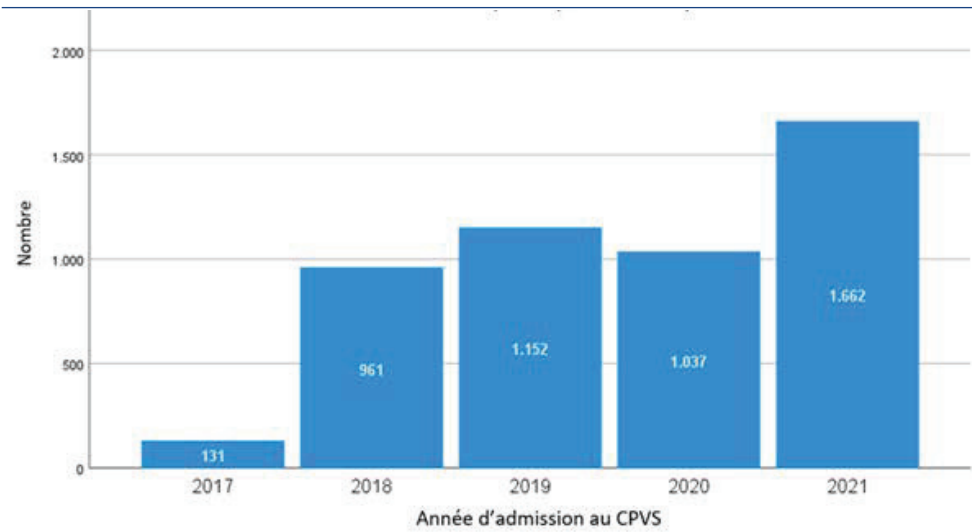


Figure 6
Relation victime-auteur (tous les CPVS).



VI Voir par exemple les références 1, 15, 16.

CONCLUSION

Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles sont une réponse apportée à un problème de société mondial : les violences sexuelles. Comme cet article l'a montré, les CPVS sont une grande avancée, à la fois soulignée par les victimes elles-mêmes et par les professionnels. Basés sur un modèle de prise en charge holistique par du personnel formé en un seul lieu, ils apportent une aide aux victimes qui a été mise en avant par de nombreux articles scientifiques et recommandations internationales.

Cependant, il est évident que les CPVS sont encore un projet jeune, de quelques années à peine et qu'une évolution constante de leur modèle est nécessaire, aussi bien par rapport aux avancées médicales, médico-légales que psychosociales. Ainsi, le modèle national est mis à jour chaque année à la suite de groupes de travail qui réunissent des experts du domaine et des personnes travaillant sur le terrain. De plus, une campagne permettant de faire mieux connaître les CPVS, aussi bien au niveau de la population générale, qu'envers le public-cible de victimes ou les professionnels, doit encore être mise en place. En effet, dans une étude belge à grande échelle, seule la moitié des médecins interrogés (56,1%) connaissait l'existence des CPVS et la plupart d'entre eux pensaient que le but principal des CPVS était uniquement la prise en charge psychologique³.

En outre, les CPVS ne sont qu'une réponse parmi d'autres aux violences sexuelles. Leur focus reste une prise en charge en phase aiguë pour les victimes de (tentative de) viol et d'atteinte à l'intégrité sexuelle dans les sept jours précédant l'admission. Dès lors, une plus grande attention et une collaboration renforcée avec les services d'aide et d'assistance existants est nécessaire, afin que les Centres de Prise en charge trouvent leur place dans le paysage et que toutes les victimes de violences sexuelles puissent obtenir l'aide dont elles ont besoin.

Enfin, l'accord du gouvernement fédéral mentionne l'ouverture de 10 CPVS pour 2024. Cependant, le lancement de 4 centres supplémentaires (pour les arrondissements de Hal-Vilvoorde, d'Eupen, du Brabant wallon et de Mons-Tournai) permettrait une prise en charge plus étendue et adaptée (à la fois par rapport à la distance et à la langue) pour toutes les victimes se trouvant sur le territoire. Pour l'instant, aucun budget n'a pu être dégagé à cet effet.

Conflits d'intérêt : néant.



SCANNEZ ce QR-Code pour répondre aux questions et obtenir 1 point d'accréditation

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé & Organisation Panaméricaine de la Santé. (2012). Comprendre et lutter contre la violence à l'égard des femmes: la violence sexuelle. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/86236> Consulté pour la dernière fois le 19/12/22.
2. Statistiques policières de criminalité, Belgique, 2000-2021 https://www.stat.policefederale.be/assets/pdf/crimestat/nationaal/rapport_2021_trim4_nat_belgique_fr.pdf Consultées pour la dernière fois le 19/12/22.
3. Keygnaert I, De Schrijver L, Cismaru Inescu A, Schapansky E, Nobels A, Hahaut B *et al.* (2021). Understanding the Mechanisms, Nature, Magnitude and Impact of Sexual Violence in Belgium. Final Report. Brussels: Belgian Science Policy 2021.
4. McLean SA, Soward AC, Ballina LE, Rossi C, Rotolo S, Wheeler R *et al.* Acute severe pain is a common consequence of sexual assault. *J Pain.* 2012;13(8):736-41. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.04.008>.
5. McFarlane J, Malecha A, Watson K, Gist J, Batten E, Hall I *et al.* Intimate partner sexual assault against women: frequency, health consequences, and treatment outcomes. *Obstet Gynecol.* 2005;105(1):99-108.
6. Basile KC, Clayton HB, Rostad WL, Leemis RW. Sexual Violence Victimization of Youth and Health Risk Behaviors. *Am J Prev Med.* 2020;58(4):570-9. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.11.020>
7. Suprakash C, Ajay K B, P S Murthy, Biswajit J. Psychological Aspects of Rape and Its Consequences. *Psychol Behav Sci Int J.* 2017;2(3):555586. DOI: 10.19080/PBSIJ.2017.02.555586
8. Peeters L, Vandenberghe A, Hendriks B, Gilles C, Roelens K, Keygnaert I. Current care for victims of sexual violence and future sexual assault care centres in Belgium: the perspective of victims. *BMC Int Health Hum Rights.* 2019;19(1):1-12.
9. Conseil des Femmes Francophones de Belgique. Protocoles de prise en charge des victimes de violences sexuelles à destination des professionnel·le·s de la santé et de la justice, Viols et Violences sexuelles;2014.
10. World Health Organization. Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence. World Health Organization. 2003: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42788> Consulté pour la dernière fois le 19/12/22.
11. Bramsen RH, Elklit A, Nielsen LH. A Danish model for treating victims of rape and sexual assault: the multidisciplinary public approach. *Journal of Aggression,*

- Maltreatment & Trauma. 2009;18(8):886-905. DOI: 10.1080/10926770903291811.
12. Baert S, Keygnaert I. Rapport d'évaluation du projet-pilote des Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Gand: Université de Gand. Département de la Santé publique et des Soins primaires. International Centre for Reproductive Health. 2019.
 13. Organisation mondiale de la Santé. Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes: recommandations cliniques et politiques. 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88186/WHO_RHR_13.10_fre.pdf. Consulté pour la dernière fois le 19/12/22.
 14. Fomenko L, Saar B, Keygnaert I. Zorgcentra Na Seksueel Geweld in België: Evolutief Jaarrapport 2021. Gent: Universiteit Gent - ICRH. 2022.
 15. Dartnall E, Jewkes R. Sexual violence against women: the scope of the problem. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27(1):3-13.
 16. Smith SG, Basile KC, Gilbert LK, Merrick MT, Patel N, Walling M *et al.* National intimate partner and sexual violence survey (NISVS): 2010-2012 state report. 2017.

Travail reçu le 17 octobre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 3 janvier 2023.

AUTEUR CORRESPONDANT :

S. MOYSE

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles

Place Victor Horta, 40

1060 Bruxelles

E-mail : sarah.moyse@iefh.belgique.be - egalite.hommesfemmes@iefh.belgique.be

ARMONI

Financial Architects

Et si vous pensiez à l'impensable ?
Planifiez votre succession et protégez votre famille.

12 octobre 2023

Charleroi

23 novembre 2023

Bruxelles

Plus d'informations? Envoyez-nous un email à event@armoni.be

Armoni Financial Architects - Waterloo Office Park Drève Richelle 161 O bte 89
+32 2 321 12 25 - info@armoni.be - www.armoni.be



ÉCHOS DU RÉSEAU

Cahiers de la Faculté	260
Lu pour vous	264
Échos du Réseau	265

A l'ombre de la Fondation Médicale Reine Elisabeth, sur le campus Brugmann : souvenirs des années '70-'90

BERGMANN P.

Chef de Service honoraire, Service de Médecine nucléaire, CHU Brugmann,
Chargé de Cours honoraire, Université libre de Bruxelles (ULB)

Lorsqu'on descend la rue J.-J. Crocq depuis le rond-point de la cité jardin vers la rue Bonaventure, on longe sur la gauche un bâtiment de 2 étages en briques rouges d'une petite centaine de mètres qui fait face au bois de Dieleghem. La façade arrière du bâtiment donne sur le campus de l'Hôpital universitaire Brugmann, site Horta¹. Depuis la rue Crocq, on y pénètre par une large entrée au-dessus de laquelle un bandeau de plaques de céramique porte l'inscription « Fondation Médicale Reine Elisabeth » (F.M.R.E) (illustration 1). Cette belle réalisation art déco due à l'architecte Henri Lacoste fut inaugurée en 1931 pour héberger le siège social de la Fondation, créée en 1926 par S.M. la Reine Elisabeth pour soutenir le développement de la recherche clinique en Belgique.

Illustration 1

Entrée principale de la F.M.R.E, vers la rue J.-J. Crocq (Institut royal du Patrimoine artistique, IRPA).



Illustration 2

Le hall d'entrée (IRPA).



Elle figure régulièrement au programme des Journées du Patrimoine. Outre une partie des laboratoires de biologie clinique de l'Hôpital, les deux niveaux supérieurs ont abrité - et abritent toujours - des laboratoires de l'ULB.

On y entre par un hall spacieux de style orientalisant, dont les parois et les colonnes aux chapiteaux à feuilles d'acanthe sont garnies de plaques de faïence blanches et vertes, éclairé par de beaux vitraux, d'où un large escalier de marbre rouge mène aux surfaces réservées à la recherche, situées au premier étage (illustration 2). Ici, face à l'escalier, l'entrée de la Bibliothèque, un petit bijou sur deux niveaux, avec une galerie supérieure garnie d'une balustrade en fer ornée de coquilles Saint-Jacques. A gauche, une porte donne accès à un long couloir conduisant aux laboratoires.

C'est ici que, dans les années '70, le Pr Pierre-Paul Lambert, Chef du Service de Médecine interne de 1955 à 1975 (illustration 3), dirigeait le Laboratoire de Médecine expérimentale, avec un projet centré sur la physiologie rénale, plus particulièrement le transport transmembra-

Illustration 3

Pr P.-P. Lambert, Chef du Service de Médecine interne de l'Hôpital Brugmann (1955-1975) puis directeur de la F.M.R.E. (1976-1987). (Notice de l'Académie royale de Médecine).



naire au niveau du glomérule, dans la ligne des travaux de Pappenheimer². Des expériences étaient menées chez le chien pour mieux comprendre les mécanismes de la filtration glomérulaire, en particulier le tamisage des macromolécules. Sous anesthésie profonde, l'animal recevait pendant une heure une perfusion de polyvinylpyrrolidone (PVP) marqué à l'¹²⁵I, des macromolécules dont le rayon variait entre < 20 et 80 Å, et d'inuline. L'urine et le plasma récoltés étaient soumis à une chromatographie de filtration sur Sephadex afin de séparer les différentes fractions de PVP en fonction de leur rayon moléculaire et de pouvoir calculer la clairance de ces fractions. Le rapport de ces clairances à celle de l'inuline permettait d'estimer la restriction au passage transmembranaire en fonction du rayon, soit le coefficient de tamisage moléculaire, ϕ . Celui-ci reste voisin de 1 jusqu'à un rayon de 22 Å, puis diminue régulièrement et s'approche de zéro lorsque le rayon dépasse 50 Å. En collaboration avec le Laboratoire de Physique de l'ULB, l'équipe de Lambert avait développé un nouveau modèle mathématique, basé en partie sur la thermodynamique irréversible, pour calculer à partir de ces courbes de tamisage des paramètres physiologiques, tels que le rayon moyen, la distribution de la taille des pores et la pression de filtration. Mr R. Dubois se chargeait de l'analyse mathématique. Les calculs étaient réalisés sur un ordinateur Control Data récemment installé au bâtiment des constructions civiles sur le campus du Solbosch (actuellement le Centre de Calcul). Il y avait là une salle de réunion/bureau où, chaque semaine, Lambert réunissait ses proches collaborateurs, parmi lesquels André Verniory et Jean-Pierre Gassée et quelques assistants,

autour d'un « déjeuner-tartines » arrosé de café et terminé inmanquablement par une banane. On y analysait les résultats des calculs « pondus » par le computer, un volumineux paquet de quelques dizaines de pages. Des publications prestigieuses en ont résulté, notamment dans *Kidney International*³ et dans le *Journal of General Physiology*⁴. J.-P. Gassée, qui succéda à Alain Dewever comme Directeur médical du CHU Brugmann, en fit la matière de sa thèse d'agrégation⁵. Un des buts de ces modèles était de mieux comprendre la physiopathologie de la protéinurie. Cependant, la taille des pores estimée à partir des modèles n'expliquait pas la restriction quasi complète de la filtration de l'albumine au niveau de la membrane glomérulaire, puisque des molécules neutres de PVP de plus de 36 Å⁰, le rayon moléculaire approximatif de l'albumine, étaient encore retrouvées en quantité non négligeable dans l'urine. Cette observation conduisit plusieurs groupes à s'intéresser au rôle des charges négatives fixées dans la membrane glomérulaire dans la restriction de la filtration. Parmi eux, le laboratoire de Barry M. Brenner (*Brigham and Women's Hospital*, Boston), où l'on avait montré que des molécules de dextran-sulfate, chargées négativement, comme l'albumine au pH physiologique, n'étaient plus filtrées pour un rayon de plus de 32 Å⁰⁶. Afin de mieux cerner le rôle de ces charges négatives dans la restriction de la filtration de l'albumine, le groupe de Lambert tenta pour sa part de les neutraliser en perfusant dans l'artère rénale du chien de l'albumine rendue cationique. Ce traitement provoqua effectivement de la protéinurie, mais, pour des molécules fortement cationiques, on a également observé des effets généraux très toxiques, notamment des lésions endothéliales et l'agglutination des plaquettes et des hématies, la « maladie des protéines cationiques ». La Fondation Médicale Reine Elisabeth, sous l'impulsion de P.-P. Lambert, organisa en 1982 un symposium international sur la pathogénicité des protéines cationiques, où de nombreux chercheurs d'Europe et des États Unis firent part de leur expérience dans ce domaine. Les présentations et les discussions ont été publiées chez Raven Press⁷. Parallèlement, en collaboration avec le Professeur de Pathologie B. Aeikens, de Tübingen, une jeune ingénieure, M. Van Damme, travaillait d'arrache-pied à la modélisation de la circulation dans le réseau capillaire glomérulaire afin de simuler complètement le processus de la filtration⁸.

Un peu plus loin vers la proue du bâtiment, à droite, M. Abramow disposait d'un petit local où il perfusait des tubules rénaux corticaux prélevés sur des lapins, une méthode qu'il avait mise au point dans le laboratoire du Pr J. Orloff au NIH. Il fabriquait lui-même à la forge les micropipettes permettant de perfuser les tubes, une épreuve difficilement surmontable par les jeunes assistants qui souhaitaient travailler avec lui. Elie Cogan fut parmi ceux qui persistèrent et il y fit sa thèse sur les effets du lithium sur le transport hydrique par le tube collecteur⁹.

A côté se trouvait le laboratoire où Jacques Corvilain, aidé par Nicole Nijs-De Wolf et Agnès Bergans, développa les premiers immunoessais permettant de doser l'hormone parathyroïdienne (PTH) qui joue un rôle majeur dans le développement des complications squelettiques de l'insuffisance rénale chronique, particulièrement lorsqu'elle est traitée par hémodialyse. Corvilain avait ramené d'un séjour aux Etats-Unis des anticorps dirigés contre les épitopes N- et C-terminaux de la PTH¹⁰ permettant de doser des fragments circulants. Malgré leur manque de sensibilité et de spécificité, ces premiers dosages ont aidé au diagnostic des hyperparathyroïdies primaire et secondaire et à la compréhension de la physiopathologie des maladies du métabolisme phosphocalcique¹¹. Après 1986, les dosages radio-immunométriques reconnaissant l'hormone « intacte » les remplacèrent et furent intégrés dans les activités du Laboratoire de Chimie clinique, mais N. De Wolf développa ensuite des essais biologiques de dosage de la PTH, l'un *in vivo* sur le poussin (augmentation de la calcémie), l'autre *in vitro*, basé sur la production d'AMP cyclique par des membranes rénales de chien. Grâce à ces essais, J. Corvilain put démontrer la présence d'une activité PTH-like dans l'urine¹². Lorsque j'eus ramené du laboratoire du Pr Larry Raisz (*University of Connecticut Health Center*) un modèle de résorption osseuse *in vitro*, nous avons utilisé le bio-essai cAMP pour suivre l'activité de la PTH ajoutée au milieu de culture. Nous eûmes la surprise d'observer que le milieu incubé avec les rudiments osseux sans PTH ajoutée stimulait l'adénylate cyclase¹³. Ce fut le point de départ d'un travail auquel participa également Rafik Karmali démontrant que les os produisent un peptide PTH-like, qui s'avéra être le PTHrP (*PTH-Related peptide*) récemment identifié comme responsable de l'hypercalcémie de la malignité^{14,15}. Ce peptide, produit par les ostéoblastes, semble jouer un rôle physiologique local de stimulation de la formation osseuse¹⁶. Anne Demulder a également ramené du laboratoire de Greg Mundy et David Roodman à San Antonio un modèle de culture d'ostéoclastes, les cellules responsables de la résorption de l'os, qui a été utilisé en collaboration avec le CTR pour étudier les conséquences d'une paraplégie sur le développement de ces cellules¹⁷. Utilisant ces mêmes modèles, Thierry Pepersack a démontré que le lithium inhibait la résorption osseuse et le développement des ostéoclastes^{18,19}. Plus tard, on comprit que cette inhibition résultait probablement de l'activation par le lithium de la voie Wnt²⁰.

Autre molécule essentielle dans l'évaluation de la santé osseuse, la vitamine D. Le dosage de son principal métabolite circulant, le 25 hydroxycholecalciférol, fut développé parallèlement par Henry Brauman et Maurice Verbanck. Ensuite, Michel Fuss ramena de Manchester celui, par radio-immunoessai après purification HPLC à l'époque, de son métabolite actif synthétisé par les tubes rénaux, le 1,25 dihydroxycholecalciférol, dont il tira profit pour diverses études cliniques, notamment sur la physiopathologie de la

carence en magnésium²¹ et sur les affections granulomateuses²². Ces développements furent à l'origine de l'intérêt du CHU Brugmann pour les maladies osseuses - intérêt toujours bien présent aujourd'hui avec l'étude épidémiologique de l'ostéoporose (FRISBEE) initiée il y a 15 ans par Jean-Jacques Body.

Qui dit pathologie rénale dit hypertension. La régulation de la tension artérielle fut le domaine d'André Verniory, assisté de Michel Staroukine, avec l'aide technique de Jean-Marie Giot, d'une grande habileté dans la perfusion des artères murines par des cathéters PE10 ou PE50 permettant de suivre la pression artérielle des rats Wistar en expérimentation. Ce groupe développa également les outils pour l'étude du fonctionnement du système rénine/angiotensine²³.

L'anémie est également une complication classique de l'insuffisance rénale. Jean-Pierre Naets s'y intéressa et fut parmi les premiers à montrer que le rein était le principal site de production de l'érythropoïétine²⁴.

La neurologie fut aussi bien représentée à la FMRE. Christian Coërs y installa, avec la collaboration du Dr N. Telerman-Toppet, son laboratoire d'étude morphologique de la jonction neuro-musculaire, un domaine où il fut pionnier²⁵. Et, *last but not least*, ce fut là que J.-J. Vanderhaeghen, alors Chef de la Clinique de Neuropathologie au Service d'Anatomopathologie, mit en évidence la présence dans le système nerveux central, de la cholecystokinine (CCK) ajoutant ce peptide digestif à la liste des neurotransmetteurs^{26,27}.

En 1986, le Conseil d'Administration de la FMRE décida de mettre fin au bail emphytéotique qui la liait aux hôpitaux et le bâtiment fut remis pour un franc symbolique aux bons soins du CPAS. Heureusement, le premier étage et les combles purent rester affectés à la recherche et à l'animalerie pour petits animaux. Ce fut aussi l'année où s'ouvrit sur le campus l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola. Le Laboratoire de Pédiatrie dirigé par le Pr Henri Vis s'installa au premier étage de la Fondation. Il en occupa environ la moitié, dont l'ancienne salle d'opération où on réalisait les expériences de tamisage et le bureau où se tenaient les réunions hebdomadaires avec le Pr Lambert. Avec le départ de Jean-Jacques Vanderhaeghen pour le Laboratoire facultaire de Neurophysiologie, les activités se recentrèrent sur le métabolisme phosphocalcique et le métabolisme osseux. Actuellement, le Pr Francis Corazza a repris la direction du Laboratoire de Recherche translationnelle, avec une orientation immunologique.

Site consulté : <https://www.f mre-gske.be/pages/fr/historique.html>

Remerciements : Je remercie mon épouse, Nicole Bingen, qui m'a encouragé à écrire ce texte, pour sa relecture attentive et les corrections qu'elle y a apportées, ainsi que Michel Fuss et Nicole Nijs-De Wolf pour leurs avis.

BIBLIOGRAPHIE

1. Du côté de Brugmann, un hôpital dans son siècle. Sous la direction de D. Désir. Bruxelles: Ed. Ercée; 2006.
2. Pappenheimer JR. Filtration, diffusion and molecular sieving through peripheral capillary membranes. *Am J Physiol*. 1951;167:13-46.
3. Lambert PP, Verniory A, Gassée JP, Ficherouille P. Sieving equations and effective glomerular filtration pressure. *Kidney Int*. 1972;2:131-2.
4. Verniory A, DuBois R, Decoodt P, Gassée JP, Lambert PP. Measurement of the permeability of biological membranes. Application to the glomerular wall. *J Gen Physiology*. 1973;62:489-507.
5. Gassée JP. Hémodynamique glomérulaire et tamisage des macromolécules de polyvinylpyrrolidone. Thèse d'agrégation, Université libre de Bruxelles, 1974.
6. Bennett CM, Glasscock RJ, Chang RLS, Deen WW, Robertson CR, Brenner BM. Permselectivity of the glomerular capillary wall. Studies of experimental glomerulonephritis in the rat using dextran sulfate. *J Clin Invest*. 1976;57:1287-94.
7. Lambert PP, Bergmann P, Beauwens R. The pathogenicity of cationic proteins. Raven Press;1983.
8. Lambert PP, Aeikens B, Bohle A, Hanus F, Pegoff S, Van Damme MA. Network Model of Glomerular Function. *Microvascular Research*. 1982;23:99-128.
9. Cogan E, Abramow M. Inhibition by lithium of the hydroosmotic action of vasopressin in the isolated perfused cortical collecting tubule of the rabbit. *J Clin Invest*. 1986;77(5):1507-14.
10. Arnaud CD. Radioassay of the calciotropic hormones. *Metabolism*. 1973;22(8):1013-20.
11. Corvilain J, Manderlier T, Brauman H, Fuss M. Le dosage sanguin de la parathormone [Parathyroid hormone levels in the blood]. *Bull Acad R Med Belg*. 1972;12(5):303-22.
12. Nijs-Dewolf N, De Nutte N, Brauman J, Corvilain J. Parathyroid hormone like biological activity in urine. *Clin Sci Mol Med*. 1978;54:349-53.
13. Bergmann P, Nijs-De Wolf N, Pepersack T, Corvilain J. Release of parathyroid hormonelike peptides by fetal rat long bones in culture. *J Bone Miner Res*. 1990;5(7):741-53.
14. Karmali R, Schiffmann SN, Vanderwinden JM, Hendy GN, Nys-DeWolf N, Corvilain J *et al*. Expression of mRNA of parathyroid hormone-related peptide in fetal bones of the rat. *Cell Tissue Res*. 1992;270(3):597-600.
15. Moseley JM, Kubota M, Diefenbach-Jagger H, Wettenhall RE, Kemp BE, Suva LJ *et al*. Parathyroid hormone-related protein purified from a human lung cancer cell line. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1987;84(14):5048-52.
16. Miao D, He B, Jiang Y, Kobayashi T, Sorocéanu MA, Zhao J *et al*. Osteoblast-derived PTHrP is a potent endogenous bone anabolic agent that modifies the therapeutic efficacy of administered PTH 1-34. *J Clin Invest*. 2005;115(9):2402-11.
17. Demulder A, Guns M, Ismail A, Wilmet E, Fondu P, Bergmann P. Increased osteoclast-like cells formation in long-term bone marrow cultures from patients with a spinal cord injury. *Calcif Tissue Int*. 1998;63(5):396-400.
18. Pepersack T, Corvilain J, Bergmann P. Effects of lithium on bone resorption in cultured fetal rat bones. *Europ J Clin Invest*. 1994;24:400-5.
19. Pepersack T, Corazza F, Demulder A, Guns A, Fondu P, Bergmann P. Lithium inhibits calcitriol-stimulated formation of multinucleated cells in human long term bone marrow culture. *J Bone Mineral Res*. 1994;9:645-50.
20. Glass DA 2nd, Bialek P, Ahn JD, Starbuck M, Patel MS, Clevers H *et al*. Canonical Wnt signaling in differentiated osteoblasts controls osteoclast differentiation. *Dev Cell*. 2005;8(5):751-64.
21. Fuss M, Bergmann P, Bergans A, Bagon J, Cogan E, Peper-sack T *et al*. Correction of low circulating levels of 1,25-dihydroxyvitamin D by 25hydroxyvitamin D during reversal of hypomagnesemia. *Clin Endocrinol*. 1989;31:318.
22. Fuss M, Karmali R, Pepersack T, Bergans A, Dierckx P, Prigo-gime T *et al*. Are tuberculous patients at a great risk from hypercalcemia? *Quart J Med*. 1988;69:86978.
23. Staroukine MA, Giot JM, Verniory AE. Effect of low doses of angiotensin II perfusion on the hypotensive action of captopril in anaesthetized normotensive and spontaneously hypertensive rats. *J Hypertens*. 1986;4(1):27-33.
24. Naets JP. The role of kidney in erythropoiesis. *J Clin Invest*. 1960;39:102-10.
25. Coërs C, Woolf AL. The innervation of muscle : a biopsy study. Blackwell, Oxford;1959.
26. Robberecht P, Deschodt-Lanckman M, Vanderhaeghen JJ. Demonstration of biological activity of brain gastrin-like peptidic material in the human: its relationship with the COOH-terminal octapeptide of cholecystokinin. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1978;75(1):524-8.
27. Schiffmann S, Mailleux P, Przedborsky P, Halleux P, Lostra F, Vanderhaeghen JJ. Cholecystokinin distribution in the human striatum and related subcortical structures. *Neurochem Int*. 1989;14:167-73.

Travail reçu le 8 décembre 2022 ; accepté dans sa version définitive le 20 décembre 2022.

AUTEUR CORRESPONDANT:

P. BERGMANN
Faculté de Médecine
Hôpital Brugmann - CP 403/40
Place Van Gehuchten, 4 - 1020 Bruxelles
E-mail : pierre.bergmann@chu-brugmann.be

Science de la résilience – Petit traité pour les psys et pour les autres

LEYS C. et FOSSION P.

Ed. O. Jacob (Paris), février 2023 - ISBN : 2415004456, 20 euros, 176 p.

« La résilience, c'est l'art de naviguer dans les torrents », proposait déjà Boris Cyrulnik avant d'écrire la préface de l'ouvrage de Christophe Leys et Pierre Fossion. Ces deux ouvriers-psys, comme il les nomme, nous présentent en 160 pages le fruit de plusieurs années de recherche et de réflexion sur le concept de résilience en psychologie. Après lecture, ce livre rend caduques toutes les définitions de la résilience proposées par différents dictionnaires. Par simplicité, introduisons dès maintenant qu'il s'agit globalement d'une capacité à surmonter l'adversité.

L'accent tonique dans le titre « Science de la résilience » rend immédiatement compte du type d'ouvrage que l'on tient en main. C'est en effet avec une approche scientifique rigoureuse que les auteurs s'attachent d'abord à baliser le spectre de réflexion entre le bien-être (modèles eudémoniste et hédoniste) et la détresse psychologique. Ils présentent ensuite différents déterminants de la résilience, que ce soit au niveau psychologique (stratégies de *coping*), biologique (neuroanatomie, molécules, génétique et épigénétique) ou psychosocial (compétence familiale, environnements sains et stables, relations sociales « positives »), comme le propose l'approche biopsychosociale de la médecine chère à Engel.

C'est un exercice délicat de présenter des concepts psychologiques qui sont nécessairement abstraits et parfois difficiles à mettre à l'épreuve de protocoles scientifiques. Les auteurs parviennent cependant à exprimer clairement des concepts complexes, nuancés et parfois paradoxaux. Ils prennent régulièrement les précautions de langage d'usage lorsqu'ils exposent des hypothèses et interprètent des résultats, sans que cela ne vienne polluer ou obscurcir le propos. Comme ils l'écrivent eux-mêmes : « nommer les choses est une étape indispensable à leur conceptualisation et à leur étude ; mais, une fois fixé, un nom emprisonne ce qu'il désigne dans une appellation dont les limites ne sont pas toujours claires. ». Le chapitre traitant des échelles de mesure de la résilience illustre particulièrement bien

ce propos. Ces dernières sont des outils qui témoignent des différentes facettes du concept de résilience, par leurs structures et leurs items.

Une part importante est donnée aux émotions et à leurs composantes physiques, cognitives et comportementales. Les processus émotionnels identifiés semblant sous-tendre le phénomène de résilience sont notamment la tendance à ressentir des émotions positives, l'optimisme et le sentiment d'impuissance. Les auteurs tiennent à ajouter l'humour, à cheval entre émotions et cognitions, et dont ils n'hésitent pas à faire usage tout au long du livre, comme pour en alléger sa lecture, sans jamais en abîmer la pertinence.

L'une des questions articulant l'ouvrage est celle de savoir si la résilience est un trait fixe et inné ou une aptitude qui peut être développée ou détériorée. Le livre expose des arguments en faveur des deux hypothèses ainsi qu'une proposition de compromis dans la plus grande tradition belge. Considérer la résilience uniquement comme un trait inné rendrait toute intervention psychothérapeutique triviale. Optimistes, les auteurs terminent leur ouvrage en présentant différents axes thérapeutiques qui peuvent influencer la résilience. Ils nous introduisent à des méthodes telles que l'EMDR (*Eye Movement Desensibilization and Reprocessing*), l'hypnose, l'auto-compassion et la thérapie d'acceptation et

d'engagement (ACT). L'acceptation se distingue de la résignation par l'action qui suit l'arrêt de la lutte inutile, action engagée vers des valeurs identifiées comme importantes pour l'individu concerné. Ces axes thérapeutiques sont résolument humanistes et existentialistes, car ils offrent une certaine liberté face à l'adversité et invitent à trouver la force de surmonter ce qui ne peut être changé, le courage de changer ce qui peut l'être, mais aussi la sagesse de distinguer l'un de l'autre, comme l'a si bien dit Marc Aurèle.

D.-C. FRENCH

Service de Psychiatrie - Laboratoire du Sommeil,
Hôpital Erasme, H.U.B (ULB)

UN CONSEIL MÉDICAL UNIQUE, UNE ÉVIDENCE POUR AVANCER ENSEMBLE

L'Hôpital universitaire de Bruxelles (H.U.B), composé de l'Hôpital Erasme, de l'Institut Jules Bordet et de l'Hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola, compte plus de 800 médecins. Pour améliorer les collaborations, la communication intra-services et les trajets de soins, les médecins ont voté fin décembre pour la mise en place d'un Conseil Médical unique. Une unicité vue comme une évidence et qui respecte les identités de chaque hôpital. Cette forme de représentation du corps médical transversale permet de soutenir les projets respectifs et communs, pour la médecine d'aujourd'hui et de demain.

L'ensemble du corps médical sous une même coupole

Le rattachement universitaire de chaque hôpital à l'Université Libre de Bruxelles (ULB) a permis aux 3 conseils médicaux respectifs de coopérer régulièrement dans le passé. La formation de l'Hôpital universitaire de Bruxelles (H.U.B), en tant qu'Hôpital académique de la Ville de Bruxelles en octobre 2021, a consolidé cette coopération. Dans cette logique, une gouvernance commune s'est donc vite avérée être une évidence. Ainsi, le 20 décembre 2022, les médecins de l'Hôpital universitaire de Bruxelles (H.U.B) se sont réunis et ont opté, avec plus de 80 % des votes, pour le déploiement d'un Conseil médical unique. Cette forme de représentation du corps médical au sein de la gouvernance hospitalière vise à faciliter et à améliorer la collaboration inter-services et la bonne répartition des activités. Pour la suite, les futurs représentants des médecins au sein du Conseil médical unique seront désignés lors des nouvelles élections à la rentrée académique. Les votes se feront par voie électronique.

Unifier tout en respectant les identités de chaque hôpital

Le Conseil médical a notamment pour rôle la coordination de l'activité médicale, la promotion de soins de qualité et l'harmonisation de trajets patients accessibles à tous au sein des réseaux hospitaliers tout en préservant un esprit de collaboration entre les médecins. Si l'Hôpital universitaire de Bruxelles se déploie au travers de sa gouvernance et de sa transversalité, la volonté de préserver l'identité de chaque institution, tant pour les collaborateurs que pour les patients, reste une priorité. En effet, chacun d'eux est reconnu à l'échelle nationale et internationale pour ses projets et ses avancées médicales, qu'elles soient oncologiques, pédiatriques ou spécialisées.



Légende : Sylvie Tenoutasse, présidente du CM de l'Hudorf, Turgay Tuna, président du CM d'Erasme, Laurence Buisseret, présidente du CM de l'Institut Jules Bordet, et Virginie De Wilde, présidente du CMU.

NOUVEAU CYCLE DE CONFÉRENCES EN COLLABORATION AVEC L'H.U.B

Créé en 2021 dans le cadre d'un accord historique entre la Ville de Bruxelles et l'Université libre de Bruxelles, l'Hôpital universitaire de Bruxelles (H.U.B) regroupe l'Institut Jules Bordet, l'Hôpital Erasme et l'Hôpital universitaire des Enfants Reine Fabiola (HUDERF). Grâce à ce regroupement, l'H.U.B devient l'Hôpital académique de l'Université libre de Bruxelles.

Ce cycle de conférence propose un focus sur les expertises médicales et scientifiques de chacun des hôpitaux de l'H.U.B.

La première édition aura lieu le mercredi 28 juin à 19h et sera dédiée à l'oncologie. Ce sera aussi l'occasion de vous faire découvrir les nouvelles installations de l'Institut Jules Bordet.

PROGRAMME DE LA SOIRÉE

- 19h00 : Drink d'accueil & visite de l'Institut Jules Bordet
- 19h30 : Mot de bienvenue & présentation de la thématique du jour
- 19h35 : Urgences oncologiques, Anne-Pascale MEERT
- 20h00 : La radiothérapie aujourd'hui, Dirk VAN GESTEL
- 20h30 : Le cancer du sein en post-covid, Evandro DE AZAMBUJA
- 21h00 : Questions / réponses
- 21h30 : Clôture

INFORMATIONS PRATIQUES

Adresse : Institut Jules Bordet, rue Meylemeersch 90 à 1070 Bruxelles

Auditoire : Auditoire Tagnon (route 2980)

Inscriptions : Séance gratuite mais inscription obligatoire par mail à info@amub-ulb.be



Dynamiques des violences interpersonnelles

Outils pour une approche intégrée

CERTIFICAT UNIVERSITÉ ET HAUTE ÉCOLE (12 ECTS)

ÉDITION 2023



Formation
interdisciplinaire
-
Animée par des
expert.e.s

Vous êtes professionnel.le de la santé, du social, du juridique ou de la communication.

Vous souhaitez vous former à la détection et l'accompagnement de situations de violences à l'égard de la personne en situation de vulnérabilité(s) ?

Module thématique 2

Formation violences à l'égard de la personne en situation de vulnérabilité(s)

LGBTQIA+, handicaps, migration/minorités ethniques, séjour illégal, sans abris...

Objectifs	A l'issue de la formation, les participant.e.s seront outillé.e.s pour : • Mobiliser les concepts et savoirs relatifs aux dynamiques des violences à l'égard des personnes en situation de vulnérabilité(s) • Oser une démarche pro-active face aux situations à risque et aux violences qui ne se disent pas • Créer et renforcer des leviers en vue de changements dans une approche centrée sur la personne • Construire un parcours d'accompagnement dans une perspective éthique et inter - professionnelle
Calendrier Lieu	Les vendredis de 8h30 à 17h30 et samedis de 9h à 13h, sur le campus d'Erasmus • 22-23 septembre 2023 • 13-14 octobre 2023 • 17-18 novembre 2023 • 15-16 décembre 2023
Options pédagogiques	Des cours interactifs en présentiel et en ligne, visites de sites opérateurs, tables rondes avec des expert.e.s, simulations, supervisions de cas, échanges avec des pairs-aidant.e.s, mises à disposition d'outils d'aide à la pratique.

Plus d'informations
sur notre site



www.dmgulb.be

Candidature à envoyer à
anne-marie.offermans@ulb.be
Nombre limité de participant.e.s

Inscription

Prix du minerval : 450€

Accréditation INAMI et avocats.be

Une formation certifiante

- **Module 1 (avril-juin 2023)** - Violences entre partenaires, en ce compris les violences sexuelles
- **Module 2 (sept-déc 2023)** - Violences à l'égard de la personne en situation de vulnérabilité(s) : LGBTQIA+, handicaps, migration/minorités ethniques, séjour illégal, sans abris...
- **Module 3 (jan-avril 2024)** - Maltraitements des enfants et enfants exposés
- **Module 4 (avril-juin 2024)** - Maltraitements envers la personne âgée
- **Module transversal (sept-déc 2024)** - Violences Interpersonnelles

Les modules peuvent être suivis à la carte ou être cumulés en vue de l'obtention du **certificat Université et Hautes écoles - Violences Interpersonnelles - Outils pour une approche intégrée** (12 ECTS).

Microsillon

GALA DU FONDS ERASME

La voix, témoin de notre santé.

Nous vivons une époque formidable où les évolutions technologiques permettent de nouveaux possibles.

A l'occasion de son dîner de gala annuel, le Fonds Erasme pour la recherche médicale à l'Hôpital académique Erasme – H.U.B a fédéré ses mécènes pour soutenir le projet « La voix, témoin de notre santé » du service d'Oto-Rhino-Laryngologie de l'Hôpital Erasme – H.U.B

Selon l'adage, mieux vaut prévenir que guérir, l'équipe du Professeur Marc Vander Ghinst, a présenté l'idée novatrice de développer une méthode de dépistage et de diagnostic précoce de diverses pathologies en se basant simplement sur un enregistrement de la voix.

Des découvertes récentes leur permettent d'ambitionner, au départ de l'analyse de différents paramètres constitutifs de la voix, de pouvoir identifier si un patient souffre potentiellement d'une pathologie et de monitorer son évolution.

L'idée est que les patients puissent, via une application téléchargeable sur leur smartphone, enregistrer leur voix pour qu'une intelligence artificielle l'analyse et transmette les résultats à leur médecin.

Leurs enregistrements successifs permettant ainsi de construire un tableau de bord de l'évolution éventuelle des traceurs vocaux de leur maladie.

Ce programme promet des répercussions positives, d'une part, pour de très nombreux services de l'Hôpital académique Erasme – H.U.B et, d'autre part, pour leurs patients qui, du confort de leur domicile, pourront avoir la réassurance d'un monitoring continu et efficace.

Le Fonds Erasme donne là, une nouvelle opportunité à ses chercheurs d'oser l'audace de leur imagination en développant des avancées médicales, au bénéfice de tous.

Si vous aussi vous souhaitez soutenir nos recherches médicales, faites un don.

ULB-Fonds Erasme

IBAN BE45 6760 9022 2389 / BIC DEGRBEBB

Communication : Soutien de la recherche médicale.



JEUDI
7/09/2023
EN DISTANCIEL

MATIN
DOULEURS CHRONIQUES

MODÉRATEURS : Nathalie MATHIEU
Cindy DEBEY
Robert DIELS

La Douleur
Philippe VOORDECKER

Surconsommation des opioïdes
Nathalie MATHIEU

**Activité physique et kinésithérapie,
quoi prescrire ?**
Morgane CHALON

**Approche interventionnelle
en douleur chronique**
Nathalie VAN CUTSEM

**La douleur chronique dérout le
soignant : réflexions sur la
pratique clinique**
Julia USINA

APRÈS-MIDI
**PÉDIATRIE & TROUBLES
NEURODÉVELOPPEMENTAUX**

MODÉRATEURS : Véronique DELVENNE
Nadine KACENELENOGEN
William URBAIN

**Trouble du spectre autistique : signaux d'alerte
et prise en charge**
Mikhaïl KISSINE

Enfant HP, mythes et réalités
Kristell ACKERMAN

TDAH, prise en charge en 1^{ère} ligne ?
Isabelle MASSAT

**Neurodéveloppement et neuroatypicité :
quelles évaluations pluridisciplinaires**
Véronique DELVENNE

VENDREDI
8/09/2023
EN PRÉSENTIEL

MATIN
OPHTALMOLOGIE

MODÉRATEURS : Deborah LIPSKI
Michaël BERNIER
Pol THOMAS

Chirurgie réfractive
Sina BIDGOLI

**Oeil rouge et urgences ophtalmiques en
médecine générale**
Michaël BERNIER & Pol THOMAS

**Nouveautés en ophtalmologie : DMLA
atrophie et Syfovre, sécheresse oculaire et
IPL, myopie et atropine et recommandations**
Deborah LIPSKI

**Les complications vasculaires oculaires des
principales maladies générales**
Lia JUDIC

APRÈS-MIDI
FERTILITÉ

MODÉRATEURS : Margherita CONDORELLI
Marie-Julie SCHELLENS
Elodie VARLET

Contraceptions définitives
Yannick MANIGART & Daniel MURILLO

**Subfertilité chez la femme : quand commencer
la mise au point, quels examens proposer
et diagnostics les plus fréquents ?**
Romain IMBERT

Subfertilité masculine
David PENING

Cancer et fertilité chez les jeunes adultes
Margherita CONDORELLI

**Orientation sexuelle et identité de genre :
solutions reproductives et fertilité**
Annick DELVIGNE & Stéphanie JOHNSON



SAMEDI
9/09/2023
EN PRÉSENTIEL

MATIN
ADDICTOLOGIE

MODÉRATEURS : Johannes VEESER
Philippe CARDON
Lou RICHELLE

Contextualisation et bonnes pratiques pour un accompagnement adéquat des troubles liés à l'usage de substances en 1^{ère} ligne
Philippe CARDON & Lou RICHELLE

L'intérêt de la pair-aidance dans l'offre d'accompagnement des patients avec un trouble lié à l'usage de substances
Sophie CEPHALE & Marco WILLEMS

Prise en charge des alcooliques anonymes
Nancy BRIES

Mésusage des écrans et d'internet à l'ère de l'hyper-connectivité
Pascal MINOTTE

APRÈS-MIDI
ACTUALITÉS DIAGNOSTIQUES & THÉRAPEUTIQUES

MODÉRATEURS : Joëlle NORTIER
Pierre-Joël SCHELLENS

Comment et pourquoi améliorer le diagnostic de la maladie à corps de Lewy en Afrique du Nord : une approche pragmatique
Kurt SEGERS

Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des toxidermies
Gwendy DUPIRE

Recommandations dans le traitement du diabète de type 2
Laurent CRENIER

Le virage ambulatoire de la néphrologie
Joëlle NORTIER

57^e CONGRÈS
des Journées
d'Enseignement
postuniversitaire

A l'intention des médecins,
post-gradués et étudiants

Du jeudi 7
au dimanche 10
septembre 2023

de 8h30 à 17h00
sauf le dimanche
de 9h00 à 13h00



INFOS & INSCRIPTIONS
www.amub-ulb.be

Accréditation
en cours
de demande

DIMANCHE
10/09/2023
EN DISTANCIEL

MATIN
SÉANCE ÉTHIQUE ET ÉCONOMIE :
FIN DE VIE & ÉTHIQUE

MODÉRATEURS : François DAMAS
Jacqueline HERREMANS
Didier PIQUARD
Julie TOMBEUR

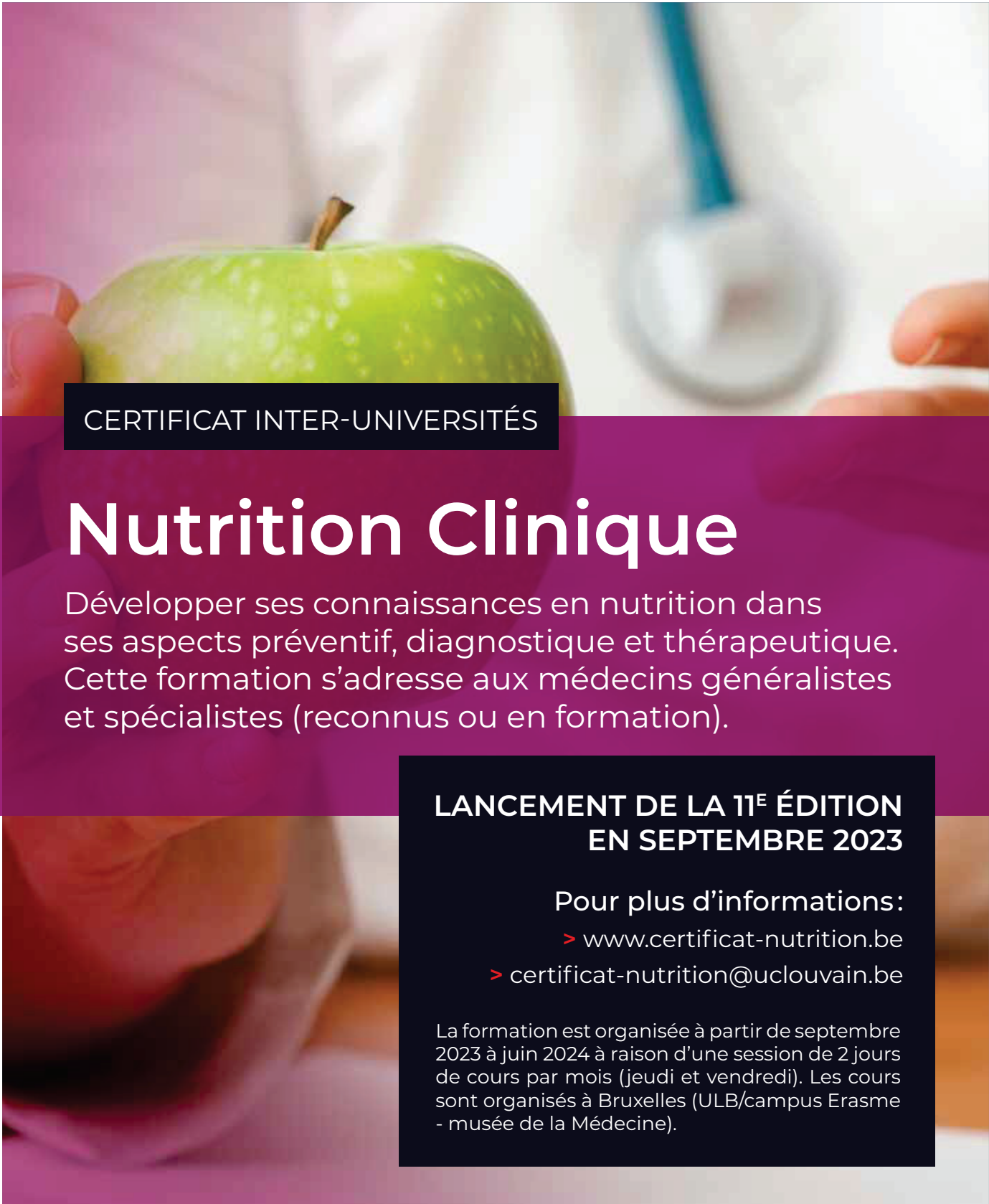
Euthanasie des patients fragilisés

- **Des enfants**
Franck DEVAUX
- **Des patients atteints de troubles cognitifs : situation aux Pays-Bas (cas pratiques)**
Jacqueline HERREMANS

Les principes fondateurs de la loi relative au Droit du patient & son avenir
Tom GOFFIN

Fin de vie : dispositions actuelles & témoignages de médecin
Léon CONSTANT

Comment gérer une demande d'euthanasie, demain dans votre cabinet ?
Philippe NICAISE



CERTIFICAT INTER-UNIVERSITÉS

Nutrition Clinique

Développer ses connaissances en nutrition dans ses aspects préventif, diagnostique et thérapeutique. Cette formation s'adresse aux médecins généralistes et spécialistes (reconnus ou en formation).

**LANCEMENT DE LA 11^E ÉDITION
EN SEPTEMBRE 2023**

Pour plus d'informations:

- > www.certificat-nutrition.be
- > certificat-nutrition@uclouvain.be

La formation est organisée à partir de septembre 2023 à juin 2024 à raison d'une session de 2 jours de cours par mois (jeudi et vendredi). Les cours sont organisés à Bruxelles (ULB/campus Erasme - musée de la Médecine).

▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique Effets indésirables pour les modalités de déclaration des effets indésirables.

Spravato	Prix ex-usine TVA excl.
28 mg - 3 dispositifs pour pulvérisation nasale	540,00 €

DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT : SPRAVATO 28 mg, solution pour pulvérisation nasale. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Chaque dispositif pour pulvérisation nasale contient du chlorhydrate d'eskatamine équivalent à 28 mg d'eskatamine. **FORME PHARMACEUTIQUE :** Solution pour pulvérisation nasale. Solution aqueuse transparente, incolore. **Indications thérapeutiques :** Spravato, en association à un ISRS ou un IRSN, est indiqué chez les adultes pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère. Spravato, coadministré avec un antidépresseur oral, est indiqué chez les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé modéré à sévère, comme traitement aigu à court terme, pour la réduction rapide des symptômes dépressifs, constituant selon l'évaluation clinique une urgence psychiatrique. Voir Résumé des caractéristiques du produit pour une description des populations étudiées. **Posologie et mode d'administration :** La décision de prescrire Spravato doit être prise par un psychiatre. Spravato est destiné à être auto-administré par le patient sous la surveillance directe d'un professionnel de santé. Une séance de traitement consiste en une administration par voie nasale de Spravato et une période d'observation post-administration. L'administration et l'observation post-administration de Spravato doivent avoir lieu dans un cadre clinique approprié. **Évaluation avant traitement :** Avant l'administration de Spravato la pression artérielle doit être mesurée. Si la pression artérielle initiale est élevée, les risques d'augmentation à court terme de la pression artérielle ainsi que le bénéfice du traitement par Spravato doivent être pris en compte. Spravato ne doit pas être administré si une augmentation de la pression artérielle ou de la pression intracrânienne représente un risque grave. Les patients atteints d'une affection cardiovasculaire ou respiratoire cliniquement significative ou instable nécessitent des précautions supplémentaires. Chez ces patients, Spravato doit être administré dans un environnement où un équipement de réanimation approprié et des professionnels de santé ayant reçu une formation en réanimation cardiorespiratoire sont disponibles. **Observation post-administration :** La pression artérielle doit être réévaluée environ 40 minutes après l'administration de Spravato et par la suite si cliniquement nécessaire. En raison de la possibilité de sédation, de dissociation et d'augmentation de la pression artérielle, les patients doivent être suivis par un professionnel de santé jusqu'à ce qu'ils soient considérés comme cliniquement stables et prêts à quitter l'établissement de santé. **Posologie :** *Traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants :* Les recommandations posologiques pour Spravato dans le traitement d'épisode dépressif caractérisé résistant sont fournies dans le Tableau 1 et le Tableau 2 (adultes ≥ 65 ans). Il est recommandé de maintenir la dose reçue par le patient à la fin de la phase d'induction pendant la phase d'entretien. Les adaptations posologiques doivent être faites sur la base de l'efficacité et de la tolérance de la dose précédente. Pendant la phase d'entretien, la posologie de Spravato doit être individualisée à la fréquence la plus basse pour maintenir la rémission/réponse. **Tableau 1 : Posologie recommandée pour Spravato chez les adultes < 65 ans dans le traitement d'épisode dépressif caractérisé résistant : Phase d'induction : Semaines 1 à 4 :** Dose initiale au jour 1 : 56 mg. Doses suivantes : 56 mg ou 84 mg 2 fois par semaine. Les signes indiquant un bénéfice thérapeutique doivent être évalués à la fin de la phase d'induction, afin de déterminer la nécessité de poursuivre le traitement. **Phase d'entretien : Semaines 5 à 8 :** 56 mg ou 84 mg une fois par semaine. **À partir de la Semaine 9 :** 56 mg ou 84 mg toutes les 2 semaines ou une fois par semaine. La nécessité de poursuivre le traitement doit être régulièrement réexaminée. **Tableau 2 : Posologie recommandée pour Spravato chez les adultes ≥ 65 ans dans le traitement d'épisode dépressif caractérisé résistant : Phase d'induction : Semaines 1 à 4 :** Dose initiale au jour 1 : 28 mg. Doses suivantes : 28 mg, 56 mg ou 84 mg 2 fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. **Phase d'entretien : Semaines 5 à 8 :** 28 mg, 56 mg ou 84 mg une fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. **À partir de la Semaine 9 :** 28 mg, 56 mg ou 84 mg toutes les 2 semaines ou une fois par semaine, toutes les modifications de dose doivent être effectuées par paliers de 28 mg. Après l'amélioration des symptômes dépressifs, il est recommandé de maintenir le traitement pendant au moins 6 mois. *Traitement aigu à court terme d'une urgence psychiatrique au cours de l'épisode dépressif caractérisé :* La posologie recommandée de Spravato pour les patients adultes (< 65 ans) est de 84 mg deux fois par semaine pendant 4 semaines. La dose peut être réduite à 56 mg en fonction de la tolérance. Après 4 semaines de traitement par Spravato, le traitement antidépresseur (AD) oral doit être poursuivi, sur la base de l'évaluation clinique. Chez ces patients, le traitement par Spravato doit faire partie d'une prise en charge clinique globale. *Recommandations concernant la prise d'aliments et de boissons avant l'administration du traitement :* Étant donné que certains patients peuvent avoir des nausées et des vomissements après l'administration de Spravato, il doit être conseillé aux patients de ne pas manger pendant au moins 2 heures avant l'administration et de ne pas boire de liquides pendant au moins 30 minutes avant l'administration. *Corticoides par voie nasale ou décongestionnants par voie nasale :* Il doit être conseillé aux patients ayant besoin d'utiliser un corticoïde nasal ou un décongestionnant nasal le jour d'une administration de ne pas prendre ces médicaments dans l'heure précédant l'administration de Spravato. *Séance(s) de traitement manquée(s) :* Au cours des 4 premières semaines de traitement, les patients ayant manqué une ou plusieurs séance(s) de traitement doivent poursuivre le schéma posologique en cours. Durant la phase d'entretien, pour les patients présentant un épisode dépressif caractérisé résistant, si les patients manquent une ou plusieurs séances de traitement et si les symptômes dépressifs se sont aggravés sur la base de l'évaluation clinique, il convient d'envisager un retour au schéma posologique précédent (voir tableaux 1 et 2). *Populations particulières : Patients âgés (65 ans et plus) :* Chez les patients âgés la dose initiale de Spravato dans le traitement d'épisode dépressif caractérisé résistant est de 28 mg d'eskatamine (jour 1, dose initiale, voir Tableau 2 ci-dessus). Les doses suivantes peuvent être augmentées par paliers de 28 mg jusqu'à 56 mg ou 84 mg, en fonction de l'efficacité et de la tolérance. Spravato n'a pas été étudié chez les patients âgés en tant que traitement aigu à court terme d'une urgence psychiatrique au cours de l'épisode dépressif caractérisé. *Insuffisance hépatique :* Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance hépatique légère (classe A de Child Pugh) ou modérée (classe B de Child Pugh). Toutefois, la dose maximale de 84 mg doit être utilisée avec prudence chez les patients présentant une insuffisance hépatique modérée. Spravato n'a pas été étudié chez des patients présentant une insuffisance hépatique sévère (classe C de Child Pugh). L'utilisation dans cette population n'est pas recommandée (voir rubriques 4.4 et 5.2). *Insuffisance rénale :* Aucune adaptation posologique n'est nécessaire chez les patients présentant une insuffisance rénale légère à sévère. Aucune étude sur les patients dialysés n'a été menée. *Patients d'origine japonaise et chinoise présentant des épisodes dépressifs caractérisés résistants :* L'efficacité de Spravato chez les patients japonais et chinois a été étudiée, mais n'a pas été démontrée. *Population pédiatrique :* La sécurité et l'efficacité de Spravato chez les patients pédiatriques âgés de 17 ans et moins n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. L'utilisation de Spravato chez les enfants de moins de 7 ans n'est pas justifiée. **Mode d'administration :** Spravato est destiné à une utilisation nasale uniquement. Le dispositif pour pulvérisation nasale est un dispositif à usage unique qui délivre un total de 28 mg d'eskatamine, en deux pulvérisations (une pulvérisation par narine). Pour éviter la perte de médicament, le dispositif ne doit pas être amorcé avant utilisation. Il est destiné à être administré par le patient sous la surveillance d'un professionnel de santé, en utilisant 1 dispositif (pour une dose de 28 mg), 2 dispositifs (pour une dose de 56 mg) ou 3 dispositifs (pour une dose de 84 mg), avec une pause de 5 minutes entre l'utilisation de chaque dispositif. Éternuement après l'administration : Si un éternuement survient immédiatement après l'administration, aucun nouveau dispositif ne doit être utilisé. *Utilisation de la même narine pour 2 pulvérisations consécutives :* En cas d'administration dans la même narine, aucun nouveau dispositif ne doit être utilisé. L'arrêt du traitement par Spravato ne nécessite pas de diminution progressive de la dose; d'après les données issues des essais cliniques, le risque d'apparition de symptômes de sevrage est faible. **Contre-indications :** • Hypersensibilité à la substance active, la kétamine, ou à l'un des excipients. • Patients pour qui une augmentation de la pression artérielle ou de la pression intracrânienne constitue un risque grave : – Patients présentant une maladie vasculaire de type anévrisme (y compris des vaisseaux intracrâniens, thoraciques, ou de l'aorte abdominale, ou des artères périphériques); – Patients présentant des antécédents d'hémorragie intracérébrale; – Événement cardiovasculaire récent (dans les 6 semaines), y compris infarctus du myocarde (IDM). **Effets indésirables :** Résumé du profil de sécurité : Les effets indésirables les plus fréquemment rapportés chez les patients traités par Spravato étaient une sensation vertigineuse (31 %), une dissociation (27 %), des nausées (27 %), des céphalées (23 %), une somnolence (18 %), une dysgueusie (18 %), des vertiges (16 %), une hypoesthésie (11 %), des vomissements (11 %) et une élévation de la pression artérielle (10 %). **Liste des effets indésirables :** Les effets indésirables rapportés avec l'eskatamine sont listés dans le Tableau 3. Au sein de chaque classe de systèmes d'organes, les effets indésirables sont listés par fréquence, en utilisant la convention suivante : très fréquent (≥ 1/10); fréquent (≥ 1/100 à < 1/10); peu fréquent (≥ 1/1 000 à < 1/100); rare (≥ 1/10 000 à < 1/1 000); très rare (< 1/10 000); fréquence indéterminée (ne peut être estimée sur la base des données disponibles). **Tableau 3 : Liste des effets indésirables : Classe de systèmes d'organes : Fréquence :** Effet indésirable. **Effets indésirables psychiatriques :** Très fréquent : dissociation. Fréquent : anxiété, humeur euphorique, état confusionnel, déréalisation, irritabilité, hallucinations y compris hallucinations visuelles, agitation, illusion, crise de panique, altération de la perception du temps. Peu fréquent : retard psychomoteur, détresse émotionnelle, dysphorie. **Affections du système nerveux :** Très fréquent : sensation vertigineuse, céphalées, somnolence, dysgueusie, hypoesthésie. Fréquent : paresthésie, sédation, tremblements, altération mentale, léthargie, dysarthrie, troubles de l'attention. Peu fréquent : nystagmus, hyperactivité psychomotrice. **Affections oculaires :** Fréquent : vision trouble. **Affections de l'oreille et du labyrinthe :** Très fréquent : vertiges. Fréquent : acouphène, hyperacousie. **Affections cardiaques :** Fréquent : tachycardie. **Affections vasculaires :** Fréquent : hypertension. **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales :** Fréquent : inconfort nasal, irritation de la gorge, douleur oropharyngée, sécheresse nasale y compris croûtes nasales, prurit nasal. Rare : dépression respiratoire. **Affections gastro-intestinales :** Très fréquent : nausées, vomissements. Fréquent : hypoesthésie buccale, bouche sèche. Peu fréquent : hypersécrétion salivaire. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané :** Fréquent : hyperhidrose. Peu fréquent : sueurs froides. **Affections du rein et des voies urinaires :** Fréquent : pollakiurie, dysurie, urgence mictionnelle. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration :** Fréquent : sensation d'état anormal, sensation d'ébriété, asthénie, pleurs, sensation de modification de la température corporelle. Peu fréquent : trouble de la marche. **Investigations :** Très fréquent : élévation de la pression artérielle. **Description d'effets indésirables sélectionnés :** **Dissociation :** La dissociation (27 %) a été l'un des effets psychologiques les plus fréquents de l'eskatamine. D'autres termes associés incluent une déréalisation (2,2 %), une dépersonnalisation (2,2 %), des illusions (1,3 %) et une distorsion temporelle (1,2 %). Ces effets indésirables ont été rapportés comme étant transitoires, auto-limitants et survenant le jour de l'administration. La dissociation a été rapportée comme d'intensité sévère à une incidence inférieure à 4 % dans les études. Les symptômes de dissociation ont généralement disparu dans un délai de 1,5 heures après l'administration et une tendance à la diminution de la sévérité a été observée avec le temps lors de traitements répétés. **Sédation/somnolence/dépression respiratoire :** Lors des essais cliniques, les effets indésirables de type sédation (9,3 %) et somnolence (18,2 %) étaient principalement de sévérité légère ou modérée, survenant le jour de l'administration et disparaissant spontanément le jour même. Les effets sédatifs disparaissent généralement dans un délai d'1,5 heures après l'administration. Les taux de somnolence ont été relativement stables dans le temps lors d'un traitement à long terme. Dans les cas de sédation, il n'a pas été observé de symptômes de détresse respiratoire et les paramètres hémodynamiques (incluant les signes vitaux et la saturation en oxygène) sont restés dans les limites de la normale. Au cours de l'utilisation post-commercialisation, de rares cas de dépression respiratoire ont été observés. **Modifications de la pression artérielle :** Lors des essais cliniques dans l'épisode dépressif caractérisé résistant, les augmentations de la pression artérielle systolique et de la pression artérielle diastolique (PAS et PAD) au fil du temps étaient d'environ 7 à 9 mmHg pour la PAS et d'environ 4 à 6 mmHg pour la PAD 40 minutes après l'administration, et de 2 à 5 mmHg pour la PAS et de 1 à 3 mmHg pour la PAD 1,5 heures après l'administration chez les patients recevant Spravato et des antidépresseurs oraux. La fréquence des élévations de pression artérielle nettement anormales de la PAS (augmentation de ≥ 40 mmHg) allait de 8 % (< 65 ans) à 17 % (≥ 65 ans) et de la PAD (augmentation de ≥ 25 mmHg) allait de 13 % (< 65 ans) à 14 % (≥ 65 ans) chez les patients recevant de l'eskatamine et un antidépresseur par voie orale. L'incidence des augmentations de la PAS (≥ 180 mmHg) était de 3 % et celle des augmentations de la PAD (≥ 110 mmHg) était de 4 %. **Troubles cognitifs et troubles de la mémoire :** Des troubles cognitifs et des troubles de la mémoire ont été rapportés lors de l'utilisation prolongée de kétamine ou d'abus du médicament. Ces effets n'ont pas augmenté au cours du temps et étaient réversibles après l'arrêt du traitement par la kétamine. Lors des essais cliniques menés à long terme, l'effet de la pulvérisation nasale d'eskatamine sur le fonctionnement cognitif a été évalué au fil du temps et les performances cognitives sont restées stables. **Symptômes des voies urinaires :** Des cas de cystite interstitielle ont été rapportés lors d'une utilisation quotidienne et prolongée de la kétamine à des doses élevées. Dans les études cliniques portant sur l'eskatamine, aucun cas de cystite interstitielle n'a été observé, toutefois un taux plus élevé de symptômes des voies urinaires inférieures (pollakiurie, dysurie, urgence mictionnelle, nycturie et cystite) a été observé chez les patients traités par eskatamine par rapport aux patients prenant le placebo. **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, Boîte Postale 97, 1000 BRUXELLES Madou, Site internet : www.notifieruneffetindesirable.be, e-mail : adr@afmps.be. **Luxembourg :** Centre Régional de Pharmacovigilance de Nancy ou Division de la pharmacie et des médicaments de la Direction de la Santé, Site internet : www.guichet.lu/pharmacovigilance. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** Janssen-Cilag International NV, Turnhoutseweg 30, B-2340 Beerse, Belgium. **NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ :** EU/1/19/1410/001 (boîte contenant 1 dispositif pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/002 (boîte contenant 2 dispositifs pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/003 (boîte contenant 3 dispositifs pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/004 (boîte contenant 6 dispositifs pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/005 (boîte contenant 24 dispositifs pour pulvérisation nasale); EU/1/19/1410/006 (boîte contenant 12 dispositifs pour pulvérisation nasale). **MODE DE DELIVRANCE :** Médicament soumis à prescription médicale. **DATE DE LA DERNIÈRE APPROBATION DU TEXTE :** 09/12/2022. *Toute information complémentaire peut être obtenue sur demande.*

Références : 1: RCP Spravato : jnssn.be/spravato-smcp-fr. 2: Valdoxan (agomelatine). Résumé des caractéristiques du produit. 2019. 3: Harmer CJ et al. Lancet Psychiatry 2017; 4(5): 409–418. 4: Mirtazapine 15 mg ordriprescible tablets, Summary of Product Characteristics. 2018. 5: Whiting DW, Cowen DJ. Psychiatrist 2013; 37: 356–358. 6: Williamson D et al. Poster presented at The International Society for CNS Clinical Trials and Methodology (ISCTM) 15th Annual Scientific Meeting; 19–21 February, 2019, Washington DC, USA.

Téléphone : 0800 93 377 • **E-mail :** janssen@jacbe.jnj.com • **Internet :** www.janssen.com/belgium

Un traitement innovant pour les patients souffrant de dépression difficile à traiter¹⁻⁶



1^{er}

**1^{er} antidépresseur qui
cible le récepteur du
glutamate¹**



**Administration unique
en spray nasal¹**



**Réduction significative
des symptômes dépressifs
au jour 28¹**



**Réduction de 70%
du risque de rechute¹**
Chez les patients qui étaient des
répondeurs stables à la semaine 16

Spravato, en association à un ISRS ou un IRSN, est indiqué chez les adultes pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants n'ayant pas répondu à au moins deux antidépresseurs différents au cours de l'épisode dépressif actuel modéré à sévère.

Spravato, coadministré avec un antidépresseur oral, est indiqué chez les patients adultes présentant un épisode dépressif caractérisé modéré à sévère, comme traitement aigu à court terme, pour la réduction rapide des symptômes dépressifs, constituant selon l'évaluation clinique une urgence psychiatrique.

ISRS : inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine. **IRSN** : inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

▽ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire.