MEDI-SPHERE 518

L'HEBDO DU **GÉNÉRALISTE**

Icône du football féminin belge Ingrid Vanherle, une femme de défis

«La médecine du football, un travail d'équipe»
Dr Michel D'Hooghe

Coups et blessures, mieux vaut prévenir qu'essayer de guérir

EURO FOOT

LES DESSOUS DU FOOT

26 mai 2016 • Hebdomadaire • Charleroi - MassPost • P916057

www.medi-sphere.be

MS_26_518_F_2016

THERABEL

NOUVEAU

Prévention & traitement de la diarrhée[1]

Probiotiques :
- 4 souches vivantes
  (3 lactobacilles et 1 bifidobacterium)
- 16 milliards*

***Saccharomyces boulardii*[1] :**
- 12 milliards*

Prébiotiques :
- Extrait sec d'Inula helenium
- Actilight® (FOS)
- 400 mg*

Formats : 10 & 20 gélules

ProLardii® GR Caps

3en1

*Le synbiotique** optimal pour la flore intestinale*

*Par 2 gélules/jour. **Synbiotiques: Produits qui contiennent à la fois des probiotiques et des prébiotiques.[1]

[1]World Gastroenterology Organisation, Global guidelines, Probiotiques et Prébiotiques, Octobre 2011.

Information destinée aux professionnels de santé.

Prolardii - 22 06 2015 - FR

NUT/PL_AS 53/30

MEDI-SPHERE

est une publication
réservée aux généralistes
et gastro-entérologues.

HEBDOMADAIRE
35 numéros/an
Tirage: 13.500 exemplaires

DIRECTEUR DE PUBLICATION:
Vincent Leclercq

RÉDACTRICE EN CHEF:
Johanne Mathy

COORDINATEUR GÉNÉRAL:
Vincent Claes

RÉDACTION:
Claude Leroy
Jean-Yves Hindlet
Michèle Langendries
Philippe Mauclet
Filip Ceulemans
Pascal Selleslagh
Michel Verlinden

ASSISTANTES DE RÉDACTION:
Esther De Groot
Julie Gueulette
redac@rmnet.be

SALES MANAGER:
Catherine Motte
sales@rmnet.be

PRODUCTION:
Witold de Campo
Pierre-Yves Derkenne
Sandrine Virlée

MEDICAL DIRECTOR:
Dominique-Jean Bouilliez

EDITEUR RESPONSABLE:
Vincent Leclercq

ABONNEMENT ANNUEL:
€375 (Belgique)

WEB:
www.medi-sphere.be

Tous droits réservés, y compris
la traduction, même partiellement.
Paraît également en néerlandais.

COPYRIGHT
PromoHealth asbl
12, avenue Marie-Antoinette
1410 Waterloo

reflexion medical network

UPP
Membre de l'Union
des Editeurs de
la Presse Périodique

L'éditeur ne pourra être tenu pour responsable du contenu des articles signés, qui engagent la responsabilité de leurs auteurs. En raison de l'évolution rapide de la science médicale, l'éditeur recommande une vérification extérieure des attitudes diagnostiques ou thérapeutiques recommandées. Le contenu des lectures rapides n'engage pas la responsabilité des auteurs.

MS10791F

EURO 2016 DE FOOTBALL: UNE HISTOIRE DE SOCIÉTÉ...

L'Euro est la troisième manifestation sportive au monde après les Jeux olympiques et le Mondial. Elle mobilise, dit-on, la moitié de la planète Europe, et même au-delà. Mais seules des équipes d'hommes sont concernées alors que les femmes jouent au football depuis la fin du XIXe siècle. Wikipedia renseigne ainsi une première rencontre qualifiée d'«internationale» par la presse le 7 mai 1891 entre l'Angleterre à l'Ecosse. De nombreux matchs, dont certains attirent de 4.000 à 5.000 spectateurs, sont recensés la même année. Preuve que le football n'est pas que masculin.

Si la compétition de ce mois de juin ne concerne que des équipes 'hommes', on sait que le phénomène 'football' a largement dépassé le cadre de la gente masculine: les équipes féminines foisonnent dans tous les clubs de football, nombre de femmes sont devenues d'ardentes supportrices du football masculin, alors que beaucoup d'autres doivent 'supporter' leurs conjoints et enfants, acharnés devant leurs écrans de télévision, à l'heure de la session d'examens.

Il était donc logique de lorgner aussi dans ce numéro vers les femmes qui 'font' le football. C'est ainsi que nous avons pu rencontrer une journaliste sportive spécialisée dans le football, le médecin de l'équipe nationale belge féminine et une dirigeante de l'école des jeunes de l'un des plus grands clubs du pays.

Et pour les parents que nous sommes, le sport en général et le football en particulier nous amènent à nous poser de nombreuses questions pour nos bambins. De quel accompagnement ont-ils besoin? A partir de quel âge et à quelle fréquence les jeunes sportifs doivent-ils subir un dépistage des maladies cardiovasculaires? Quelle alimentation devons-nous leur proposer?

Nous ne devons pas non plus oublier la force mentale dont nos champions font preuve face à la pression.

Enfin, nous allons brièvement aborder la politique de lutte contre le dopage et les règles de sécurité qui ont été mises en place en France.

Vraiment, on peut l'affirmer, le football concerne toutes les dimensions de notre société...

Bonne lecture!
Et bon succès à nos Diables!

L'équipe de rédaction

1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT D-vital orange 500 mg/440 UI, granulés effervescents D-vital forte orange 1000 mg/880 UI, granulés effervescents D-vital forte citron 1000 mg/880 UI, granulés effervescents **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Chaque sachet de D-vital orange 500 mg/440 UI, granulés effervescents contient : Carbonate de calcium 1250,0 mg (équivalent à 500,0 mg ou 12,5 mmol de Ca^{2+}) Cholécalciférol = Vitamine D3 440 UI (équivalent à 11 µg de vitamine D3) Excipients : D-vital orange 500 mg/440 UI, granulés effervescents contient notamment : potassium (81,6 mg), saccharose (< 5 mg), huile de soja, sorbitol (< 10 mg), aspartame et colorant jaune orangé FCF (E110) . Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1 Chaque sachet de D-vital forte 1000 mg/880 UI, granulés effervescent contient : Carbonate de calcium 2500,00 mg (équivalent à 1000,0 mg ou 25 mmol de Ca^{2+}) Cholécalciférol = Vitamine D3 880 UI (équivalent à 22 µg de vitamine D3) Excipients : D-vital forte citron 1000 mg/880 UI, granulés effervescents contient notamment : potassium (163,2 mg), sodium (< 1 mmol), saccharose (< 5 mg), huile de soja, sorbitol (< 10 mg). D-vital forte orange 1000 mg/880 UI, granulés effervescents contient notamment : potassium (163,2 mg), saccharose (< 5 mg), huile de soja, sorbitol (< 10 mg), aspartame et colorant jaune orangé FCF (E 110). Pour la liste complète, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** D-vital orange 500 mg/440 UI, granulés effervescents: Granulés effervescents de couleur blanche, divisés en sachets. D-vital forte orange 1000 mg/880 UI, granulés effervescents: Granulés effervescents de couleur blanche et orange clair, divisés en sachets. D-vital forte citron 1000 mg/880 UI, granulés effervescents: Granulés effervescents de couleur blanche, divisés en sachets. Administration orale. **4. DONNÉES CLINIQUES** **4.1 Indications thérapeutiques** D-vital/D-vital forte, granulés effervescents est indiqué pour : - la correction de carences combinées en calcium et en vitamine D chez les personnes âgées. - la complémentation en calcium et en vitamine D comme adjuvant à un traitement spécifique de l'ostéoporose chez des patients qui présentent une carence combinée en vitamine D et en calcium établie ou un risque élevé d'une telle carence. **4.2 Posologie et mode d'administration** 1-2 sachet(s) de D-vital orange 500 mg/440 UI, granulés effervescents par jour 1 sachet de D-vital forte orange 1000 mg/880 UI, granulés effervescents par jour. Verser le contenu d'un sachet de D-vital/D-vital forte orange, D-vital forte citron, granulés effervescents dans un verre, ajouter une grande quantité d'eau, mélanger et boire immédiatement. Le sachet de D-vital orange, D-vital forte orange, D-vital forte citron, granulés effervescents doit être utilisé avec prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale et il faut contrôler les effets sur l'homéostasie du calcium et du phosphate (voir rubriques 4.3 et 4.4). **4.3 Contre-indications** • Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1 • Hypocalcémie • Hypercalcémie • Hypercalciurie • Immobilisation prolongée associée à une hypercalciurie et/ou une hypercalcémie • Néphrolithiase Voir aussi rubrique **4.8 Effets indésirables** D-vital/D-vital forte: Les effets indésirables sont indiqués ci-dessous par classe de systèmes d'organes et par fréquence, selon la convention suivante : [Très fréquent (>1/10), fréquent (>1/100 à <1/10), peu fréquent (>1/1.000 à <1/100), rare (>1/10 000 à <1/1.000), très rare (<1/10.000)] *Troubles du métabolisme et de la nutrition :* Peu fréquent : Hypercalcémie et hypercalciurie. *Affections gastro-intestinales :* Rare : Constipation, flatulences, nausée, douleurs d'estomac et diarrhée. *Affections de la peau et du tissu sous-cutané :* Rare : Prurit, rash et urticaire. Autres populations particulières : Patients atteints d'insuffisance rénale : risque potentiel d'hyperphosphatémie, de lithiase rénale et de néphrocalcinose. Voir rubrique 4.4. 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 Agence fédérale des médicaments et des produits de santé Division Vigilance EUROSTATION II Place Victor Horta, 40/ 40 B-1060 Bruxelles Site internet: www.afmps.be e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** WILL-PHARMA, Avenue Monplaisir 33 – 1030 Bruxelles, Belgique **8. NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** D-vital orange 500 mg/440 UI, granulés effervescent: BE184877 D-vital forte orange 1000 mg/880 UI, granulés effervescents: BE184861 D-vital forte citron 1000 mg/880 UI, granulés effervescents: BE474924 **10. DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE – APPROBATION DU TEXTE** Approbation : 12/2015 **DÉLIVRANCE** : Libre

* citrate : durant la dissolution des granulés effervescents que contient D-vital® le sel de calcium (carbonate de calcium) est transformé en monocitrate et en dicitrate de calcium. Ces sels sont bien absorbés. 2016/13 - DVIT - PUBL. Made 3/16

Prix public

D-vital orange 500/440 - 30 sachets	: 10,95 €
D-vital Forte orange 1000/880 - 30 sachets	: 18,61 €
D-vital Forte orange 1000/880 - 90 sachets	: 43,06 €
D-vital Forte citron 1000/880 - 30 sachets	: 18,61 €
D-vital Forte citron 1000/880 - 90 sachets	: 43,06 €

BONE POWER • AGAINST OSTEOPOROSIS

LE CITRATE* MAINTENANT AU CITRON

WILL PHARMA

Bonendro® 1000/880

Boîte combinée de
Alendronate 70 mg comprimés + **D-vital® forte** 1000 mg/880 UI

Calci-BoneD3®

SOMMAIRE

3
ÉDITO
Euro 2016 de football:
une histoire de société…

6
ACTUALITÉS SOCIO-PROFESSIONNELLES
«Espace Pélican» à Malmedy
Services de santé rapprochés
Johanne Mathy

EURO FOOT 2016

Dossier composé par le Dr Dominique-Jean Bouilliez, Vincent Claes, Raoul De Groote et le Dr Jean-Yves Hindlet

8
«La médecine du football, un travail d'équipe»
D'après un entretien avec le Dr Michel D'Hooghe,
président des commissions médicales de la FIFA et de l'UEFA

12
«Nous devons mettre en place une ligne directe pour les arrêts cardiaques»
D'après un entretien avec le Dr Tom Teulingkx, président de la SKA
(*Vereniging voor Sport- en Keuringsartsen*)

14
L'Euro de tous les dangers?
La France redouble d'efforts

© www.rcsc.be

20
Coups et blessures
(in)volontaires…
D'après un entretien avec le Dr Jean-Pierre Castiaux
(CU Saint-Luc, CHU Charleroi)

26
C'est (aussi) dans la tête
que cela se passe…
D'après un entretien avec le Pr Philippe Godin
(Service de Psychologie du Sport, UCL)

© David Catry/Sportpix.be

32
Football féminin belge
D'après un entretien avec le Dr Elke Van den Steen,
médecin des *Belgian Red Flames*

36
Ingrid Vanherle, une femme de défis
D'après un entretien avec Ingrid Vanherle,
directrice de l'Académie Robert Louis-Dreyfuss,
le centre de formation du Standard

38
Bien dans son assiette,
bien sur ses jambes…
D'après un entretien avec Serge Pieters
(Diététicien enseignant à l'Institut Paul Lambin, consultant en nutrition
à l'Agence spatiale européenne et diététicien - nutritionniste
des sportifs de haut niveau à l'ADEPS)

42
Clinique du sport
Pour tous? Et préventivement?
D'après un entretien avec Séverine Abellaneda
(PhD, Clinique du sport au CHR Haute-Senne)

46
Une femme à la tête d'un service dédié
exclusivement au football
D'après un entretien avec Anne Ruwet,
présentatrice de l'émission Europa League sur RTL Sports

49
OENO-SPHERE

«Espace Pélican» à Malmedy

SERVICES DE SANTÉ RAPPROCHÉS

Johanne Mathy

Au printemps dernier, le gros des MG de Malmedy consolidaient l'accès à la médecine générale en ouvrant une permanence dans un bâtiment emblématique du centre-ville. La dynamique de rapprochement de la première ligne locale se poursuit: les infirmières tiennent désormais un dispensaire dans un local contigu et d'autres services d'aides et de soins y ont une antenne.

Sept des dix généralistes de Malmedy se relaient depuis mars 2015 du lundi au vendredi de 10 à 12h et de 17 à 19h, dans un lieu de consultation sans rendez-vous baptisé «centre médical Cavens» (CMC). Ils reçoivent au pied levé les patients dont le médecin traitant est indisponible ou surchargé ce jour-là, accueillent les occupantes d'une maison pour femmes battues et, aux beaux jours, absorbent la déferlante de touristes et de scouts. La permanence évite que ce petit monde ne mette d'office le cap sur l'hôpital.

Quel bilan tirer de l'initiative après un an? Pour le Dr Dutilleux, du GMGM (le groupement des MG de Malmedy) et président de l'asbl CMC, il est positif à plus d'un égard. «*Par jour, on voit au CMC en moyenne dix patients en plus des autres patients du médecin qui assume la permanence. Donc, on dépanne 10 personnes par jour et, durant les vacances d'été, ce chiffre grimpe à 20.*»

PAS DE QUERELLE DE CLOCHER

D'après notre interlocuteur, le centre Cavens a fait son trou sans que ne surgissent de problèmes avec les urgences voisines de la clinique Reine Astrid. «*Parfois, ils nous renvoient des cas relevant du MG – mais c'est encore rare.*» La bonne volonté semble toutefois de mise puisque la clinique a placardé en salle d'attente un avis qui part du temps de prise en charge à prévoir: aux urgences, il s'écoule souvent quatre heures entre l'entrée et la sortie du patient; auprès des généralistes, cela pourrait ne prendre qu'une grosse dizaine de minutes…

Ce climat constructif est le fruit de la concertation Sylos (systèmes de santé locaux) menée depuis 15 ans à Malmedy, e.a. pour fluidifier les flux entre première et deuxième lignes, indique Philippe Dutilleux. Ce qui, relate-t-il, a contribué à détendre des rapports jadis houleux entre la clinique et les généralistes. «*Quand on a cherché*

MS10804F

des solutions pour que nos MG plus âgés puissent lever le pied et que la relève, notamment féminine, ait des horaires moins lourds, et que nous avons songé à la permanence, nous en avons parlé avec eux et ils ont soutenu notre projet.»

SOUTIEN COMMUNAL

Sur la dizaine de MG exerçant dans l'entité, trois n'aspiraient pas à être entraînés dans les 2X2 heures de *stand-by* au centre Cavens - pour deux d'entre eux parce qu'ils n'officient comme MG qu'à temps partiel, en marge d'activités en hôpital. «*Nous accueillons volontiers leurs patients lorsque leur agenda est plein. Quant aux sept participants, ils sont ravis. Cela nous a tous rapprochés*», affirme le Dr Dutilleux qui ne relève aucun phénomène de détournement de patientèle collatéral à l'expérience. Et quid de la réceptivité des patients? «*Franchement, on n'a que des félicitations: 'c'est une bonne idée', 'c'est facile', 'l'accès est aisé'...*»

Condition de départ des MG participants: créer la permanence ne devait pas exiger un investissement financier personnel en infrastructure. Puisque qu'elle sert à éviter le surrégime des MG (dont les 80% ont passé 50 ans) et pérenniser leur ancrage local, et offre un service appréciable à la population habituelle ou de passage, l'expérience méritait selon eux le support des pouvoirs publics. «*Pour positive qu'elle se soit montrée vis-à-vis du projet, la Région wallonne n'avait pas d'argent à y investir. Nous avons trouvé un arrangement au sein du dispositif général de garde imaginé par l'Agef, le cercle de tout l'Est francophone. Ils nous louent le local du centre pour y installer un 'point garde' satellite le week-end et les jours fériés. Et la commune nous a soutenu, via un budget* one shot *d'installation et en inscrivant le projet dans le plan de cohésion sociale: on recevra une dotation annuelle pendant six ans pour développer l'accès à la première ligne.*»

UN DISPENSAIRE INFIRMIER EN PRIME

Et à ce propos, justement, une volée d'associations viennent d'inaugurer vendredi dernier l'«Espace Pélican», sous le même toit que le CMC, faisant du bâtiment un QG de la première ligne.

Ce rapprochement couronne le bon climat depuis longtemps à l'œuvre à Malmedy et environs en matière de travail en réseau, à l'origine axé sur les soins et aides à domicile. Avec, précise le Dr Dutilleux, une volonté affirmée de n'exclure personne du système - alors qu'on sait ce champ d'activité peuplé d'acteurs liés au monde politique et/ou mutuelliste, salariés ou indépendants, potentiellement concurrents. L'idée d'une maison de la première ligne couvait, pour se doter d'un lieu de rencontre et d'échanges. «*Avec la création du centre Cavens, s'est présentée l'opportunité de louer un second local et d'y inviter différents métiers.*»

Les premières intéressées ont été les infirmières, relate le MG, attirées par la perspective d'une permanence inspirée de celle des médecins. «*Dorénavant, tous les jours sauf le dimanche, les infirmières indépendantes et d'ASD s'y relaient en alternance, de 7 à 11h, pour assurer des prises de sang et des activités de dispensaire, soins de plaies, etc. C'était le premier service opérationnel de l'Espace Pélican.*»

L'après-midi, le local est occupé, non-stop ou sur rendez-vous, par d'autres associations: plateforme des soins palliatifs, coordination d'aides et de soins à domicile, Point santé [c'est le nom du RML local facilitant les trajets de soins, ndrl], consultation de planning familial, service d'aide aux familles et personnes âgées... «*Tout le monde conserve son siège ailleurs, mais a un pied, une antenne, dans l'Espace Pélican. Le loyer est divisé entre tous selon le temps d'occupation.*»

Les associations présentes exploitent également l'infrastructure du bâtiment, avec ses salles de réunion et/ou de conférence. Des cours d'école du dos y sont donnés pour des infirmières et aides-soignantes, illustre notre interlocuteur, ou des séances d'infos avec diététicien(ne) pour les diabétiques engagés dans un TdS. Le local permet encore aux équipes de soins palliatifs de se 'poser' entre deux visites...

UN MEILLEUR FONCTIONNEMENT EST POSSIBLE

Officiellement lancé fin de semaine passée devant la presse loco-régionale, l'Espace Pélican devrait monter en puissance, e.a. sous l'impulsion des MG. «*On se donne un an. On va multiplier les activités dans les salles, bien faire connaître la permanence infirmière...*», se projette Philippe Dutilleux, qui escompte pour celle-ci le même accueil positif de la population. Et le tout, toujours sous le signe d'un dialogue constructif au sein de la première ligne. «*Les pharmaciens étaient venus à l'inauguration du centre Cavens. On leur avait fait observer que, l'après-midi, notre permanence fonctionnait jusque 19h et qu'il serait peut-être bon qu'une des officines locales ne ferme pas à 18h pour éviter aux patients de devoir faire des kilomètres pour se procurer leurs médicaments dans une pharmacie de garde. Et ils ont accédé à notre demande.*»

Toute cette démarche, qui procède d'efforts de cohérence de la première ligne, «*éternel parent pauvre des investissements des pouvoirs publics*», démontre qu'un «*meilleur fonctionnement est possible, au bénéfice de tous, si on lui donne des moyens structurels*», conclut le Dr Dutilleux. ■

«LA MÉDECINE DU FOOTBALL, UN TRAVAIL D'ÉQUIPE»

D'après l'interview du Dr Michel D'Hooghe
président des commissions médicales de la FIFA et de l'UEFA

Le Dr Michel D'Hooghe, président des commissions médicales de la FIFA et de l'UEFA, a accompli un parcours impressionnant mettant à l'honneur deux de ses passions: le football et la médecine. Âgé de 70 ans, il souhaite arrêter l'an prochain, mais d'ici là, c'est le Championnat d'Europe en France qui l'attend.

Dans son cabinet brugeois, résonnent des airs de musique classique (une autre passion de Michel D'Hooghe), telle la B.O. de la vie trépidante qu'il mène encore, malgré ses 70 ans: son travail de président des commissions médicales de la FIFA et de l'UEFA l'amène à parcourir le monde.

Dans la combinaison médecine/football, il n'existe que peu de fonctions que l'homme n'ait pas exercées: chef du service médical du Club de Bruges de 1972 à 1987, chef du service de revalidation de l'AZ Sint-Jan de Bruges, 6 ans à la présidence de la Ligue professionnelle de football, 14 ans à la tête de l'Union royale belge des sociétés de football-association et président du Club de Bruges pendant 6 ans. Pour lui, impossible d'imaginer sa vie sans football. *«Je n'ai jamais rien connu d'autre. Avant de devenir médecin du club, j'étais la mascotte du Club de Bruges»*, se souvient-il en riant. *«Mais je préférerais mon rôle de médecin, pour concrétiser le lien entre la médecine et le football. En plus, les joueurs étaient de ma génération, donc cela reste mon meilleur souvenir.»*

«Harvey Cushing, pionnier américain de la neurochirurgie, a un jour écrit: If a medical life is not a divine vocation, then nothing is vocation and nothing is divine. *Et il avait tout à fait raison»*, poursuit Michel D'Hooghe. *«Mon implication pour la jeunesse dans le monde est bel et bien une vocation, et si je peux améliorer ses perspectives d'avenir, c'est effectivement divin. Pour moi, c'est un travail à plein temps, mais en 2017, j'arrête: j'ai maintenant 70 ans, et il est temps de passer le flambeau.»*

Les scandales de corruption à la FIFA qui ont contraint Sepp Blatter à démissionner l'ont-il décidé à partir, par mécontentement et pour prendre ses distances? *«Un jour, Jacques Rogge m'a écrit: 'Lorsque les dégoûtés s'en vont, il ne reste que les dégoûtants.' Je voulais voir comment cela allait évoluer. Heureusement, Gianni Infantino a vite repris le rôle de président, et neuf nouvelles*

Dr Michel D'Hooghe, président des commissions médicales de la FIFA et de l'UEFA:

«Ce qui m'inquiète, c'est que l'utilisation et l'abus d'anti-douleurs touchent de plus en plus les catégories jeunes de 15 à 16 ans.»

MS10596F

personnes siègent au comité exécutif. J'ai l'impression qu'un sérieux nettoyage a déjà été effectué. Il reste probablement du pain sur la planche, mais je veux apporter ma contribution jusqu'au dernier jour.»

CULTURE ANTI-DOPAGE

Michel D'Hooghe souligne que la FIFA et l'UEFA ont aussi une mission pédagogique titanesque au niveau médical, au même titre que dans l'accompagnement sportif proprement dit. *«Nous rendons obligatoire le port de protège-tibias, nous offrons aux joueurs la possibilité de s'hydrater pendant tout le match, nous imposons la carte rouge en cas de tacle fautif par l'arrière et de coup de coude au visage... Grâce à nous, en cas d'arrêt cardiaque soudain, le médecin ne doit pas attendre de signal de l'arbitre pour intervenir sur le terrain lorsqu'un joueur s'effondre sans que rien ni personne ne l'ait touché. Nous pratiquons la règle des trois minutes en cas de commotion cérébrale; le médecin peut effectuer une évaluation neurologique et lui seul peut décider si le joueur peut remonter sur le terrain. Par ailleurs, les règles en la matière doivent être peaufinées. Nous devons examiner si nous ne pouvons pas utiliser les enregistrements vidéo, car un médecin posté le long de la ligne ne peut pas tout voir lorsqu'un joueur se blesse. Si les températures dépassent 32 degrés, nous exigeons des pauses fraîcheur à la 30e et à la 75e minute. Et bientôt, une nouvelle mesure permettant de faire un quatrième remplacement pendant les prolongations devrait normalement voir le jour. Celle-ci est en phase de test depuis deux ans. On risque sinon de se retrouver dans des situations comme celle d'Anthony Vanden Borre à la Coupe du monde au Brésil, qui avait dû rester sur le terrain avec une fracture du péroné parce qu'il ne pouvait plus être remplacé.»*

LUTTE ANTI-DOPAGE

Les organisations doivent en outre lutter contre le dopage. *«Ces dernières années, nous avons effectué quelque 300.000 contrôles anti-dopage dans le monde. Moins de 0,5% des cas se sont révélés positifs. Les chiffres actuels descendent même à 0,05% de contrôles positifs, si l'on écarte les drogues sociales comme la cocaïne. Je n'irai pas jusqu'à dire que le dopage n'existe pas dans le monde du football, mais bien qu'il existe une culture anti-dopage. Sur 300 millions de footballeurs, tous ne peuvent pas être* clean. *Mais nous consentons énormément d'efforts pour limiter au maximum le nombre de cas de dopage: lors de la Coupe du monde au Brésil, nous avons été les premiers à contrôler tous les participants dans un sport d'équipe, au niveau du sang et de l'urine, dans et en dehors de la compétition. Croyez-le ou non, les 1.033 contrôles ont été négatifs. Nous réalisons également des campagnes d'information dans tous les tournois de jeunes pour expliquer pourquoi le dopage est à proscrire dans le football. Ce n'est pas judicieux, c'est contre l'éthique et l'intégrité du sport, et nuisible à la santé des athlètes.»*

«Pour l'Euro 2016, j'ai convoqué les 24 médecins d'équipe à Paris pour leur exposer les possibilités médicales. Si vous êtes médecin d'équipe à Bordeaux, où pouvez-vous vous adresser si l'un de vos joueurs à un problème ophtalmologique? C'est pourquoi les médecins locaux sont mis en relation avec les médecins d'équipe, afin que chacun apprenne à se connaître. Nous avons également apporté toutes les explications possibles sur notre stratégie de dopage et à la fin, tous les médecins ont signé une charte entérinant leur volonté de contribuer à un tournoi sans dopage. Ce n'est peut-être que symbolique, mais depuis que je le fais (dans le sillage de l'affaire Maradona en 1994 aux États-Unis), je n'ai plus constaté aucun cas de dopage. Cela signifie donc bien quelque chose.»

Que pense la FIFA des révélations de dopage parues dans le *Sunday Times* début avril sur le médecin londonien Mark Bonar, qui aurait fourni des produits dopants à des joueurs de Premier League? *«En ce qui concerne le médecin anglais, je m'en tiens aux faits et aux résultats de laboratoire, et non aux rumeurs qui surgissent çà et là depuis longtemps. Bien que je sois un farouche militant anti-dopage, je ne peux pas aller plus loin.»*

EFFETS SECONDAIRES À LONG TERME

En cas de problèmes pharmacologiques, c'est généralement le dopage qui attire l'attention. *«Mais l'utilisation et l'abus d'anti-douleurs et d'anti-inflammatoires sont tout aussi cruciaux pour nous. Nous nous battons contre cela, mais la tâche est bien plus ardue que pour la lutte anti-dopage, car les produits dopants sont interdits, et il est difficile de refuser un anti-inflammatoire à un joueur souffrant d'une tendinite. Pour tous nos tournois, nous recevons des listes des médicaments que les joueurs consomment dans les 72 heures précédant un match. On constate par exemple que lors des Coupes du monde, les 23 joueurs de certaines équipes sont tous sous anti-inflammatoires. Parfois même sous trois produits différents. Et ce qui m'inquiète, c'est que cette tendance touche de plus en plus les catégories jeunes de 15 à 16 ans. La blessure est masquée, mais au fil du temps, elle s'aggrave. Plus le joueur s'inscrit dans la chronicité, plus le*

«Les chiffres actuels descendent même à 0,05% de contrôles positifs, si l'on écarte les drogues sociales comme la cocaïne.»

risque d'effets secondaires à long terme augmente. Nous avertissons les jeunes qu'à terme, un tel régime a des conséquences néfastes sur les systèmes gastro-intestinal, neuro-génital, voire cardio-respiratoire. Nous nous interrogeons de plus en plus en la matière. Dans certains cas, les anti-douleurs ne pourraient-ils pas aussi entraîner certains problèmes cardiaques? Le sujet est encore à l'étude, mais le doute existe.»

Les footballeurs courent des risques en consommant des anti-douleurs de façon chronique, mais aussi à cause de la charge de travail croissante. *«En 1972, lorsque j'étais médecin du Club de Bruges, nous jouions 30 à 35 matches par an. Aujourd'hui, les grandes équipes en jouent parfois 90. La médecine fait souvent les frais de l'économie. J'ai marqué un point lorsqu'en Ligue des champions, les équipes devaient passer par deux phases de groupes et que j'ai pu faire remplacer ce deuxième tour par un système à élimination directe, ce qui a permis de réduire le nombre de matches. À ma connaissance, cet épisode ainsi que le report du Mondial au Qatar de juin à novembre et décembre sont les seules victoires de la médecine sur le plan de l'organisation.»*

LA VALEUR D'UN CERTIFICAT

En tant que médecin, vous êtes parfois confronté à des patients qui veulent obtenir rapidement un certificat d'aptitude pour pratiquer leur sport. Michel D'Hooghe se souvient: *«Combien de fois une maman n'est-elle pas venue me voir en consultation pour obtenir deux certificats pour ses fils qui pratiquaient un sport et qui avaient besoin de la signature d'un médecin? Mais je refusais de les délivrer si je n'avais pas pu examiner les jeunes athlètes. Manifestement, certains médecins ne s'encombrent pas de tels principes. Mais quelle est la valeur d'un tel certificat? Je trouve cela dangereux s'il n'est pas étayé par un examen médical en bonne et due forme. Ma politique est donc la suivante: quand on fait quelque chose, soit on le fait bien, soit on ne le fait pas. La question est donc de savoir jusqu'à quel niveau il faut aller, à quelle fréquence et quel en est le coût. Depuis ces dix dernières années, en moyenne, un joueur décède chaque mois sur le terrain. Personnellement, je préconiserais donc un dispositif de dépistage maximum. Pour y parvenir, cela demande de la bonne volonté et de l'organisation, et le coût reste raisonnable, bien que potentiellement moins abordable aux échelons inférieurs.»*

Le PCMA (*Pre Competition Medical Assessment)* est un examen médical obligatoire pour participer à l'un des 13 championnats mondiaux de la FIFA. *«Une anamnèse cardiaque, un examen clinique, un ECG et, en cas de mauvais résultats à l'un des trois, un examen complémentaire. Nous sommes conscients que beaucoup de problèmes cardiaques passent encore au travers des mailles du filet, et c'est pourquoi nous plaidons pour la présence d'un sac d'urgence, d'un défibrillateur et de personnel médical formé à chaque match. En effet, le risque d'arrêt cardiaque soudain est 2,8 fois plus élevé chez les jeunes sportifs que chez les personnes qui ne font pas de sport.»*

Au début de sa carrière de médecin de club, Michel D'Hooghe a lui-même été confronté à un arrêt cardiaque soudain lorsque Nico Rijnders, international néerlandais, s'est effondré en plein match. Il avait été transféré de l'Ajax. *«Par la suite, j'ai appris que lors de la finale de la Coupe d'Europe contre le Panathinaïkos, il avait été remplacé à la mi-temps car il ne se sentait pas bien. Au Club de Bruges, il avait aussi fait des malaises à plusieurs reprises. Comme je m'en inquiétais, je l'ai fait examiner au niveau universitaire. J'ai eu le feu vert pour le laisser jouer. Au moment où il s'est écroulé sur le terrain, je n'avais pas de défibrillateur à disposition, mais j'ai heureusement pu commencer la réanimation tout de suite. Rijnders a pu être sauvé et, depuis ce jour, je suis plus motivé que jamais dans l'approche de l'arrêt cardiaque soudain. Vous savez, lorsqu'au début de ma carrière, j'ai dit à l'université que je m'intéressais au sport, on m'a regardé comme un OVNI: 'et c'est pour ça que tu es devenu médecin?' Mais aujourd'hui, quand je m'exprime devant plus de 2.000 médecins lors d'un congrès, je remarque que les choses ont changé, et à quel point tout reçoit un support scientifique. Dans mon jeune temps, la médecine du sport se résumait à une seule question: 'ce joueur peut-il jouer dimanche?' Le médecin du club est toujours là, mais il n'est plus isolé. La médecine du football est désormais un travail d'équipe.»* ■

Le suivi médical pour mission

La FIFA n'est pas là que pour les équipes célèbres, elle existe aussi pour des équipes moins en vue comme dans les pays de l'Est, au Togo, à Aruba ou au Bénin, où les soins médicaux sont souvent plus difficiles d'accès. Michel D'Hooghe: *«Nous avons là aussi notre rôle à jouer dans le suivi médical. Il existe dans le monde une cinquantaine de* Fifa Medical Centres of Excellence*, la plupart étant bien sûr situés en Europe, et nous venons de lancer le* Fifa Football Medicine Diploma *qui permet à chacun d'apprendre comment gérer les blessures, les arrêts cardiaques soudains, etc., même dans les coins les plus isolés du monde.* Football for Health *est une autre magnifique initiative qui vise à promouvoir le football comme accompagnement de la jeunesse, via 100 gouvernements nationaux. Je voulais offrir ce projet en cadeau d'adieu à la FIFA. En Asie et en Afrique, des milliers d'enfants auront la possibilité de pratiquer un sport, et bénéficieront en plus d'un meilleur suivi médical.»*

SPIOLTO®	Prix public
30 doses	55.28€
90 doses	147.24€

Une avancée dans la prise en charge de la BPCO construite sur une base solide

SPIOLTO® RESPIMAT® *Une nouvelle expérience qui commence*

NEW ONCE-DAILY SPIOLTO® RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL

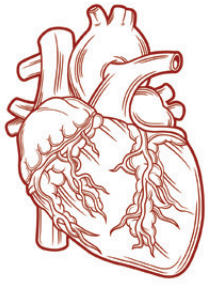
Spiolto Respimat 2,5 microgrammes/2,5 microgrammes/inhalation, solution à inhaler COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE La dose délivrée est 2,5 microgrammes de tiotropium (sous forme de bromure monohydraté) et 2,5 microgrammes d'olodaterol (sous forme de chlorhydrate) par bouffée. La dose délivrée est la quantité disponible pour le patient après le passage à travers l'embout buccal. FORME PHARMACEUTIQUE Solution à inhaler. Solution à inhaler limpide et incolore. Indications thÉrapeutiques Spiolto Respimat est indiqué en traitement bronchodilatateur continu destiné à soulager les symptômes des patients adultes présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Posologie et mode d'administration Posologie Voie inhalée exclusivement. La cartouche ne peut être utilisée qu'avec l'inhalateur Respimat. Une dose journalière correspond à 2 bouffées administrées à l'aide de l'inhalateur Respimat. *Adultes* La posologie recommandée chez l'adulte est de 5 microgrammes de tiotropium et de 5 microgrammes d'olodatérol, soit deux bouffées administrées à l'aide de l'inhalateur Respimat une fois par jour, à heure fixe dans la journée. Ne pas dépasser la posologie recommandée. *Sujets âgés* Spiolto Respimat peut être utilisé chez les sujets âgés sans adaptation de la posologie. *Insuffisance hépatique et insuffisance rénale* Spiolto Respimat contient du tiotropium qui est éliminé majoritairement par voie rénale et de l'olodatérol qui est métabolisé majoritairement par le foie. *Insuffisance hépatique* En cas d'insuffisance hépatique légère à modérée, Spiolto Respimat peut être utilisé sans adaptation de la posologie. Il n'existe pas de données concernant l'administration d'olodaterol chez les patients atteints d'insuffisance hépatique sévère. *Insuffisance rénale* En cas d'insuffisance rénale, Spiolto Respimat peut être utilisé sans adaptation de la posologie. Les concentrations plasmatiques de tiotropium augmentent en cas d'altération de la fonction rénale ; par conséquent, chez les patients atteints d'insuffisance rénale modérée à sévère (clairance de la créatinine ≤ 50 ml/min). Spiolto Respimat ne sera utilisé que si le bénéfice attendu dépasse le risque potentiel. Spiolto Respimat contient de l'olodatérol. Les données relatives à l'utilisation de l'olodatérol chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère sont limitées. *Population pédiatrique* Il n'y a pas de justification à l'utilisation de Spiolto Respimat dans la population pédiatrique (moins de 18 ans). Mode d'administration Pour une administration correcte du médicament, le médecin ou un autre professionnel de santé devra montrer au patient comment utiliser l'inhalateur. Instructions destinées aux patients pour l'utilisation et la manipulation: voir le «Résumé des Caractéristique du Produit». Contre-indications Hypersensibilité aux substances actives ou à l'un des excipients. Antécédent d'hypersensibilité à l'atropine ou à ses dérivés, par exemple l'ipratropium ou l'oxitropium. Effets indÉsirables Résumé du profil de sécurité Un grand nombre des effets indésirables rapportés peuvent être attribués aux propriétés anticholinergiques du bromure de tiotropium ou aux propriétés β2-adrénergiques de l'olodatérol, les substances de Spiolto Respimat. Tableau résumé des effets indésirables Les fréquences des effets indésirables présentées ci-dessous sont basées sur l'incidence des effets indésirables (c'est-à-dire les événements imputables à Spiolto Respimat) observés dans le groupe tiotropium 5 microgrammes/olodatérol 5 microgrammes (1 302 patients), regroupés à partir de 5 études cliniques conduites en groupes parallèles contrôlées contre comparateur actif ou placebo, incluant des patients présentant une BPCO, dont les durées de traitement étaient comprises entre 4 et 52 semaines. Les effets indésirables rapportés dans tous les essais cliniques avec Spiolto Respimat sont présentés ci-dessous par classe de système organe. Tous les effets indésirables rapportés antérieurement avec une des substances sont également inclus. La fréquence est définie selon la classification conventionnelle: *Très fréquent (≥ 1/10) ; fréquent (≥ 1/100 à <1/10) ; peu fréquent (≥ 1/1000 à <1/100) ; rare (≥ 1/10 000 à <1/1000) ; très rare (<1/10 000) ; non déterminé (fréquence ne pouvant être estimée sur la base des données disponibles).* **Système classe d'organes - Effet indésirable - Fréquence Infections et infestations –** Rhinopharyngite - Rare **Troubles du métabolisme et de la nutrition –** Déshydratation - Non déterminée **Affections du système nerveux -** Sensations de vertige - Peu fréquent **–**Insomnie - Peu fréquent **–** Céphalées - Peu fréquent **Affections oculaires -**Vision trouble - Rare **–** Glaucome - Non déterminée **-** Augmentation de la pression intraoculaire - Non déterminée **Affections cardiaques -**Fibrillation auriculaire - Peu fréquent - Palpitations-Peu fréquent - Tachycardie-Peu fréquent -Tachycardie supraventriculaire-Rare **Affections vasculaires -** Hypertension-Peu fréquent **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinaux** - Toux-Peu fréquent - Dysphonie-Rare - Epistaxis-Rare - Laryngite-Rare - Pharyngite-Rare - Bronchospasme-Non déterminée - Sinusite-Non déterminée **Affections gastro-intestinales** - Sécheresse buccale-Fréquent - Constipation-Peu fréquent - Gingivite-Rare -Nausées-Rare - Candidose oropharyngée-Rare - Occlusion intestinale Iléus paralytique-Non déterminée - Caries dentaires-Non déterminée - Dysphagie-Non déterminée - Reflux gastro-œsophagien-Non déterminée - Glossite-Non déterminée - Stomatite-Non déterminée **Affections de la peau et du tissu sous-cutané, Affections du système immunitaire -** Angio-œdème (œdème de Quicke)-Rare - Urticaire-Rare - Hypersensibilité-Rare -Prurit-Rare - Réaction anaphylactique-Non déterminée - Eruption cutanée-Non déterminée -Sécheresse cutanée-Non déterminée -Infection cutanée/ulcération cutanée-Non déterminée **Affections musculo-squelettiques et systémiques-**Douleurs dorsales[1]-Rare **-**Arthralgie-Rare **-**Gonflement articulaire-Non déterminée **Affections du rein et des voies urinaires-**Rétention urinaire-Rare -Dysurie-Rare -Infection urinaire-Non déterminée [1] Effet indésirable reporté avec Spiolto Respimat mais pas avec les substances prises séparément. Description d'effets indésirables sélectionnés Spiolto Respimat associe les propriétés anticholinergiques et β2-adrénergiques de ses composants le tiotropium et l'olodatérol. Profil d'effets indésirables des anticholinergiques Dans les études cliniques à long terme de 52 semaines avec Spiolto Respimat, l'effet indésirable lié aux effets anticholinergiques le plus fréquemment observé était la sécheresse buccale avec environ 1,7% des patients traités par Spiolto Respimat et respectivement 2,7% et 1% des patients dans les groupes tiotropium 5 microgrammes et olodatérol 5 microgrammes. La sécheresse buccale a entraîné l'arrêt du traitement chez 1 patient sur 1 029 (0,1%) traités par Spiolto Respimat. Les effets indésirables graves liés aux effets anticholinergiques incluent : glaucome, constipation, occlusion intestinale y compris iléus paralytique et rétention urinaire. Profil d'effets indésirables des agonistes bêta-adrénergiques Dans les études cliniques à long terme de 52 semaines avec Spiolto Respimat, les effets indésirables liés aux effets ß-adrénergiques les plus fréquemment observés étaient les palpitations, une tachycardie et une hypertension. Olodatérol, une des substances de Spiolto Respimat appartient à la classe thérapeutique des agonistes β2-adrénergiques de longue durée d'action. De ce fait, l'apparition d'autres effets indésirables liés à la classe des agonistes β2-adrénergiques non listés ci-dessus doit être prise en compte, par exemple, arythmie, ischémie myocardique, angine de poitrine, hypotension, tremblement, nervosité, spasmes musculaires, fatigue, malaise, hypokaliémie, hyperglycémie et acidose métabolique. Autres populations particulières L'incidence des effets anticholinergiques peut augmenter avec l'âge Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration: *Belgique* Site internet: www.afmps.be e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be *Luxembourg* Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html MODE DE DÉlivrance Médicament soumis à prescription médicale. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Boehringer Ingelheim International GmbH Binger Straße 173 D-55216 Ingelheim am Rhein Allemagne NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ BE475093 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 06/2015 Représentant local Boehringer Ingelheim Avenue Ariane 16 1200 Bruxelles Editeur responsable: SCS Boehringer Ingelheim Comm.V, Avenue Ariane 16, 1200 Bruxelles

DENOMINATION DU MEDICAMENT Spiriva Respimat 2,5 microgrammes, solution à inhaler COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE La quantité de tiotropium délivrée par bouffée est de 2,5 microgrammes (deux bouffées correspondant à une dose médicamenteuse) et est équivalente à 3,124 microgrammes de bromure de tiotropium monohydraté. La dose délivrée est celle disponible pour le patient après passage à travers de l'embout buccal du dispositif. FORME PHARMACEUTIQUE Solution à inhaler Solution à inhaler limpide et incolore INDICATIONS THERAPEUTIQUES BPCO Le tiotropium est indiqué comme traitement bronchodilatateur continu destiné à soulager les symptômes des patients présentant une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Asthme Spiriva Respimat est indiqué en traitement bronchodilatateur additionnel continu chez des patients adultes asthmatiques traités en continu par une association de corticostéroïdes inhalés (CSI) (≥800 µg de budésonide/jour ou équivalent) et de bêta-2-agonistes de longue durée d'action (LABA), et qui ont présenté au cours de l'année précédente une ou plusieurs exacerbations sévères. POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION **Posologie** Voie inhalée exclusivement. La cartouche ne peut être utilisée qu'avec le dispositif d'inhalation Respimat. Deux bouffées délivrées par l'inhalateur Respimat constituent une dose médicamenteuse. La posologie recommandée chez l'adulte est de 5 microgrammes de tiotropium administrée à l'aide de l'inhalateur Respimat, soit deux bouffées doses une fois par jour, à heure fixe dans la journée. Ne pas dépasser la dose recommandée. Dans le traitement de l'asthme, le bénéfice complet n'apparaîtra qu'après l'administration de plusieurs doses du médicament. **Populations particulières** *Sujets âgés:* le bromure de tiotropium peut être utilisé chez les sujets âgés sans adaptation de la posologie. *Insuffisance rénale:* en cas d'insuffisance rénale, le bromure de tiotropium peut être utilisé sans adaptation de la posologie. En cas d'insuffisance rénale modérée à sévère (clairance de la créatinine ≤ 50 ml/min), le produit ne sera utilisé que si le bénéfice attendu dépasse le risque potentiel. A ce jour, il n'y a pas d'expérience à long terme chez les patients souffrant d'insuffisance rénale sévère. *Insuffisance hépatique:* en cas d'insuffisance hépatique, le bromure de tiotropium peut être utilisé sans adaptation de la posologie. **Population pédiatrique** BPCO Il n'y a pas d'utilisation justifiée de Spiriva Respimat chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans. Mucoviscidose La sécurité et l'efficacité de Spiriva Respimat n'ont pas été établies. Asthme L'efficacité et la sécurité de Spiriva Respimat chez les enfants et les adolescents n'ont pas encore été établies. **Mode d'administration** Pour garantir une administration correcte du médicament, le médecin ou un autre professionnel de santé devra s'assurer du bon usage de l'appareil par le patient. Instructions destinées aux patients pour l'utilisation et la manipulation: voir le «Résumé des Caractéristique du Produit». CONTRE-INDICATIONS Spiriva Respimat est contre-indiqué chez les patients présentant une hypersensibilité au bromure de tiotropium, à l'atropine ou à ses dérivés, par exemple l'ipratropium ou l'oxitropium ou à l'un des excipients. EFFETS INDESIRABLES Résumé du profil de sécurité Un grand nombre des effets indésirables cités peuvent être attribués aux propriétés anticholinergiques du bromure de tiotropium. Tableau résumé des effets indésirables Les fréquences des effets indésirables présentés ci-dessous sont basées sur les taux d'incidence brute des effets indésirables observés dans le groupe traité par le tiotropium (c'est-à-dire les événements imputables au tiotropium), regroupés à partir des données de 7 études cliniques dans la BPCO (3282 patients) et 6 études cliniques dans l'asthme (1256 patients), contrôlées contre placebo, pendant des périodes de traitement comprises entre 4 semaines et 1 an. La fréquence est définie selon les modalités conventionnelles: 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), non déterminé (fréquence ne pouvant être estimée sur la base des données disponibles). - *Classe d'organes / Terme MedDRA recommandé* **- Fréquence dans la BPCO - Fréquence dans l'asthme -** *Troubles du métabolisme et de la nutrition* **-** *Déshydratation* **-** Non déterminée - Non déterminée - *Affections du système nerveux* **-** *Etourdissements* Peu fréquent - Peu fréquent - Céphalées - Peu fréquent - Peu fréquent - Insomnies - Rare - Peu fréquent - *Affections oculaires* **-** *Glaucome* **-** Rare - Non déterminée - *Augmentation de la pression intraoculaire* - Rare - Non déterminée - *Vision trouble* **-** Rare - Non déterminée - *Affections cardiaques* **-** *Fibrillation auriculaire* - Rare - Non déterminée - *Palpitations* **-** Rare - Peu fréquent - *Tachycardie supraventriculaire* - Rare - Non déterminée - *Tachycardie* - Rare - Non déterminée - *Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales* **-** *Toux* **-** Peu fréquent - Peu fréquent - *Pharyngite* **-** Peu fréquent - Peu fréquent - *Dysphonie* **-** Peu fréquent - Peu fréquent - *Epistaxis* **-** Rare - Non déterminée - *Bronchospasme* **-** Rare - Peu fréquent - Laryngite - Rare - Non déterminée - Sinusite - Non déterminée - Non déterminée - *Affections gastro-intestinales* **-** *Sécheresse buccale* **-** Fréquent - Fréquent - *Constipation* **-** Peu fréquent - Rare - *Candidose oropharyngée* **-** Peu fréquent - Peu fréquent - *Dysphagie* **-** Rare - Non déterminée - *Reflux gastro-œsophagien* **-** Rare - Non déterminée - Caries dentaires - Rare - Non déterminée - *Gingivite* **-** Rare - Rare - *Glossite* **-** Rare - Non déterminée - *Stomatite* **-** Non déterminée - Rare - *Occlusion intestinale, y compris iléus paralytique* **-** Non déterminée - Non déterminée - Nausées - Non déterminée - Non déterminée - *Affections de la peau et du tissu sous-cutané, affections du système immunitaire* **-** *Éruption cutanée* **-** Peu fréquent - Rare - *Prurit* **-** Peu fréquent - Rare - *Œdème de Quincke* **-** Rare - Rare - *Urticaire* **-** Rare - Rare - *Infection cutanée/ulcération cutanée* **-** Rare - Non déterminée - *Peau sèche* **-** Rare - Non déterminée - *Hypersensibilité (y compris réactions immédiates)* **-** Non déterminée - Rare - *Réaction anaphylactique* **-** Non déterminée - Non déterminée - *Troubles musculosquelettiques et du tissu conjonctif* **-** *Gonflement articulaire* **-** *Non déterminée* **-** Non déterminée - *Affections du rein et des voies urinaires* **-** *Rétention urinaire* **-** Peu fréquent - Non déterminée - *Dysurie* **-** Peu fréquent - Non déterminée - *Infection du tractus urinaire* **-** Rare - Non déterminée - Description d'effets indésirables sélectionnés Dans les essais cliniques contrôlés menés dans la BPCO, les effets indésirables les plus fréquemment observés ont été les effets indésirables de type anticholinergique tels que la sécheresse buccale survenue chez environ 2,9% des patients. Dans l'asthme la fréquence de la sécheresse buccale a été de 1,2%. Dans 7 essais cliniques menés dans la BPCO, la sécheresse buccale a été à l'origine de 3 arrêts de traitement parmi les 3282 patients traités par le tiotropium (soit 0,1% des patients traités). Aucune interruption du traitement due à une sécheresse buccale n'a été rapportée dans les 6 essais cliniques menés dans l'asthme (1256 patients). Les effets indésirables graves liés aux effets anticholinergiques incluent: glaucome, constipation, occlusion intestinale y compris iléus paralytique et rétention urinaire. Autres populations particulières L'incidence des effets anticholinergiques peut augmenter avec l'âge. Déclaration des effets indésirables suspectés La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration: **Belgique**: Site internet: www.afmps.be - E-Mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be **Luxembourg:** Site internet: http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html MODE DE DELIVRANCE Médicament soumis à prescription médicale. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ Boehringer Ingelheim International GmbH Binger Straße 173 D-55216 Ingelheim am Rhein Allemagne NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ BE316495 DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE 11/2014 REPRESENTANT LOCAL Boehringer Ingelheim Avenue Ariane 16 1200 Bruxelles Editeur responsable: SCS Boehringer Ingelheim Comm.V, Avenue Ariane 16, 1200 Bruxelles

Boehringer Ingelheim

Job Code: BE/SPO-161110-05/2016

DR TOM TEULINGKX: «NOUS DEVONS METTRE EN PLACE UNE LIGNE DIRECTE»

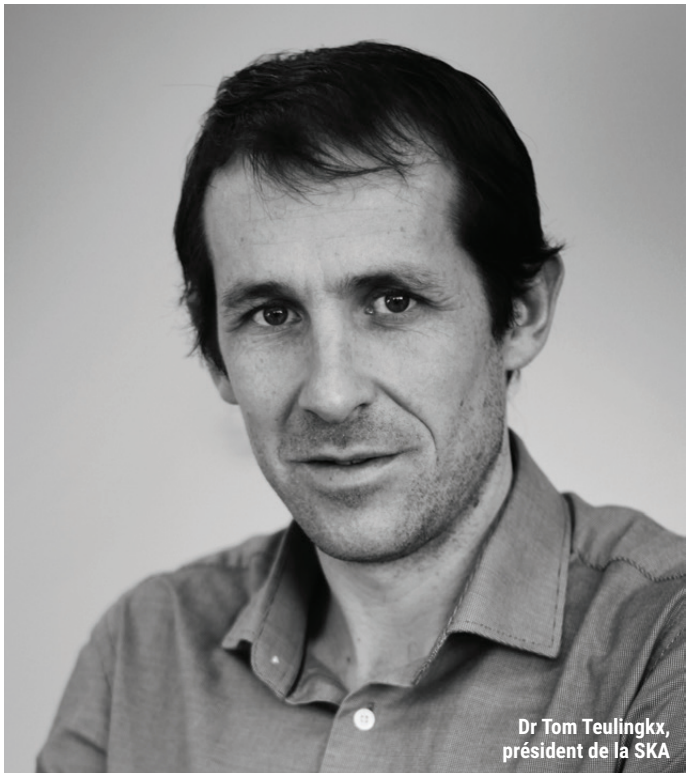


D'après l'interview du Dr Tom Teulingkx
médecin de la SKA

A partir de quel âge et à quelle fréquence les jeunes sportifs doivent-ils subir un dépistage? Et quelle doit être l'ampleur de ce dépistage? L'association flamande des médecins du sport et médecins-conseil (*Vereniging voor Sport- en Keuringsartsen, SKA*) répond à ces questions.

«*De nos jours, la médecine sportive est régie par l'arbitraire, l'incertitude et le chaos, tant pour les médecins que pour les fédérations et les sportifs*», affirme le Dr Tom Teulingkx en évoquant les divers types d'attestations de santé qu'un médecin est amené à signer. A l'occasion du symposium sur la mort subite du jeune sportif organisé le 19 mars à l'hôpital AZ Delta de Roeselare, le Dr Teulingkx a dressé un état des lieux du dépistage chez les jeunes sportifs. La SKA, présidée par le Dr Teulingkx, a formulé trois mesures concrètes après le décès d'un jeune coureur lors de la course *Antwerp 10 Miles*:

1. Les fédérations et organismes sportifs doivent obliger leurs membres et participants âgés de 14 ans et plus à se soumettre à un examen médico-sportif, ou du moins les inciter à remplir le questionnaire en ligne sur le site www.sportkeuring.be et à suivre les conseils formulés sur cette page.
2. Une ligne directe pour les arrêts cardiaques liés au sport doit être mise en place afin de répertorier plus efficacement les cas et de déterminer les points communs entre les différentes victimes.
3. Une formation de massage cardiaque doit être dispensée à autant de personnes que possible et la disponibilité des défibrillateurs doit être améliorée.



Dr Tom Teulingkx, président de la SKA

Le site www.sportkeuring.be propose un questionnaire qui permet au sportif d'indiquer quel sport il pratique et avec quelle intensité, ainsi que ses coordonnées. Ce questionnaire peut être imprimé ou envoyé à un médecin. «*Si le médecin dispose d'un droit d'accès à la plateforme, il est alors informé des examens qu'il doit effectuer. Ensuite, une notice est automatiquement générée et transmise au sportif via la plateforme.*»

MS10763F

L'ECG est ajouté au dépistage à partir de 14 ans seulement, «*car avant cet âge, l'ECG est difficile à interpréter, ce qui donne lieu à trop de faux positifs*». A partir de 35 ans, on évalue également la nécessité de procéder à un ECG d'effort. «*Le cas échéant, ce dépistage a lieu tous les deux ans, tandis qu'un ECG au repos est réalisé tous les quatre ans dans le cadre d'un examen médico-sportif. On observe chez les personnes plus âgées un autre mécanisme que chez les jeunes. C'est pourquoi on définit une limite à 35 ans; à partir de cet âge, les patients commencent à développer de l'artériosclérose.*» De nombreuses études placent cette frontière à 35 ans pour les hommes et à 45 ans pour les femmes. «*Nous avons toutefois remarqué que les femmes rattrapent progressivement les hommes en ce qui concerne les risques cardiovasculaires. Cette évolution est probablement due au tabagisme. Chez les personnes âgées de 35 ans et plus, nous examinons le type et l'intensité des activités auxquelles elles s'adonnent. En fonction du questionnaire et de l'examen clinique, nous déterminons alors si un électrocardiogramme d'effort est nécessaire. Celui-ci pourra éventuellement être suivi d'un examen cardiaque.*»

UTILITÉ DU DÉPISTAGE

En 2013, Laurette Onkelinx, ministre de la Santé publique de l'époque, pose la question de l'utilité du dépistage au Conseil supérieur de la santé. «*Conclusion: le dépistage est utile s'il répond à certaines conditions. Le positionnement doit être correct, le dépistage ne doit pas s'arrêter aux données cardiaques et doit être effectué par des médecins compétents. Cependant, d'autres études scientifiques doivent être réalisées pour évaluer divers aspects, comme la prévalence, les causes, la spécificité, les effets secondaires, la collecte de données et les coûts. La SKA a déjà pris en charge la plupart de ces points d'attention grâce à l'initiative VASO (*Vlaamse Aanbeveling Sportmedisch Onderzoek*, une série de recommandations pour l'examen médico-sportif en Flandre*, NDLR).»

Le rapport du KCE publié en 2015 concerne un million de sportifs ayant subi un dépistage obligatoire. Si l'on en croit la littérature, 0,3% d'entre eux courent un risque de mort subite. «*Selon ce rapport, ces statistiques comptent entre 5 et 30% de faux positifs. Par conséquent, nous alarmons 300.000 personnes sans raison.*»

QUESTIONS SOULEVÉES PAR LA SKA SUR CE RAPPORT

«*La sensibilité de l'examen médico-sportif serait trop faible. Sans ECG pour accompagner l'examen et le questionnaire, nous négligeons de nombreux éléments. L'ECG permettrait de détecter 85% des déficiences cardiaques au lieu de 30%! L'ECG doit donc absolument être intégré à tout contrôle médico-sportif. Selon le KCE, la spécificité est trop basse et entraîne trop de faux positifs, ce qui pourrait inquiéter et décourager de nombreux sportifs. En se basant uniquement sur des questionnaires, comme le font les études américaines, on obtient 23,8% de dépistages positifs. Un ECG permettrait de corriger ces chiffres. Le programme VASO propose une anamnèse nuancée: nous utilisons les critères de Seattle et disposons de médecins qualifiés. En outre, nous respectons des seuils de réorientation vers un spécialiste et nous ne réalisons pas d'ECG en dessous de 14 ans. Nous éliminons à la fois les coûts économiques et le risque d'obtenir trop de faux positifs (les deux principaux arguments du KCE). Combien de sportifs sont décédés en raison d'une soudaine insuffisance cardiaque? Nous ne connaissons pas les chiffres exacts: 10, d'après le KCE, sans doute 50 à 60, selon les experts. Mais nous allons recueillir des données et instaurer des lignes directrices. Nous devons tout mettre en œuvre pour sauver ces jeunes sportifs.*»

Dr Tom Teulingkx:

«A partir de 35 ans, on recense davantage de décès liés aux insuffisances cardiaques qu'aux accidents de circulation.»

PLUS EFFICACE QUE LE LOTTO

Selon une simulation, un million et demi de sportifs auraient fait l'objet d'un dépistage en 2012. En cas de dépistage tous les deux ans, ce qui équivaut à 750.000 dépistages par an à raison d'environ 60 euros par dépistage, le coût annuel total s'élève donc à 45 millions d'euros. Les coûts sont à charge du patient, car aucun remboursement n'est accordé. «*Nous allons devoir prouver le bénéfice potentiel sur le plan de la santé, mais en augmentant de 0,1 euro les accises perçues sur les 12 milliards de cigarettes vendues chaque année en Belgique, on obtient 60 millions d'euros que l'on peut consacrer au dépistage. A partir de 35 ans, on recense davantage de décès liés aux insuffisances cardiaques qu'aux accidents de circulation. En d'autres termes, nous devons également réfléchir aux priorités à définir pour sauver un maximum de vies. Si l'on considère que les chances de gagner au Lotto correspondent à ma taille, alors le risque de décéder d'un arrêt cardiaque occasionné par le sport correspond à la hauteur du bâtiment le plus haut du monde multipliée par cinq. Il y a donc 2.340 fois plus de risques de décéder d'un arrêt cardiaque lié au sport que de chances de gagner au Lotto. Pourtant, 47 millions d'Européens participent à une loterie chaque semaine. Nous nous intéressons manifestement plus aux gains potentiels qu'aux pertes, bien qu'il soit question de perdre notre vie. Dès lors, il est temps de faire un choix.*»

La conclusion du Dr Teulingkx lors du symposium était sans appel: «*Votre corps est votre accessoire de sport le plus précieux. Prenez-en soin.*» ■

L'EURO DE TOUS LES DANGERS?

Vincent Claes

Veiller à la sécurité des footballeurs et des supporters lors des grandes compétitions internationales mobilise des moyens de plus en plus importants. Après les attentats de Paris, la France redouble d'efforts pour que l'Euro 2016 reste une grande fête.

Durant l'Euro 2016, 24 équipes vont jouer 51 matchs dans 10 villes. 7 à 8 millions de supporters sont attendus dans l'Hexagone entre le 10 juin et le 10 juillet. Ils feront l'objet d'une attention toute particulière des forces de l'ordre et des organisateurs.

Afin de garantir la sécurité durant l'Euro 2016, un protocole de sécurité a été signé entre l'Etat français et la Fédération française de football. Les stades, les camps de base, les hôtels des équipes et de l'UEFA seront sous la responsabilité de l'organisateur de la compétition. L'Etat se charge de la sécurité aux abords de ces lieux. Les villes hôtes de l'Euro seront également mobilisées. Afin d'être le plus réactif possible, une analyse des risques et une actualisation des menaces seront réalisées par une cellule spéciale créée au sein du ministère de l'Intérieur.

MS10595F

Un exercice de sécurité civile grandeur nature a été organisé en avril dernier au Stade Pierre Mauroy de Lille.

QUELQUES CHIFFRES

- **51 matchs dans 10 villes**
- **900 agents de sécurité par match**
- **10.000 agents de sécurité engagés durant la compétition**
- **17 millions d'euros consacrés à la sécurité des fans zones**

«FANS ZONES»

De nombreuses *fans zones* seront installées pour permettre la retransmission des matchs. Elles accueilleront plusieurs dizaines de milliers de supporters. A l'intérieur de ces espaces, la sécurité sera assurée par des agents recrutés par les villes (Paris, Lille, Bordeaux, Marseille...). A l'extérieur de ces zones, les forces de l'ordre assureront la sécurité des spectateurs.

Les organisateurs annoncent la présence de 900 agents de sécurité par match, soit 30% de plus que les normes habituelles pour les matchs délicats et de Coupe d'Europe. 10.000 personnes vont être engagées. «*Les attentats qui ont eu lieu en France en 2015 nous ont poussé à repenser les mesures de sécurité*», explique Jacques Lambert, président d'Euro 2016 SAS. Faut-il rappeler qu'un des attentats du 13 novembre a été perpétré aux abords du Stade de France durant le match amical France-Allemagne.

L'Etat français a défini 5 matchs dits «sensibles». Ils feront l'objet d'une attention toute particulière. Plusieurs mesures de sécurisation ont déjà été annoncées: dès la mi-mai les stades seront sous contrôle, l'accréditation sera obligatoire, un double périmètre de sécurité est prévu…

Par ailleurs, Manuels Valls, le premier ministre français, a décidé de prolonger l'état d'urgence durant l'Euro de foot et le Tour de France. «*L'état d'urgence, ça ne peut pas être un état permanent, mais à l'occasion de ces grandes manifestations, nous avons considéré avec le président de la République et le ministre de l'Intérieur qu'il fallait le prolonger de deux mois. Nous avons besoin de donner ces pouvoirs, ces possibilités, sous le contrôle du juge, sous le contrôle du Parlement, pour permettre une meilleur riposte face au terrorisme*», a déclaré le premier ministre sur France Info.

LES COÛTS EXPLOSENT

Devant l'augmentation des coûts de sécurisation, certains maires ont demandé à l'UEFA d'augmenter sa participation aux frais. Ainsi Alain Juppé, maire de Bordeaux, qui a vu sa note «sécurité» passer de 1 million d'euros à 2 millions d'euros, réclame une aide supplémentaire. Globalement, la sécurisation des *fans zones* devrait coûter 17 millions d'euros. Selon Euro 2016 SAS, les coûts des mesures de sécurité dans les stades coûteront 15% de plus en raison du niveau de la menace. En théorie, les retombées des matchs, en moyenne 126 millions pour chaque ville organisatrice, devraient largement couvrir les coûts.

EXERCICE GRANDEUR NATURE

Les agences régionales de santé (ARS) concernées préparent depuis plusieurs mois l'arrivée massive des supporters dans les stades et les *fans zones*. Elles ont effectué des visites des services d'urgences et des plateaux techniques hospitaliers pour évaluer leurs capacités de prise en charge et d'activation du Plan blanc (équivalent de notre plan Mash). Les agences ont également contacté les médecins libéraux pour les prévenir d'une éventuelle mobilisation en cas – fameux euphémisme – «*d'évènement inattendu*». Des exercices de sécurité civile grandeur nature ont aussi été organisés. Le 22 mars, au stade Pierre Mauroy de Lille, près de 600 personnes – 100 professionnels et 500 figurants – ont participé à une simulation d'une attaque chimique et d'une fusillade durant un match. Objectif principal: préparer tous les intervenants (ambulanciers, pompiers, médecins, policiers…) à collaborer le plus efficacement possible. Les attentats de Bruxelles ont démontré que cette collaboration rapide et efficace des différents services de secours permet de sauver de nombreuses vies. ■

Le hooligan un moindre mal?

V.C.

En 2000, lorsque les Pays-Bas et la Belgique ont organisé l'Euro de foot, les mesures de sécurité concernaient essentiellement les hooligans. Et principalement les supporters britanniques. Durant les 15 premiers jours de la compétition, parmi les 1.301 personnes arrêtées pour des faits de troubles à l'ordre public, plus de la moitié étaient anglais…

A cette époque, le 11 septembre 2011 et les terribles attentats de Londres, de Paris et de Bruxelles n'avaient pas encore poussé les Etats à revoir complétement leurs dispositifs de sécurité pour prévenir et contrer le terrorisme sur leur territoire. Les archives télévisées de l'époque montrent, par exemple, des policiers de Charleroi très contents d'avoir installé des caméras dans le stade pour surveiller les supporters et d'avoir aménagé une grande cellule avec d'épais barreaux pour pouvoir mettre à l'écart les fans les plus agités.

CELLULE FOOTBALL

En 2000, à l'occasion de l'Euro, un certain nombre de règles ont aussi été élaborées. Règles qui sont aujourd'hui encore appliquées, rappelle le Centre fédéral de crise. La cellule football a été mise en place, la loi sur le football a été votée au Parlement, suivie par un grand nombre d'arrêtés d'exécution et de circulaires concernant l'organisation de la «sécurité active» (*stewards, spotters,…*) et de la «sécurité passive» (infrastructure) lors des matchs de football. «*Au niveau international également, il est possible de trouver, aujourd'hui encore, des instruments qui découlent des expériences Belgique – Pays-Bas de l'époque, comme le manuel européen sur la collaboration de la police internationale lors des rencontres de football, l'arrêt du Conseil de l'Union européenne qui prévoit la création obligatoire d'un point d'information national sur le football par état membre, et le traité Benelux en matière d'intervention policière transfrontalière.*»

PLAN MASH

Lors de l'Euro 2000, les hôpitaux des villes hôtes étaient en alerte durant les matchs. Ainsi, par exemple, à Bruxelles, le CHU Brugmann et l'AZ VUB étaient «de garde» durant les rencontres organisées au stade Roi Baudouin. En première ligne lors du drame du Heysel en 1985, ces institutions avaient tiré des leçons du passé. Douze équipes médicales étaient présentes dans le stade, sous la responsabilité du Pr Staroukine, chef des urgences à Brugmann et directeur adjoint des secours pour l'Euro 2000. En cas de problèmes majeurs, tous les hôpitaux bruxellois étaient prêts à enclencher le plan de «mise en alerte des services hospitaliers» (MASH). Heureusement, il n'a pas été nécessaire de l'activer. ■

Améliorez votre équilibre vie privée et professionnelle tout en gardant le contact avec les patients !

Devenez Médecin-conseil (h/f)

aux Mutualités Libres

Votre profil

- Vous êtes médecin.
- Vous avez le contact facile et les problèmes médicaux et sociaux des patients vous intéressent.
- Vous possédez les compétences de management nécessaires pour pouvoir collaborer facilement avec le personnel administratif et paramédical.
- Vous disposez d'une certaine expérience clinique.
- Une formation en médecine d'assurance ou une autre spécialisation complémentaire est considérée comme un atout.

Votre fonction

Le contact avec les patients est essentiel en tant que Médecin-conseil. Votre fonction impliquera entre autres :

- L'évaluation de l'incapacité de travail : analyser les possibilités de réinsertion professionnelle, en concertation avec les partenaires concernés comme les médecins généralistes, les médecins du travail, ACTRIS, le Forem, le VDAB… ;
- L'information et le conseil aux patients par rapport à la législation sociale, aux remboursements médicaux et aux problèmes d'assurance ;
- Le traitement des demandes de soins de santé.

Notre offre

- Un contrat à durée indéterminée.
- Un statut d'employé, assorti d'un package attrayant.
- De nombreux avantages extra-légaux (affiliation à Dentalia Plus et Hospitalia Plus, chèques-repas et assurance-groupe).
- De l'autonomie et de l'entreprenariat dans votre travail et du travail d'équipe.
- La possibilité de vous développer personnellement et professionnellement.

Intéressé(e) ?

Consultez notre site web **www.mloz.be/fr/jobs** et postulez pour la fonction de Médecin-conseil !

Mutualités Libres

www.mloz.be

L'optimisation de la vaccination contre la grippe et, surtout, une augmentation de la couverture vaccinale demeurent un *must*

Est-il vraiment utile d'ajouter une seconde souche d'influenza B au vaccin trivalent?

Le vaccin trivalent est depuis de longues années le pilier de la vaccination contre la grippe. Un vaccin quadrivalent a vu récemment le jour et il convient dès lors d'en préciser la place. Comme le montrent les enquêtes sérologiques et les études cliniques de terrain, sa valeur ajoutée concerne essentiellement les enfants en bas âge qui n'ont pas encore été exposés au virus de l'influenza B ou n'ont pas encore été vaccinés. Explications et commentaires du Dr Walter Beyer (*Erasmus Medical Center, Department of Viroscience*, Rotterdam)

La grippe demeure un thème d'actualité et un problème majeur de santé publique. Rappelons-nous notamment de l'inquiétude majeure suscitée il y a quelques années par la grippe aviaire. Le virus de l'influenza peut, chaque année, être à l'origine d'épidémies. Si son évolution est favorable chez la plupart des sujets en bonne santé et qui n'ont pas encore atteint la tranche des 60-65 ans, elle peut, chez les sujets plus âgés, entraîner des complications majeures requérant une hospitalisation, voire conduire au décès. Il est donc indispensable d'optimiser la stratégie de prévention (1), notamment en matière de vaccination.

Vous avez dit «*mismatch*»?

«*Au cours des 35 dernières années, nous avons eu recours au vaccin trivalent*», constate Walter Beyer. Ce dernier comprend trois composants, deux souches du virus influenza A et une souche du virus influenza B. «*Le virus influenza A est le plus préoccupant car c'est celui-là qui est généralement responsable des hospitalisations et des décès chez les sujets à risque*», précise W. Beyer. Le virus de l'influenza B, bien que moins dangereux, doit néanmoins être pris en compte également. Il peut actuellement se manifester sous forme de deux lignées différentes, appelées la lignée souche B/Yagamata et la lignée souche B/Victoria. Le vaccin trivalent contient une souche de l'une de ces lignées et il peut donc arriver que la souche en circulation durant la saison qui suit la vaccination ne soit pas celle qui est présente dans le vaccin: on parle alors de *mismatch* de la souche B.

Et le Dr Beyer d'enchaîner: «*La possibilité d'un* mismatch *conduit à se poser plusieurs questions: est-il, lorsqu'il survient, associé à une diminution de l'efficacité du vaccin et, si tel est le cas, au sein de quelles populations?*» Trois types d'informations peuvent contribuer à répondre à ces interrogations: les études sur modèles animaux, les études sérologiques et les études cliniques de terrain.

Les furets sont (trop) naïfs

Commençons par faire un tour du côté du laboratoire, avec les modèles animaux. Des furets exposés à une souche du virus influenza B produisent des anticorps contre cette souche. Il est alors possible de déterminer si ces anticorps spécifiques peuvent neutraliser d'autres souches virales (2). Les résultats de ce type d'études sont assez clairs: les anticorps dirigés contre les souches B/Yagamata ne sont pas capables de neutraliser les souches B/Victoria et *vice versa*. Les animaux de laboratoire ne sont toutefois pas des humains: ils n'ont pas été exposés auparavant au virus influenza B et n'ont jamais été vaccinés. Ils sont naïfs d'un point de vue immunologique alors que la plupart des humains ne le sont pas: ils ont, au fil des années, été exposés à plusieurs reprises aux différentes souches des deux lignées de l'influenza B (3) et ont donc développé une immunité partielle. Les furets seuls n'apportent donc pas de solution complète au problème. Il faut également se tourner vers d'autres approches pour élucider la question.

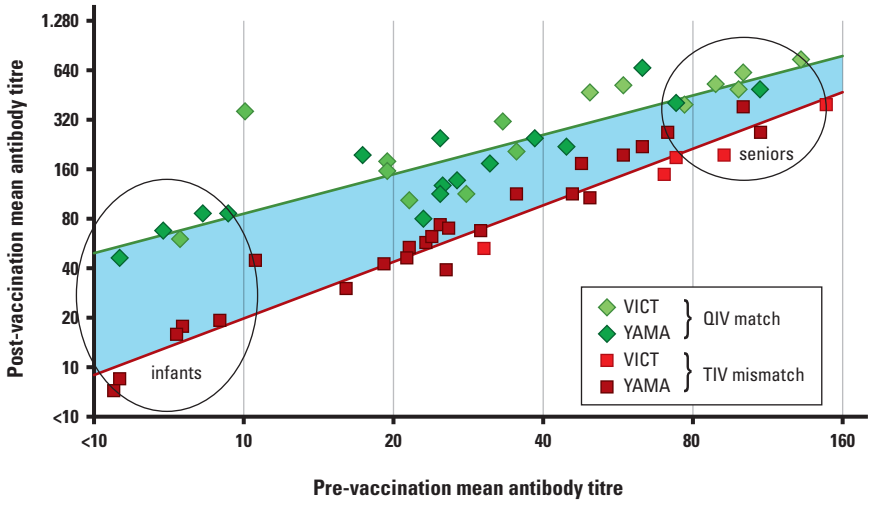
Une question d'âge

C'est ainsi que les études sérologiques menées chez l'homme permettent de mieux apprécier l'impact du *mismatch*. Dans ces études, des volontaires de différents âges reçoivent ou un vaccin trivalent qui contient 1 souche du virus influenza B ou un vaccin quadrivalent en contenant deux; une de chacune des deux lignées. Les titres d'anticorps contre les deux souches sont mesurés avant et après vaccination (4).

«*Les résultats de ces études nous apprennent que l'âge du sujet a un impact majeur sur les conséquences d'un* mismatch», explique le Dr Beyer, avant de poursuivre: «*Si un vaccin trivalent est administré à un sujet âgé de 1 ou 2 an(s), les conséquences d'un mismatch sont importantes. En effet, beaucoup d'enfants en bas âge sont, dans une certaine mesure, comparables aux furets: ils n'ont pas encore été exposés au virus influenza B et n'ont pas encore été vaccinés de sorte que la probabilité qu'un vaccin trivalent se révèle inefficace en cas de* mismatch *est alors importante* (**Figure 1**). *En revanche, les conséquences d'un* mismatch *en cas d'administration d'un vaccin trivalent chez un sujet âgé sont nettement moins manifestes: la différence d'efficacité sérologique d'un vaccin trivalent entre match et mismatch s'amenuise avec l'âge. Chez les seniors, elle n'est plus significative.*»

MS10630F

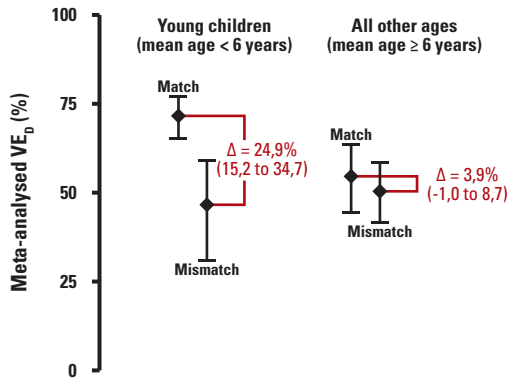
Figure 1: Titres d'anticorps avant et après vaccination, après administration d'un vaccin trivalent ou quadrivalent à différents âges de la vie.



Les conséquences d'un *mismatch* sur l'efficacité sérologique d'un vaccin ne sont perceptibles qu'au cours des premières années de vie.

Avec l'avancée en âge, le vaccin trivalent est capable d'induire la production d'anticorps dirigés contre la souche qu'il ne contient pas. Les sujets âgés ont été exposés auparavant aux souches des deux lignées d'influenza B. Le vaccin trivalent induit alors une réaction de rappel. On peut dès lors estimer que le vaccin quadrivalent ne présente un réel intérêt que durant les premières années de la vie, chez les jeunes enfants qui n'ont pas encore été exposés au virus de l'influenza B mais que sa valeur ajoutée s'estompe avec l'âge.

Figure 2: La méta-analyse des études cliniques sur l'efficacité du vaccin trivalent indique que l'impact d'un *mismatch* ne se manifeste de manière significative qu'au cours des premières années de vie.



De la sérologie à la clinique

Une méta-analyse des études cliniques de terrain avec les vaccins trivalents en cas de *match* et de *mismatch* confirme cette observation: la différence moyenne dans l'efficacité pour prévenir l'infection et la maladie est de ~25% chez les enfants de moins de 6 ans mais n'est plus que de ~4% après 6 ans (**Figure 2**).

Les adolescents, les adultes et les seniors ont acquis une protection croisée que le vaccin quadrivalent ne peut accroître que très modestement.

Dr Beyer: *«Si le vaccin quadrivalent est utile dans les premières années de vie, chez les jeunes enfants qui n'ont pas encore été exposés au virus de l'influenza B ou n'ont pas encore été vaccinés, il n'a pas de réelle valeur ajoutée au sein des autres tranches d'âge pour lesquelles le vaccin trivalent est suffisant.»*

En Europe, la plupart des vaccins contre la grippe sont administrés aux seniors. En dépit des efforts entrepris, la couverture vaccinale demeure insuffisante dans de nombreux pays. Selon les recommandations internationales, elle devrait être de 75%, ce qui n'est souvent pas le cas. «*Une augmentation du taux de couverture vaccinale chez les seniors est souhaitable en termes de santé publique. Le vaccin trivalent est suffisant à cette fin*», conclut le Dr Beyer.

Références

1. Van de Sandt CE, Bodewes R, Rimmelzwaan GF, De Vries RD. Influenza B viruses: not to be discounted. Future Microbiology 2015:10:1447-1465.
2. Bodewes R, De Mutsert G, Van der Klis FR, Ventresca M, Wilks S, Smith DJ, Koopmans M, Fouchier RA, Osterhaus AD, Rimmelzwaan GF. Prevalence of antibodies against seasonal influenza A and B viruses in children in Netherlands. Clin.Vaccine Immunol 2011;18:469-76.
3. Fonville JM, Wilks SH, James SL, Fox A et al. Antibody landscapes after influenza virus infection or vaccination. Science 2014;346:996-1000.
4. Beyer WEP, Boulfich M, Osterhaus ADME. QIV versus TIV: Evidence-based impact of lineage mismatch on influenza B vaccine efficacy. An umbrella meta-analysis of published literature. Fifth Conference 'Influenza Vaccines for the World', Albufeira, Portugal, October 6 to 9, 2015.

Réalisé avec le soutien de Mylan

© www.rcsc.be

COUPS ET BLESSURES (IN)VOLONTAIRES…

D'après l'interview du Dr Jean-Pierre Castiaux (CU Saint Luc, CHU Charleroi)

Il n'est pas une semaine sans que l'on évoque une blessure dans les rangs de nos Diables. Marc Wilmots a dû composer avec les blessures de Kompany, De Bruyne, Hazard(s), Origi, Benteke, Vermaelen, Denayer… entre autres. Le football moderne est rapide et engagé, les risques de blessures sont donc bien réels. Ils le sont bien plus encore pour les amateurs, qui ne bénéficient ni de la préparation ni de l'encadrement des pros! Revue des mesures préventives et des principales blessures qu'encourent les footballeurs avec le Dr Jean-Pierre Castiaux, qui suit le Sporting de Charleroi depuis plus de 20 ans…

D'ABORD, QUELQUES FAITS

On estime que 270 millions de personnes jouent au football. Il s'agit sans aucun doute du sport le plus pratiqué au monde. C'est aussi un sport de contact. Il n'est dès lors pas étonnant qu'il soit l'un des principaux pourvoyeurs de blessures sportives. «*Le football moderne est davantage physique et entraîne plus de contacts, mais sans augmentation apparente du nombre de blessures, probablement en raison de la meilleure préparation des joueurs (au moins à haut niveau)*» précise le Dr Jean-Pierre Castiaux.

Dans notre pays, toutes catégories d'âge et toutes divisions confondues, environ 33.000 blessures sont enregistrées chaque année, soit entre 150 et 200 par jour. Dans le lot, c'est le niveau provincial qui paye le plus lourd tribut, ce qui illustre bien l'importance de la préparation physique des joueurs. Dans 60% des cas, le joueur se blesse sans que l'on puisse incriminer un adversaire direct. Sans surprise, la plupart des blessures concernent les extrémités inférieures. «*Globalement, les blessures musculaires, les atteintes du genou et de la cheville constituent 80% des problèmes rencontrés. Le solde est constitué de tendinopathies, de blessures à l'épaule, aux poignets ou aux mains, de lésions du rachis, ou encore d'accidents à la tête…*»

«*Les matches diffèrent des entraînements notamment par leur intensité, la fréquence et l'intensité des contacts directs, ce qui se traduit par un excès de blessures*» (environ 35 blessures/1.000 heures de match, contre 6/1.000 heures d'entraînement). Il est à noter que les amateurs se blessent plus fréquemment (en match) que les professionnels et que les défenseurs sont plus exposés que les milieux de terrain ou les attaquants tandis que le poste de gardien de but reste le plus épargné par les blessures.

MS10701F

Le risque de blessures est quasiment deux fois plus élevé lorsque le football est pratiqué en salle plutôt que sur un terrain extérieur.

MIEUX VAUT PRÉVENIR QU'ESSAYER DE GUÉRIR…

Une bonne partie des accidents pourrait être évitée en limitant les facteurs favorisants et en respectant certaines règles. «*Un bon* ***échauffement*** *avant les matches et entraînements réduit le risque de blessure musculo-tendineuse. Un échauffement insuffisant peut s'observer en cas de remplacement inopiné d'un joueur. Chez les amateurs, les* ***entraînements*** *ne sont pas nécessairement structurés. Le football est un sport où dominent la force et la vitesse. Les mouvements sont exécutés avec beaucoup de rapidité. Un entraînement ciblé sur les différentes filières (l'endurance, la force, la mobilité, la vitesse et l'explosivité) permet au joueur d'optimaliser ses performances. Par ailleurs, l'acquisition de bonnes capacités techniques dès le plus jeune âge ajoute à l'entraînement physique. Les* ***étirements*** *n'ont jamais prouvé d'effet préventif sur les blessures, mais ceux-ci sont importants dans le cadre de la récupération des efforts fournis lors des entraînements.*»

La majorité des blessures – de 70 à 75% – ne sont rien d'autre que la récidive d'une ancienne lésion. «*Un entraînement spécifiquement adapté en fonction d'une blessure plus ancienne aide à éviter une éventuelle rechute. Une récupération insuffisante ou un retour trop rapide sur le terrain expose à la blessure.*» Les footballeurs professionnels passent un test physiologique systématique en début de saison. Ils devraient également passer un **examen médical** évaluant leur état morphologique et mécanique (recherche d'asymétrie…). «*La* ***déshydratation*** *s'accompagne d'une diminution significative des performances physiques et expose à de nombreuses complications comme l'apparition de crampes, de lésions musculo-tendineuses ou du coup de chaleur. Le footballeur, comme tout sportif, a besoin, selon l'intensité de l'effort et le climat, d'une rééquilibration hydrique. Il est donc conseillé de bien s'hydrater durant les entraînements, avant les matches, lors de la mi-temps et des interruptions de jeu, mais aussi de poursuivre la réhydratation après l'effort.*»

«*Les* ***erreurs alimentaires*** *prêtent davantage à conséquence chez le sportif que dans la population générale. Pour ne citer qu'un exemple, l'incidence d'un surpoids – notamment sur le système musculo-squelettique et la performance – est assez facile à imaginer.*» Le dernier repas d'avant match devra être terminé 3 à 4 heures avant ce dernier, ceci afin de ne pas entraver la digestion et de prévenir les hypoglycémies. Ce dernier repas évitera les aliments difficiles à digérer – principalement les matières grasses – et les aliments qui favorisent le ballonnement abdominal (certains légumes, les sodas…). Un repas trop copieux sera exclu pour les mêmes raisons. Enfin, la traditionnelle *pasta party* se pratique la veille du match et non pas juste avant la compétition! Après l'effort, la priorité va à la réhydratation, la reconstitution des stocks de glycogène, aux fruits frais et légumes (pour leurs antioxydants, vitamines et sels minéraux), voire un apport protéinique ciblé afin d'initier la récupération et l'anabolisme musculaire.

© www.rcsc.be

Dr Jean-Pierre Castiaux
(CU Saint Luc, CHU Charleroi)

«*De manière générale,* ***l'état de fatigue*** *est un incontestable facteur de risque de blessure et de contre-performance. Il est en effet plus probable qu'un joueur se*

blesse en fin de saison qu'en début du championnat. Dans le même ordre d'idée, lors d'une rencontre, le risque de blessure augmente à mesure que la fin du match approche. A ce titre, le sommeil est un point capital et la question «est-ce que tu dors assez?» est trop rarement posée.»

*«Un point non négligeable est la **prévention des technopathies**, c'est-à-dire des pathologies liées à un choix matériel inapproprié ou un geste mal exécuté. Par exemple, chez les enfants, il faut choisir un ballon adapté en taille et poids (le ballon de taille normale est à réserver aux adultes).»*

*«La sollicitation des articulations du pied et du genou, et, par conséquent, le risque de blessure, est quatre fois plus élevée sur des **terrains en mauvais état**. Un terrain bien entretenu, sans irrégularités ni trous, avec une pelouse qui n'est pas trop haute, est donc primordial. Par ailleurs, les **terrains synthétiques** sont de plus en plus fréquemment adoptés par les clubs. Ils représentent un investissement important mais sont praticables toute l'année, quelles que soient les conditions météorologiques (ou presque), tandis que leur régularité aide à l'apprentissage des gestes techniques. Leur qualité est cependant inégale. Les revêtements de qualité sont davantage absorbants, tandis que les revêtements plus durs semblent favoriser à long terme le développement de tendinopathies chez les adultes et d'atteintes des cartilages de croissance chez ces derniers. Des études à court terme ont montré que la pratique sur terrain synthétique n'entraînait pas plus de blessures, mais plutôt changement de leur nature, avec davantage de lésions des ligaments de la cheville et moins d'atteintes musculaires. Par contre, les cas d'abrasion sont anecdotiques.»*

Le port des **protège-tibias** et, pour les gardiens, de protections pour les genoux et les coudes est naturellement chaudement recommandé. *«Le **stress** est un facteur de contre-performance, mais aussi de blessure. C'est ce qui motive les clubs professionnels à faire suivre leurs joueurs par des psychologues du sport.»* Enfin, les instances dirigeantes ont elles aussi un rôle à jouer en promulguant des **règles** qui limitent au maximum les contacts dangereux. Naturellement, le **fair-play** devrait être érigé en valeur primordiale.

«Un terrain bien entretenu, sans irrégularités ni trous, avec une pelouse qui n'est pas trop haute, est primordial.»

LES BLESSURES MUSCULAIRES

«Les accidents musculaires – déchirures («claquages») voire désinsertions – sont fréquents pour le muscle droit antérieur, les ischio-jambiers et les mollets. On observe des décollements entre les muscles et leurs aponévroses ou dans les jonctions muscles-tendons. Les structures tendineuses étant pauvrement vascularisées, leurs jonctions sont fragiles, ce qui complique le processus de cicatrisation. La rééducation de ces lésions est difficile et la reprise du sport ne peut surtout pas être trop précoce.» Enfin, les lésions de surcharge sont régulièrement rencontrées. La pubalgie du footballeur en est un exemple type.

«Sur le terrain, la prise en charge immédiate associe arrêt de l'activité, glace, compression et immobilisation.» Par la suite, des AINS locaux, appliqués sans massage, peuvent être utiles. Par contre, *«les AINS systémiques seront évités car, outre le risque hémorragique que certains peuvent entraîner, ils ralentissent la cicatrisation. Les antidouleurs leur seront préférés. Les applications de glace sont poursuivies».*

***«Tout incident musculaire qui se produit pendant l'effort de manière brutale – pas nécessairement de grande intensité – est suspect, a fortiori en présence d'un gonflement ou d'un saignement importante!** Une échographie est alors indispensable afin de préciser la localisation et le type de lésione. Cette échographie doit être réalisée 2-3 jours après l'incident - il ne sert à rien de se précipiter, même si le sportif pousse en ce sens - par un opérateur habitué à l'évaluation des lésions musculaires.»*

«Les blessures musculaires en général doivent être laissées entre les mains d'un kinésithérapeute spécialisé et expérimenté, disposant en outre du matériel adapté. La rééducation sera précoce. La durée du repos est en fonction de la lésion. Les programmes de réentraînement et de réathlétisation sont de plus en plus structurés. Il est important de les respecter.»

LES BLESSURES AU GENOU

«Le genou est particulièrement exposé aux traumatismes (environ 25% des accidents). Les entorses sont extrêmement fréquentes, et l'on compte un certain nombre d'entorses graves, avec rupture d'un ligament croisé.» Les tacles «assassins» sont à l'origine d'un certain nombre de lésions, mais la plupart d'entre elles se produisent en dehors de tout contact. Quelques situations classiques: la frappe de balle en pleine course, dans des situations de déséquilibre, avec un pied d'appui bloqué tandis que le reste du corps pivote; le tir raté, dans lequel le joueur lance sa jambe avec force, sans que celle-ci ne soit freinée par l'impact avec la balle; les terrains de mauvaise qualité, irréguliers, parsemés de trous, responsables de

Suspicion d'entorse de la cheville: les critères d'Ottawa

Un bilan radiographique est justifié chez tout patient présentant une douleur de la région malléolaire et/ou du tarse s'il présente l'un des critères suivants:

- Age inférieur à 18 ans ou supérieur à 55 ans

Pour **la cheville**: existence d'une douleur de la région malléolaire associée à:

- une incapacité de se mettre en appui immédiatement et au SAU (impossibilité de faire 4 pas)

ou

- une sensibilité à la palpation osseuse du bord postérieur ou de la pointe de l'une des deux malléoles.

Pour **le tarse**: existence d'une douleur de la région du tarse associée à:

- une incapacité de se mettre en appui immédiatement et au SAU (impossibilité de faire 4 pas)

ou

- une sensibilité à la palpation osseuse du naviculaire ou de la base du 5e métatarsien.

Les femmes, des sportives hyperlaxes…

«Les femmes présentent une laxité plus importante que les hommes en raison, en partie, de l'imprégnation hormonale qui distend les ligaments et la capsule articulaire. Cette hyperlaxité est un inconvénient dans les sports qui nécessitent une bonne stabilité des articulations. Ainsi, les sportives hyperlaxes sont beaucoup plus sujettes aux pathologies ligamentaires – en particulier au niveau du croisé antérieur et de la cheville – et récidivent plus facilement. Le travail de stabilisation articulaire sera donc plus important chez elle. En outre, la forme des tibias et du bassin est différente chez la femme (plus courbe) et prédispose au développement de périostite. Les muscles des femmes contiennent moins de fibres musculaires et plus de graisse, ce qui implique une force musculaire moindre. Point positif, les femmes ont moins d'accidents musculaires que les hommes, en particulier moins de claquages musculaires, moins de tendinites ou de ruptures tendineuses. En outre, les contacts sont moins violents…»

mouvements forcés non anticipés. Sur le terrain, la prise en charge immédiate associe arrêt de l'activité, glace, élévation et contention.

«Toute entorse du genou est ligamentaire ou méniscale. Si une entorse est suspectée, la réalisation d'une IRM ou d'un arthro-scan est indiquée. Ses résultats détermineront l'approche thérapeutique la plus adaptée. En attendant l'examen, qui est parfois pratiqué plusieurs semaines après l'incident, il est important d'envoyer aussi rapidement que possible le patient chez un kinésithérapeute. Celui-ci visera notamment à maintenir la tonicité musculaire ainsi que la souplesse articulaire.»

«De manière générale, la rééducation des lésions du genou est plus classique et accessible. Les erreurs susceptibles de ralentir ou compromettre la guérison sont plus rares.»

LES BLESSURES À LA CHEVILLE

L'entorse de la cheville est probablement l'accident le plus fréquent du football. Les facteurs prédisposants sont le mauvais état du terrain, des chaussures inadaptées au sol, une instabilité préexistante, ou un tacle mal réalisé. Par ailleurs, les pathologies de surcharge (tendinite) sont fréquentes au niveau du tendon d'Achille ou des tendons antérieurs de la cheville. *«Dans la majorité des cas, l'anamnèse permet de déterminer le siège de la lésion et donc le ligament touché. Le plus souvent, le mécanisme est une torsion en varus. L'examen clinique est capital (douleur à la palpation, douleurs en dehors du trajet du LLE, oedème, hématome…), notamment pour détecter les autres types d'entorse, moins fréquents (entorse du médio-pied – Lisfranc, Chopart – par exemple).»*

«Un bilan radiologique doit être fait si les critères d'Ottawa sont rencontrés afin d'exclure une fracture. Une échographie ligamentaire et tendineuse permet de faire un bilan des structures essentielles à la stabilité de la cheville.»

Dans les entorses sévères (fractures, arrachement osseux), une immobilisation plâtrée ou synthétique est évidemment indispensable. Dans les entorses moins sévères, la qualité de la contention dépend de la douleur (contention semi-rigide, contention souple, attelle, tape…).

Les indications chirurgicales sont assez rares. En cas d'entorses répétitives ou s'accompagnant d'une lésion osseuse ou ostéochondrale, le chirurgien pourra s'appuyer sur des imageries complémentaires pour prendre sa décision. *«En tout cas, une entorse qui traîne est de mauvais signe. La rééducation est essentielle, quelle que soit l'entorse, pour limiter les récidives et redonner une sensation de stabilité au footballeur. Elle joue un rôle capital dans la prévention secondaire des entorses tibio-tarsiennes et dans la réhabilitation à l'effort.»* ■

Insomnie

Le bon hypnotique est celui que l'on peut arrêter

L'insomnie est une plainte fréquente qui conduit parfois le généraliste à référer au psychiatre. Mais qu'est vraiment une insomnie? Et comment la prendre en charge de manière optimale? Le point avec le Dr Philippe Snauwaert (AZ Sint Lucas, Bruges).

Qu'est-ce que l'insomnie? Comment faire le bon diagnostic?
On parle d'insomnie soit lorsque l'on a une difficulté à s'endormir à l'heure du coucher (insomnie initiale), soit lorsque l'on fait des réveils nocturnes fréquents ou prolongés, soit enfin lorsque l'on se réveille prématurément le matin avec une incapacité à retrouver le sommeil. Ces diverses insomnies peuvent se combiner ou changer avec le temps. Elles peuvent être aiguës – et ne durent alors que quelques jours à quelques semaines – ou chroniques.

Et quelles en sont les causes?
L'insomnie est un symptôme, pas une affection en soi. Elle peut être consécutive à des problèmes physiques (douleur, syndrome des apnées du sommeil…) ou liée à des problèmes psychiatriques (dépression), aux situations de stress de la vie courante, ou à une mauvaise hygiène de vie; le sommeil doit se préparer. Il est important en effet de mettre en place une bonne hygiène du sommeil, de réduire l'état d'hyperactivité mentale et physique à l'heure du coucher et de s'accorder une période de transition en fin de soirée pour se détendre. Ce qui souligne le rôle de l'anxiété dans la genèse des troubles du sommeil.

Quel traitement proposez-vous?
Il ne faut pas se ruer sur les traitements médicamenteux si l'impact sur la vie courante est peu important et si l'insomnie est récente. Par contre, souffrir d'insomnie chronique provoque divers types de conséquences: fatigue en journée, léthargie mentale, problèmes de concentration et de mémoire, maladresse physique… Lorsque c'est le cas, il faut combiner le traitement médicamenteux au traitement cognitivo-comportemental.

Lorsqu'un traitement médicamenteux est nécessaire, que proposez-vous?
Nous avons plusieurs possibilités dans notre arsenal. Les antidépresseurs – et en particulier les SSRI – en sont une, les benzodiazépines en sont une autre. Pour effectuer le bon choix, il faut d'abord identifier le type de trouble du sommeil: s'agit-il d'une insomnie d'induction? Est-elle sous-tendue par de l'anxiété? Est-ce un trouble qui se manifeste en deuxième partie de nuit? C'est évidemment lorsqu'on a affaire à une insomnie d'induction que les hypnotiques sont utiles, les benzodiazépines ayant un atout majeur en cas d'anxiété.

Mais toutes les benzodiazépines ne sont pas à mettre sur le même pied…
Effectivement. C'est la raison pour laquelle l'anamnèse de départ, qui définit le type d'insomnie, est capitale pour savoir si je propose une benzodiazépine à effet hypnotique prépondérant ou une benzodiazépine qui, comme le flurazépam, exerce une action sur la composante anxieuse. Cette molécule a en effet des particularités spécifiques qui lui confèrent, via un métabolite, un effet de longue durée sur l'anxiété. Ceci permet généralement au patient un fonctionnement «correct» durant la journée, sans l'anxiété de rebond que l'on rencontre parfois avec les benzodiazépines à courte durée d'action.

Le bon hypnotique est aussi celui que l'on peut arrêter…
Certainement. Mais cela dépend beaucoup du patient. Cela dit, lorsque je prescris le flurazépam, j'obtiens fréquemment du patient qu'il en limite la consommation. Je le prescris habituellement à raison d'un comprimé par jour et le titre ensuite prudemment en fonction de la sévérité de sa problématique, avec un résultat généralement considéré comme satisfaisant par mes patients et avec une bonne tolérance. Le flurazépam est, à mes yeux, un excellent traitement de première intention chez les patients anxieux, mais aussi chez les patients obsessionnels qui ont une insomnie d'induction. La durée totale du traitement ne dépassera généralement pas trois semaines. Si une prolongation du traitement est envisagée, celle-ci se fera après une réévaluation de la situation.

insomnia.medi-shere.be

MS10578F

MEDA

27,42 mg (30 comp.) : PP 15,20 €

STAURODORM®

UN BON HYPNOTIQUE, C'EST CELUI QUE L'ON PEUT STOPPER.

STAURODORM® est un hypnotique original grâce à son double mécanisme d'action. Sa composante hypnotique facilite l'endormissement, elle contribue à un sommeil de qualité et réparateur. Sa composante anxiolytique fait les beaux jours des bonnes nuits tout en favorisant un arrêt en douceur !

STAURODORM®

BONJOUR LES BONNES NUITS

DENOMINATION DU MEDICAMENT STAURODORM 27,42 mg Comprimés **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Un comprimé contient 27,42 mg de Flurazépam base. *Liste des excipients :* Lactose monohydrate * ; Cellulose poudre * ; Poly (o-2 hydroxypropyl) cellulose (5,0 - 16,0% hydroxypropoxy groupe) ; Silicium dioxyde colloïdal ; Amidon de maïs ; Glycérol dibéhénate ; Stéarate de magnésium. * Utilisé sous forme de cellactose 80 qui consiste en : 75% lactose monohydrate et 25% cellulose poudre **FORME PHARMACEUTIQUE** Comprimés sécables à usage oral. **DONNEES CLINIQUES - INDICATIONS THERAPEUTIQUES** Le Staurodorm est indiqué dans les cas de troubles du sommeil chez des patients présentant en outre des signes d'anxiété. L'emploi de benzodiazépines n'est indiqué que lorsque les troubles sont sévères, handicapants ou s'ils soumettent l'individu à une détresse extrême. Les troubles du sommeil liés à la dépression ne constituent pas une indication des benzodiazépines seules. **POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION** Le traitement sera aussi court que possible. La durée totale du traitement ne dépassera généralement pas trois semaines, période de sevrage incluse. Dans le cas où une prolongation de traitement s'avère nécessaire, une réévaluation préalable de l'état du patient s'impose. L'on commencera par une dose faible qui sera progressivement augmentée jusqu'à obtention de l'effet optimal. L'efficacité maximale du Flurazépam est atteinte lors de la 2ème ou 3ème nuit. *a. Adultes :* dose usuelle : 1/2 comprimé le soir, 15 minutes avant le coucher. Exceptionnellement, et pour des cas rebelles, la dose pourra graduellement être augmentée jusqu'à deux comprimés. - *b. Personnes âgées ou en mauvais état général* (p.ex. insuffisants rénaux ou hépatiques) : une dose de 1/2 comprimé sera en général suffisante et constituera de toute manière la posologie initiale. - *c. Enfants :* Les enfants ont une sensibilité accrue aux effets des benzodiazépines sur le S.N.C. Le non-développement complet du schéma de métabolisation peut empêcher la formation de métabolites non actifs ou la rendre incomplète. Enfants de moins de six ans : l'emploi chez des enfants de moins de six ans est réservé à de rares indications spécifiques, après décision et sous la surveillance d'un spécialiste (neuropédiatre, psychiatre). - *d. Remarque :* L'interruption de traitement après un usage prolongé se fera de manière progressive. Les effets rebond lors de l'arrêt de la thérapeutique semblent moins fréquents avec les benzodiazépines ayant un long temps de demi-vie qu'avec les benzodiazépines ayant un temps de demi-vie plus court. **CONTRE-INDICATIONS** Hypersensibilité à la substance active ou à un des excipients ou aux résidus. La myasthénie grave, l'hypersensibilité aux benzodiazépines constituent des contre-indications formelles à l'usage du Staurodorm; ainsi qu'en cas d'insuffisance respiratoire grave ou d'apnées du sommeil. Les troubles rénaux et hépatiques imposent la prudence quant à l'emploi de Staurodorm et les paramètres biologiques seront contrôlés. Enfants de moins de six ans : l'emploi chez des enfants de moins de six ans est réservé à de rares indications spécifiques, après décision et sous la surveillance d'un spécialiste (neuropédiatre, psychiatre). **EFFETS INDESIRABLES** L'administration de benzodiazépines peut masquer une dépression préexistante ainsi que provoquer une amnésie antérograde avec troubles du comportement. Des réactions paradoxales ou psychiatriques telles qu'agitation, irritabilité, agressivité, délire, cauchemars, hallucinations, psychoses ou troubles du comportement ont été rapportées. Elles sont plus fréquentes chez l'enfant et la personne âgée. L'usage de benzodiazépines peut induire une dépendance physique et ou psychique. Une toxicomanie aux benzodiazépines est possible. L'arrêt brusque peut induire un phénomène de rebond. Une agranulocytose peut parfois survenir, elle est réversible. Exceptionnellement des troubles de la personnalité, une dépression ou des symptômes paranoïaques ont été signalés. Dans certains cas, des réactions paradoxales peuvent apparaître avec augmentation de l'anxiété et des insomnies. Au niveau du système nerveux central, les effets indésirables suivants ont été rapportés : une sédation en tant que phénomène de hang-over, de la torpeur, faiblesse musculaire, fatigue, ataxie, diplopie, vertiges, céphalées. Ces phénomènes sont plus fréquents au début du traitement et ont tendance à s'estomper progressivement. Des acouphènes peuvent survenir. Des cas d'angor et de palpitations ont été rapportés. Au niveau respiratoire une augmentation du nombre d'apnées du sommeil, généralement sans signification a été rapportée, il en sera néanmoins tenu compte en cas d'obstruction des voies aériennes supérieures. Au niveau gastro-intestinal, des nausées, des vomissements, du pyrosis et rarement une augmentation de l'appétit ou une anorexie peuvent survenir. De la diarrhée, une constipation, une sécheresse buccale ou une hypersalivation ont été décrites. Une augmentation transitoire des enzymes hépatiques et de la bilirubine peut survenir. Ces phénomènes imprévisibles sont réversibles. Du prurit, une éruption cutanée, dans certains cas une photosensibilisation peuvent être constatés. Les réactions anaphylactiques sont exceptionnelles. Peuvent également se produire: dysfonctions sexuelles, troubles menstruels et de l'ovulation, troubles de la libido, très rares cas de gynécomastie. Il a été rapporté que le flurazepam a causé dans de rares cas une leucopénie et granulocytopénie ainsi qu'une élévation des sgot/sgpt, de la bilirubine totale/directe et une élévation des phosphatases alcalines. Ont été également rapportées des sensations de brûlure oculaire, de vision troublée ainsi qu'une difficulté de focalisation. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** MEDA PHARMA s.a., Chaussée de la Hulpe 166 - 1170 Bruxelles **NUMERO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** BE130444 **MODE DE DÉLIVRANCE** Sur prescription médicale **DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE** 06/2015 - REV.: 15/4/2016

C'EST (AUSSI) DANS LA TÊTE QUE CELA SE PASSE...

© www.shutterstock.com

D'après l'interview du Pr Philippe Godin
Service de Psychologie du Sport, UCL

Dire que les Diables Rouges sont soumis à une certaine pression est un euphémisme! On attend beaucoup d'eux. Bien sûr ils sont doués, bien sûr ils sont en pleine possession de leurs moyens physiques, bien sûr ils sont motivés... Toute cette pression et d'autres facteurs psychologiques peuvent cependant nuire à l'expression de leur plein potentiel. Discussion avec le Pr Philippe Godin, psychologue du sport.

De plus en plus, les sportifs de haut niveau intègrent la «préparation mentale» dans le cadre de leur préparation globale (physique, physiologique, tactique, technique, nutritionnelle). Tout le monde s'accorde maintenant pour dire qu'à valeurs physique et technique équivalentes, un mental de haut niveau peut «faire la différence» et distingue le champion du simple sportif. Il est difficile d'évaluer la part du mental dans la performance, mais elle est souvent prépondérante.

«En réalité, le terme de préparation mentale est réducteur. Il nous faut en effet distinguer deux actions complémentaires que sont la préparation psychologique («mentale») et l'intervention psychologique. L'action sportive est replacée dans le contexte d'un individu, qui doit apprendre à être le plus efficace possible, à avoir un fonctionnement optimal, en tenant compte de sa vie personnelle, affective, relationnelle, familiale...

La préparation mentale concerne l'application de diverses techniques visant à améliorer certaines fonctions mentales chez l'athlète (anxiété – attention – stress – langage intérieur – fixation d'objectifs...). Ces fonctions peuvent être améliorées par l'usage de techniques et méthodes validées telles que le contrôle de la respiration, le contrôle du tonus musculaire, la gestion du langage intérieur et l'imagerie mentale, que nous allons évoquer ici.» Cette approche est principalement orientée sur le présent et le futur par rapport à des rendez-vous compétitifs et

MS10702F

permet d'acquérir des moyens concrets pour gérer l'avant-match, le match proprement dit et l'après-match. Il s'agit ici de s'intéresser au comment de la performance.

L'intervention psychologique apparaît comme une recherche de résolution de problèmes d'ordre psychologique. Elle peut être orientée sur l'analyse du passé de l'athlète dans lequel se trouve l'origine de ses déséquilibres psychologiques (il s'agit de comprendre le pourquoi des problèmes) ou sur son vécu présent (l'athlète face à lui-même, les autres, son projet, ses doutes, blessure, reconversion...).

LA BASE: GESTION DE LA RESPIRATION

«Respirer est un besoin vital. Pourtant, 95% des gens respirent mal. Et les athlètes respirent encore plus mal, alors qu'il s'agit d'un déterminant fondamental de la performance.

En effet, l'activité motrice exige le gainage de la paroi abdominale, qui bloque de facto le déplacement du diaphragme. Or, aucun entraîneur n'explique comment courir et jouer avec un gainage tout en mobilisant son diaphragme. D'autre part, le footballeur est exposé à de nombreuses situations stressantes. Botter un coup franc ou un penalty, subir une agression, rater une occasion ou un geste technique... induisent un stress amenant à un blocage réflexe de la respiration. Ce réflexe issu de temps très anciens ne peut être inhibé. Par contre, une fraction de seconde plus tard, le joueur peut déclencher un mécanisme de respiration volontaire. Cette réaction peut être amenée par un travail de prise de conscience (mon corps m'indique que je bloque ma respiration) ou par le simple bon sens (je sais que je vais bloquer ma respiration et je réagis en conséquence).

Notre travail est d'expliquer ce qu'est une bonne respiration. Le joueur doit ensuite s'exercer, d'abord en solo, puis à l'entraînement. L'objectif est qu'il intègre ces techniques de respiration efficace dans des situations compétitives. Il faut évidemment du temps pour que le déblocage de la respiration devienne aussi instinctif que son blocage.

Le déblocage se fait par une respiration abdominale, lente et profonde. Quelques cycles d'inspiration-expiration suffisent. La reprise d'une respiration efficace a un impact physiologique (évacuation du CO_2, meilleure prise d'O_2, diminution du tonus musculaire, diminution du risque de tétanie et de blessure), mais aussi psychologique (retour du calme, meilleure attention, meilleure gestion émotionnelle et meilleures prises de décision). Les patients peuvent également recourir à cette technique de contrôle de la respiration en situation de stress, avec les mêmes bénéfices que les sportifs.»

GESTION DU TONUS MUSCULAIRE

«Le stress augmente le tonus musculaire. Or, cette augmentation du tonus des couples musculaires agonistes-antagonistes entraîne une diminution des performances psychomotrices, avec une altération de la fluidité des mouvements et une augmentation du risque de blessures. En effet, des mouvements articulaires de grande amplitude avec des muscles tendus peuvent dépasser la limite de l'élasticité musculaire. Les classiques blessures aux ischios illustrent bien ce mécanisme physiopathologique.»

Notre corps compte environ 650 muscles, regroupés en 20 grands groupes (pied, jambe, cuisse, main, tête, ventre...). Un travail d'éducation particulier permet à l'athlète de trouver le bon tonus, c'est-à-dire celui qui favorise la performance musculaire, mélange de réactivité, de vitesse et de précision dans l'exécution des mouvements.

Ce travail débute par une prise de conscience des sensations du corps à l'état de repos, puis par une prise de

Pr Philippe Godin, psychologue du sport:

«Respirer est un besoin vital. Pourtant, 95% des gens respirent mal. Et les athlètes respirent encore plus mal, alors qu'il s'agit d'un déterminant fondamental de la performance.»

conscience des sensations des différents groupes musculaires en situation de tension maximale (serrer le poing, les fesses…) (tension de niveau 10). Ensuite, l'athlète doit apprendre à se relâcher (et ramener ainsi la tension à son niveau minimal, c.-à.-d. le niveau 1). L'étape suivante se passe en situation sportive. L'athlète teste alors les niveaux de tension intermédiaires (de 2 à 9) afin d'identifier la tension idéale pour chaque groupe musculaire.

Le processus est plus facile à décrire qu'à réaliser. En pratique, il demande 4–5 mois d'un travail quasi quotidien. Le résultat tangible est une meilleure gestion des situations de stress. Ainsi, au cours d'une phase arrêtée, le joueur sera capable de scanner son corps, d'évaluer et d'adapter le niveau de tension de chaque groupe fonctionnel, pour ensuite prendre les décisions opérationnelles et réaliser le geste technique de manière optimale, et ce, de manière quasi automatique.

Ce travail du gestion du tonus musculaire repose sur la méthode de Jacobson, qui, elle-même, dérive de la pratique ancestrale du yoga (en langage «moderne», on parlerait de «pleine conscience»). Fondamentalement, il s'agit d'une éducation aux sensations.

Malheureusement pour eux, les athlètes résistent assez souvent à cette approche de l'effort. Ils ont l'habitude d'aller vite et fort, pas d'écouter ce que leur corps leur dit…

Le stade ultérieur est d'ajouter le travail sur la respiration à cette régulation du tonus musculaire. Les outils se complètent de manière synergique. L'expérience montre que les joueurs réceptifs à ces techniques sont plus performants et se blessent moins.»

GESTION DU LANGAGE INTÉRIEUR (= GESTION DES PENSÉES)

«Nous avons tous la capacité de formuler des pensées qui gèrent nos actions. Ces pensées doivent être en adéquation avec la situation. Malheureusement, bien souvent, elles sont parasitées par d'autres variables psychologiques comme la crainte de rater, ou de gagner, la peur, une estime de soi défaillante, ou encore une exigence de résultat…

«Le stress augmente le tonus musculaire. Or, cette augmentation du tonus des couples musculaires agonistes-antagonistes entraîne une diminution des performances psychomotrices, avec une altération de la fluidité des mouvements et une augmentation du risque de blessures.»

Qui dit sport collectif, dit travail sur le groupe

«Nous n'allons pas détailler cet aspect de nos interventions, mais il est évident que dans le football – comme dans tout autre sport collectif –, le travail individuel est utilement complété par un travail sur le groupe. Ses objectifs sont multiples: favoriser l'adoption des techniques décrites ici, accroître la motivation et l'implication de chacun, améliorer la communication (instructions de jeu, par exemple) et les interactions entre partenaires, définir au mieux les rôles de chacun (les équipes talentueuses comportent de fortes personnalités. Il est primordial que tous mettent leur ego de côté, de telle sorte que les intérêts individuels s'effacent au profit de l'intérêt commun), gérer les conflits, aider le capitaine (qui a valeur d'exemple et doit entrer en relation avec ses partenaires en tenant compte des susceptibilités de chacun), gérer les résultats (victoires comme défaites), ou encore gérer les blessures.

Naturellement, ce travail de psychologie fine s'inscrit dans la longueur. Un certain temps est nécessaire pour que le psychologue du sport s'intègre dans l'équipe, observe, se fasse connaître, accepter, respecter et qu'il fasse comprendre la nature et les limites de son intervention. Le psychologue du sport est un travailleur de fond, pas un magicien ni un pompier!»

Imaginons une simple situation de penalty. A priori, *mettre la balle dans un goal de 7,3 mètres alors qu'on est à 11 mètres devrait être systématiquement réussi par tout professionnel. Pourtant, il n'en est rien! Typiquement, le joueur se dit, «je ne peux pas rater ça!» Et bien, cette phrase induit une mauvaise programmation du cerveau, qui entend «rater» mais pas la négation. Le joueur se stresse, bloque sa récupération, adopte un mauvais tonus musculaire et… rate son botté.*

Le travail mental consiste à éviter ces émotions parasites («si je rate…», «il faut prendre ces points, on ne peut perdre…») en se focalisant sur le langage opérationnel (= ce qu'il y a à faire), largement basé sur les instructions de l'entraîneur. Grâce à ce travail éducationnel, les prises de décision se font en un instant (pour revenir au penalty: pensées uniquement opérationnelles: je prends trois pas d'élan, je respire un grand coup, je place le ballon dans le petit filet gauche) et la réalisation échappe à tout parasitage. Les peurs sont normales, mais pas efficaces. Les émotions peuvent s'exprimer après le match, mais pas pendant! Attention qu'un climat émotionnel positif peut également s'avérer délétère, notamment parce qu'il diminue la vigilance.»

TECHNIQUES D'IMAGERIE

«L'imagerie et la répétition mentale se caractérisent par la répétition symbolique, c'est-à-dire dans sa tête, d'une action motrice (comme une combinaison tactique, un plongeon pour un ballon à mi-hauteur sur la droite de la cage pour un gardien) ou d'une situation (comme le penalty à 2–0 ou un conflit avec un arbitre), c'est-à-dire d'actions motrices en situation d'enjeu, en gérant sa respiration, son tonus, sa gestuelle, ses pensées… mais sans bouger la moindre partie de son corps. Comme l'ont montré les techniques d'imagerie fonctionnelle tels le pet scan et l'IRM fonctionnelle, notre cerveau ne fait pas la différence entre un geste réalisé physiquement et le même geste réalisé mentalement (les mêmes zones cérébrales sont activées).»

L'imagerie mentale peut se pratiquer:

- Dans une perspective interne (visualisation à la 1ère personne). «*Le sportif est impliqué dans l'action, il s'imagine dans son corps en train de pratiquer le geste ou de vivre la situation. Il ressent toutes les sensations que cela peut lui procurer (informations visuelles, intéroceptives, proprioceptives/kinesthésiques, tactiles, voire auditives et de manière anecdotique en football, olfactives et gustatives).*» Ce type de visualisation permet de stocker et de mémoriser des informations.
- Dans une perspective externe (visualisation à la 3e personne). «*Le sportif est alors spectateur de son action, il la visualise mais ne la ressent pas.*» Ce type de visualisation, qui permet de traiter beaucoup d'informations visuelles est plus une phase d'analyse et d'apprentissage.

«Les techniques d'imagerie mentale ont un effet accélérateur sur la maturation et sur l'apprentissage (prise d'expérience): on apprend plus et plus vite parce que les situations sont plus souvent répétées. Il est naturellement plus facile de vivre dans sa tête cent tirs de penalty en situation de jeu – avec différents keepers par exemple – que de les exécuter réellement sur le terrain.»

Au total, l'imagerie mentale permet:

- un meilleur apprentissage d'un geste (gain en précision),
- une augmentation du niveau de performance par une amélioration de la coordination gestuelle,
- de mieux contrôler le stress compétitif,
- de mieux réguler la vigilance,
- de mieux gérer certaines situations conflictuelles,
- de ne pas perdre tout le bénéfice de l'entraînement en cas d'arrêt à la suite de blessures (l'athlète conserve ses capacités motrices en se représentant mentalement des actions qu'il a déjà réalisées).

«L'efficacité des techniques d'imagerie mentale dépend de la capacité du sportif à imaginer. Celle-ci est fonction du niveau du sportif: il est plus facile pour un sportif confirmé de visualiser une action qu'un débutant.

Les femmes, des hommes comme les autres, ou presque…

«Le travail avec des athlètes féminines est un peu différent. D'abord, il s'agit de gérer la relation sexuée. Pour les sports d'équipe, cela signifie que l'on ne peut accéder aux vestiaires, ce qui entraîne une perte d'informations capitales. D'autre part, en général, les femmes ont une moins bonne estime d'elles-mêmes et ont besoin de plus d'encouragements. En cas de défaite, les femmes culpabilisent personnellement, au contraire des hommes, qui rejettent plus volontiers la responsabilité sur les autres. Dans le même ordre d'idée, l'engagement des femmes s'inscrit dans une perspective davantage collective. Enfin, bien sûr, certaines femmes fonctionnent comme des hommes.»

Des études montrent qu'elles sont beaucoup plus efficaces lorsqu'elles sont associées à l'entraînement physique. L'imagerie mentale est souvent combinée à la relaxation, ce qui la rend plus efficace. Tout sportif de haut niveau devrait les pratiquer.»

«Ah oui, au fait, le staff encadrant les Diables Rouges – pourtant riche de 25 intervenants – ne comprend pas de psychologue du sport (ou en tout cas, celui-ci n'apparaît pas dans l'équipe présentée sur le site de l'URBSFA)… Peut-être que Wilmots estime que cette matière fait partie de ses prérogatives… En outre, le football n'est certainement pas le sport où l'on rencontre le plus de psychologues du sport. De manière presque paradoxale, mais compréhensible, ce sont les pratiquants de sports démonétisés, pour lesquels l'optimisation des performances prime sur toute autre considération, qui recourent le plus aux techniques de psychologie du sport…» ■

Prix public à partir du 01/03/2016			
25 mg	100 cpr	16,11€	Af/B
75 mg	14 cpr 56 cpr 200 cpr	19,33€ 20,82€ 50,09€	D Af/B Af/B
150 mg	14 cpr 56 cpr 200 cpr	32,12€ 32,52€ 86,74€	D Af/B Af/B
300 mg	14 cpr 56 cpr 200 cpr	45,37€ 46,57€ 125,37€	D Af/B Af/B

NOUVEAU

grand conditionnement
LYRICA® 75mg x 200

Plus avantageux pour votre patient !

AUCUNE ADMINISTRATION
Remboursé en B
1ère LIGNE

* Remboursé en B, en chapitre I, sans restrictions, sans formalités administratives.
Le traitement de l'épilepsie reste en chapitre IV, Af à 100% remboursé.

Pour des informations sur la sécurité de notre produit, veuillez consulter la notice ci-jointe.

LYRICA® PREGABALIN

Il y a parfois de bonnes raisons pour ne pas changer.

1.DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT. Lyrica 25mg, 75mg, 150mg ou 300mg gélules. **2.COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE.** Chaque gélule contient respectivement 25mg, 75mg, 150mg ou 300mg de prégabaline. Excipient(s) à effet notoire: Chaque gélule contient également respectivement 35mg, 8,25 mg, 16,50 mg ou 33 mg de lactose monohydraté. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE.** Gélule de 25mg: blanche et orange, portant en noir les mentions « Pfizer » sur la partie supérieure et « PGN 25 » sur la partie inférieure. Gélule de 75mg : blanche et orange, portant en noir les mentions « Pfizer » sur la partie supérieure et « PGN 75 » sur la partie inférieure. Gélule de 150mg : Blanche, portant en noir les mentions « Pfizer » sur la partie supérieure et « PGN 150 » sur la partie inférieure. Gélule de 300mg : blanche et orange, portant en noir les mentions « Pfizer » sur la partie supérieure et « PGN 300 » sur la partie inférieure. **4.1 Indications thérapeutiques.** Douleurs neuropathiques. Lyrica est indiqué dans le traitement des douleurs neuropathiques périphériques et centrales chez l'adulte. Épilepsie.Lyrica est indiqué chez l'adulte en association dans le traitement des crises épileptiques partielles avec ou sans généralisation secondaire. Trouble Anxieux Généralisé. Lyrica est indiqué dans le traitement du Trouble Anxieux Généralisé (TAG) chez l'adulte. **4.2 Posologie et mode d'administration.** Posologie. La posologie varie de 150 à 600 mg par jour, en deux ou en trois prises. Douleurs neuropathiques. Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg par jour administrée en deux ou en trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg par jour après un intervalle de 3 à 7 jours, et peut si nécessaire être augmentée à la dose maximale de 600 mg par jour après un intervalle supplémentaire de 7 jours. Épilepsie. Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg par jour administrée en deux ou en trois prises. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg par jour après 1 semaine. La dose maximale de 600 mg par jour peut être atteinte après un délai supplémentaire d'une semaine. Trouble Anxieux Généralisé. La posologie varie de 150 à 600 mg par jour, en deux ou en trois prises. La nécessité de poursuivre le traitement doit être réévaluée régulièrement. Le traitement par prégabaline peut être instauré à la dose de 150 mg par jour. En fonction de la réponse et de la tolérance du patient, la dose peut être augmentée à 300 mg par jour après 1 semaine. Après un délai supplémentaire d'une semaine, la dose peut être augmentée à 450 mg par jour. La dose maximale de 600 mg par jour peut être atteinte après un délai supplémentaire d'une semaine. Interruption du traitement par la prégabaline. Conformément aux pratiques cliniques actuelles, si le traitement par la prégabaline doit être interrompu, il est recommandé de le faire progressivement sur une période minimale d'1 semaine quelle que soit l'indication (voir rubriques 4.4. et 4.8). Patients insuffisants rénaux. La prégabaline est éliminée de la circulation générale principalement par voie rénale sous forme inchangée. La clairance de la prégabaline étant directement proportionnelle à la clairance de la créatinine (voir rubrique 5.2), chez les patients présentant une insuffisance rénale une réduction de la dose devra être établie individuellement en tenant compte de la clairance de la créatinine (CL_{cr}), comme indiqué dans le Tableau 1, calculée selon la formule suivante : CL cr(ml/min) = [1.23 x[140-âge(années)] x poids (kg)/créantine sérique (µmol/l)] (x 0.85 pour les femmes). La prégabaline est éliminée efficacement du plasma par hémodialyse (50% du médicament en 4 heures). Pour les patients hémodialysés, la dose journalière de prégabaline doit être adaptée en tenant compte de la fonction rénale. En plus de la dose journalière, une dose supplémentaire doit être administrée immédiatement après chaque hémodialyse de 4 heures (voir Tableau 1). Tableau 1. Adaptation de la dose de prégabaline selon la fonction rénale

Clairance de la créatinine (CL_{cr}) (ml/min)	Dose journalière totale de prégabaline *		Schéma posologique
	Dose initiale (mg/jour)	Dose maximale (mg/jour)	
≥ 60	150	600	BID ou TID
≥ 30 – < 60	75	300	BID ou TID
≥ 15 – < 30	25 – 50	150	Une fois par jour ou BID
< 15	25	75	Une fois par jour
Dose supplémentaire après hémodialyse (mg)			
	25	100	Dose unique+

TID = trois doses séparées, BID = deux doses séparées, * La dose journalière totale (mg/jour) doit être divisée par le nombre de prises indiqué pour obtenir le nombre de mg par prise. + La dose supplémentaire est une dose complémentaire administrée en une seule prise. Patients insuffisants hépatiques. Aucun ajustement de la dose n'est nécessaire chez les patients insuffisants hépatiques (voir rubrique 5.2). Population pédiatrique. La sécurité d'emploi et l'efficacité de Lyrica chez les enfants de moins de 12 ans et chez les adolescents (12-17 ans) n'ont pas été démontrées. Les données actuellement disponibles sont décrites aux rubriques 4.8, 5.1 et 5.2, mais aucune recommandation posologique ne peut être établie. Sujet âgé (de plus de 65 ans). En raison d'une diminution de la fonction rénale, une réduction de la dose de prégabaline peut être nécessaire chez les patients âgés (voir utilisation chez les insuffisants rénaux). Mode d'administration. Lyrica peut être pris au moment ou en dehors des repas. Lyrica est administré uniquement par voie orale. **4.3 Contre-indications.** Hypersensibilité au principe actif ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **4.8 Effets indésirables.** Le programme d'évaluation clinique de la prégabaline a été mené chez plus de 8900 patients exposés à la prégabaline, plus de 5600 d'entre eux l'ayant été dans le cadre d'essais en double aveugle contrôlés contre placebo. Les effets indésirables le plus fréquemment rapportés ont été les étourdissements et la somnolence. Ces effets indésirables étaient généralement d'intensité légère à modérée. Dans toutes les études contrôlées, les interruptions de traitement liées aux effets indésirables ont été de 12% pour les patients recevant la prégabaline et de 5% pour ceux recevant le placebo. Les effets indésirables les plus fréquents ayant entraîné l'arrêt du traitement par la prégabaline ont été les étourdissements et la somnolence. Le tableau 2 ci-dessous énumère, par type et par fréquence, tous les effets indésirables survenus à une incidence supérieure à celle du placebo et chez plus d'un patient (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). Au sein de chaque groupe de fréquence, les effets indésirables sont présentés par ordre de gravité décroissante. Les effets indésirables cités peuvent aussi être associés à la maladie sous-jacente et/ou aux médicaments concomitants. Dans le traitement des douleurs neuropathiques centrales dues à une lésion de la moelle épinière, l'incidence des effets indésirables en général, des effets indésirables touchant le SNC et la somnolence en particulier, a été accru (voir rubrique 4.4). Les effets supplémentaires rapportés après commercialisation figurent dans la liste ci-dessous en italique. **Tableau 2. Effets indésirables de la prégabaline. Infections et infestations.** Fréquent : nasopharyngite. **Affections hématologiques et du système lymphatique.** Peu fréquent : neutropénie. **Affections du système immunitaire.** Peu fréquent: Hypersensibilité. Rare: Œdème de Quincke, réaction allergique. **Troubles du métabolisme et de la nutrition.** Fréquent: augmentation de l'appétit. Peu fréquent : Anorexie, hypoglycémie. **Affections psychiatriques.** Fréquent: humeur euphorique, confusion, irritabilité, désorientation, insomnie, diminution de la libido. Peu fréquent: hallucinations, crises de panique, nervosité, agitation, dépression, humeur dépressive, exaltation, agression, humeur changeante, dépersonnalisation, manque du mot, rêves anormaux, augmentation de la libido, anorgasmie, apathie. Rare: désinhibition. **Affections du système nerveux.** Très fréquent: Etourdissements, somnolence, céphalées. Fréquent: Ataxie, troubles de la coordination, tremblements, dysarthrie, amnésie, troubles de la mémoire, troubles de l'attention, paresthésies, hypoesthesie, sédation, troubles de l'équilibre, léthargie. Peu fréquent: Syncope, stupeur, myoclonie, perte de connaissance, hyperactivité psychomotrice, dyskinésie, vertiges de position, tremblement intentionnel, nystagmus, trouble cognitif, altération de la fonction mentale, trouble du langage, hyporéflexie, hyperesthésie, sensation de brûlure, agueusie, malaise. Rare: Convulsions, parosmie, hypokinésie, dysgraphie. **Affections oculaires.** Fréquent: Vision trouble, diplopie. Peu fréquent : Perte de la vision périhérique, troubles visuels, gonflement des yeux, anomalies du champ visuel, diminution de l'acuité visuelle, douleur oculaire, fatigue visuelle, photopsie, sécheresse oculaire, larmoiement, irritation des yeux. Rare: Perte de la vue, kératite, oscillopsie, altération de la vision stéréoscopique, mydriase, strabisme, halo visuel. **Affections de l'oreille et du labyrinthe.** Fréquent: Vertiges. Peu fréquent : Hyperacousie. **Affections cardiaques.** Peu fréquent: Tachycardie, bloc auriculo-ventriculaire du premier degré, bradycardie sinusale, insuffisance cardiaque congestive. Rare: Allongement de l'intervalle QT, tachycardie sinusale, arythmie sinusale. **Affections vasculaires.** Peu fréquent : Hypotension, hypertension, bouffées de chaleur, bouffées vasomotrices, sensation de froid aux extrémités. **Affections respiratoires, thoraciques et médiastinales.** Peu fréquent: Dyspnée, épistaxis, toux, congestion nasale, rhinite, ronflement, sécheresse nasale. Rare: Œdème pulmonaire, sensation de constriction du pharynx. **Affections gastro-intestinales.** Fréquent: Vomissements, nausées, constipation, diarrhée, flatulences, distension abdominale, bouche sèche. Peu fréquent : Reflux gastro-œsophagien, sialorrhée, hypoesthésie orale. Rare: Ascite, pancréatite, gonflement de la langue, dysphagie. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané.** Peu fréquent: Eruption papuleuse, urticaire, hyperhidrose, prurit. Rare: Syndrome de Stevens-Johnson, sueurs froides. **Affections musculo-squelettiques et systémiques.** Fréquent: Crampes musculaires, arthralgie, dorsalgie, douleur des membres, spasmes cervicaux. Peu fréquent: Gonflements articulaires, myalgie, contractions musculaires, douleurs cervicales, rigidité musculaire. Rare: Rhabdomyolyse. **Affections du rein et des voies urinaires.** Peu fréquent : Incontinence urinaire, dysurie. Rare: Insuffisance rénale, oligurie, rétention urinaire. **Affections des organes de reproduction et du sein.** Fréquent: Troubles de l'érection. Peu fréquent: Dysfonction sexuelle, retard de l'éjaculation, dysménorrhée, douleur mammaire. Rare: Aménorrhée, écoulement mammaire, hypertrophie mammaire, gynécomastie. **Troubles généraux et anomalies au site d'administration.** Fréquent: Œdème périphérique, œdème, troubles de la marche, chutes, sensation d'ébriété, sensations anormales, fatigue. Peu fréquent: Œdème généralisé, œdème de la face, oppression thoracique, douleur, fièvre, soif, frissons, asthénie. **Investigations.** Fréquent: Prise de poids. Peu fréquent: Augmentation de la créatine phosphokinase sanguine, augmentation de l'alanine aminotransférase, augmentation de l'aspartate aminotransférase, augmentation de la glycémie, diminution de la numération des plaquettes, augmentation de la créatininémie, diminution de la kaliémie, perte de poids. Rare: Diminution de la numération des globules blancs. Après interruption d'un traitement à court ou long terme par la prégabaline, des symptômes de sevrage ont été observés chez certains patients. Les réactions suivantes ont été rapportées : insomnie, céphalées, nausées, anxiété, diarrhée, syndrome grippal, convulsions, nervosité, dépression, douleurs, hyperhidrose, et étourdissements, suggérant une dépendance physique. Le patient doit en être informé en début de traitement. Concernant l'interruption d'un traitement prolongé par la prégabaline, des données suggèrent que l'incidence et la sévérité des symptômes de sevrage peuvent être dose-dépendantes. Population pédiatrique. Le profil de sécurité d'emploi de la prégabaline observé dans deux études pédiatriques (étude de pharmacocinétique et de tolérance, n = 65 ; étude de suivi de la sécurité d'emploi en ouvert pendant 1 an, n = 54) était similaire à celui observé dans les études menées chez l'adulte (voir rubriques 4.2, 5.1 et 5.2). Déclaration des effets indésirables suspectés. La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via le système national de déclaration – voir Annexe V.**7.TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich Kent, CT13 9NJ, Royaume-Uni. **8.NUMÉRO(S) D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ.** EU/1/04/279/011-013, EU/1/04/279/027, EU/1/04/279/030, EU/1/04/279/038, EU/1/04/279/045 **9.DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION.** Date de première autorisation : 06 juillet 2004. Date de dernier renouvellement: 06 juillet 2009. **10.DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE : 11/2015. Médicament sur prescription.** Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments http://www.ema.europa.eu/.

160138-février 2016

Pfizer

Parmi les "Moins Chers".
Toutes les raisons de rester fidèle à l'original !

essentials
we do more than just copy

DOULEUR NEUROPATHIQUE
QUAND LES PATIENTS EN PARLENT

UNE AUTRE DOULEUR

LES PLAINTES DU PATIENT SONT UN INDICE ESSENTIEL DANS LA DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

Un malade diabétique qui se plaint de picotements dans les jambes, un patient qui évoque des cervicalgies lancinantes, un autre encore qui parle de brûlures ou de décharges électriques… Autant de scénarios qui sont évocateurs d'une douleur neuropathique. Mais comment définir cette entité et quel chemin suivre pour en poser le diagnostic?

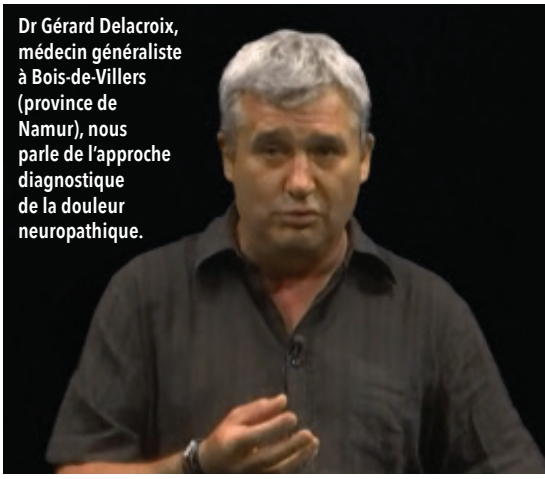
Les témoignages des patients qui ont contribué à la première vidéo de notre série consacrée à l'approche diagnostique et thérapeutique de la douleur neuropathique sont particulièrement démonstratifs (voir vidéo patients).

PICOTEMENTS, ÉCLAIRS, COUPS DE POIGNARD…

Comme l'explique notre confrère le Dr Delacroix dans la vidéo consacrée à l'approche diagnostique de la douleur neuropathique (voir vidéo Dr Delacroix), l'anamnèse constitue une pièce maîtresse du puzzle.
L'interrogatoire permet de mieux caractériser les plaintes et de faire la différence entre une douleur neuropathique, une douleur nociceptive ou une forme mixte. Après une écoute attentive des plaintes spontanées, l'anamnèse dirigée peut être inspirée de questionnaires validés et simples.
Le questionnaire «DN4» constitue une aide utile pour caractériser de manière plus détaillée la douleur neuropathique (**Tableau 1**) (1). Il contribue aussi à déceler d'éventuels troubles de la sensibilité et à circonscrire les facteurs qui déclenchent les symptômes. Le questionnaire painDETECT est conçu de la même manière (2). Il permet d'évaluer l'intensité de la douleur, son éventuelle irradiation… Vous comprendrez d'emblée l'intérêt de ces questionnaires en visionnant la vidéo.

DES TESTS CLINIQUES SIMPLES ET RÉVÉLATEURS

Comme vous l'expliquera G. Delacroix, d'autres éléments doivent attirer l'attention: le contexte, les antécédents, la réponse – ou l'absence de réponse – aux traitements médicamenteux antérieurs… Gardons à l'esprit qu'une douleur neuropathique peut être due à une affection lourde, comme un cancer.
Sur le plan de l'examen clinique, G. Delacroix vous donnera quelques tuyaux: des gestes simples permettent de provoquer ou de reproduire la douleur ainsi que d'objectiver un trouble de la sensibilité: une piqûre laissera peut-être le patient sans réaction alors qu'un coton-tige déclenchera une douleur sourde (3). L'examen clinique neurologique revêt évidemment une importance particulière.



Dr Gérard Delacroix, médecin généraliste à Bois-de-Villers (province de Namur), nous parle de l'approche diagnostique de la douleur neuropathique.

Enfin, les examens complémentaires, comme le scanner, l'imagerie par résonance magnétique, voire la réalisation de tests neurophysiologiques, peuvent s'avérer utiles. Ils sont souvent à discuter dans le cadre d'une approche multidisciplinaire et au cas par cas car leur interprétation peut s'avérer délicate: la discordance entre la clinique et les protocoles d'examens ne sont pas rares!

Tableau 1: Le questionnaire aide le clinicien à identifier et à caractériser une douleur neuropathique.

QUESTIONNAIRE DN4

La douleur a-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes?		
Brûlante	❏ oui	❏ non
Sensation de froid douloureux	❏ oui	❏ non
Chocs électriques	❏ oui	❏ non
La douleur est-elle associée à un ou plusieurs des symptômes suivants dans la même région?		
Fourmillements	❏ oui	❏ non
Picotements	❏ oui	❏ non
Engourdissement	❏ oui	❏ non
Démangeaisons	❏ oui	❏ non
Dans la région douloureuse, y a-t-il une zone de sensation réduite par rapport à une région normale?		
Au toucher	❏ oui	❏ non
A la piqûre	❏ oui	❏ non
La douleur est-elle aggravée par:		
Frottement	❏ oui	❏ non
S'il est répondu «oui» à une question, 1 point est attribué Si le score est ≥ 4 points, une douleur neuropathique est probable		

POUR EN SAVOIR PLUS:

Lien vers vidéo patients:
http://www.medi-sphere.be/fr/page/ils-pourraient-etre-vos-patients?token=BqlmsJ8aUPQinPkFdFriTnBOxEfwDK

Lien vers vidéo Dr Delacroix:
http://www.medi-sphere.be/fr/page/le-dr-delacroix-nous-parle-de-lapproche-diagnostique?token=SUwFF1qGTGt0bXBYJkoBOGmLWx5NGp

Références
1. Bouhassira D et al. Pain 2005;114:29–36.
2. Freynhagen R et al. Current Medical Research and Opinions 2006;22:1-10.
3. Baron R, Binder A & Wasner G. Neuropathic pain: diagnosis, pathophysiological mechanisms and treatment. Lancet Neurol 2010;9:807-19.

160466 - May 2016
MS10437F

Dr Elke Van den Steen, médecin des *Belgian Red Flames*.

©David Catry/Sportpix.be

FOOTBALL AU FÉMININ

UNE FÉMINISATION À TOUS LES NIVEAUX

D'après l'interview du Dr Elke Van den Steen
médecin des *Belgian Red Flames*

Médecin physique à l'*AZ Sint Jan* à Brugge, le Dr Elke Van den Steen est également médecin des *Belgian Red Flames*, l'équipe nationale belge féminine de football, une activité qu'elle combine avec l'encadrement médical de l'Académie des jeunes au FC Brugge. Elle est membre du *Health & Performance Department* de l'URBSFA, responsable de la politique médicale au sein de l'organisation. L'occasion de faire le tour de la pratique de ce sport au féminin dans notre pays.

Vous avez pu très tôt entrer en contact avec les structures nationales du football en Belgique par le biais de la prise en charge des filles de moins de 17 ans puis des garçons de moins de 19 ans et des moins de 21 ans. Responsable par ailleurs des Belgian Red Flames, vous pouvez apprécier le niveau de nos meilleures joueuses. Que retenez-vous?

Dr Elke Van den Steen: *Ces dernières années, le niveau des joueuses belges a progressé, tout comme le niveau du football féminin en général. Depuis la Coupe du Monde de 2011 en Allemagne, le football féminin est relancé. Le nombre de joueuses en Belgique a presque doublé, passant de 15.000 en 2000 à 27.000 l'an dernier. Dès lors, le «vivier» de détection des talents s'est étoffé. Nous occupons actuellement la 28e position au classement de la FIFA et la 17e place au niveau européen. En Belgique, il n'existe aucune équipe professionnelle, tout au plus une équipe semi-professionnelle comme celle du Standard Fémina. C'est ainsi qu'en marge du football, toutes les joueuses belges ont toujours un travail ou étudient encore. Nous avons actuellement 5 joueuses*

MS10667F

qui évoluent à l'étranger (en France, aux Pays-Bas, en Suède, en Norvège et en Allemagne) et qui bénéficient toutefois d'un statut semi-professionnel ou professionnel. Nous avons même une joueuse, Tessa Wullaert, qui a joué en demi-finale de la Ligue des Champions avec Wolfsburg, son club.

Au cours des dernières années, l'URBSFA a également consenti de nombreux efforts afin d'offrir aux joueuses un encadrement plus professionnel. Ainsi, l'équipe médicale de l'équipe nationale se compose non seulement d'un médecin et d'un kinésithérapeute, mais elle fait également appel à un préparateur physique et à un nutritionniste sportif, tandis qu'une grande attention est accordée au testing *dans le cadre de la prévention des blessures. Dès lors, la capacité athlétique des femmes a augmenté au cours des dernières années. Par ailleurs, toutes les filles de l'orientation* Topsport Football *fréquentent l'école* Topsport *de Leuven, où l'accompagnement quotidien permet également de faire appel à une équipe de kinésithérapeutes. Grâce à toutes ces avancées, les Red Flames sont actuellement toujours en lice pour participer, pour la première fois dans l'histoire du football féminin belge, à un grand tournoi, à savoir le Championnat d'Europe en 2017 aux Pays-Bas.*

Nos joueuses sont de réelles passionnées, ce qui est très agréable car le staff sait que ces joueuses feront tout ce qui est en leur pouvoir pour jouer le samedi. J'ai par ailleurs pu constater au cours des dernières années une très nette amélioration de la condition physique des footballeuses, une situation qui a probablement été favorisée par le fait que, durant quelques années, le championnat belge a été associé au championnat néerlandais (la BeNeLiga que le Standard a d'ailleurs remportée). Cette évolution nous permet à présent de travailler avec de réelles athlètes. Le cliché des footballeuses au profil masculin n'est plus de mise aujourd'hui, et il y a autant de variétés dans les profils athlétiques chez les femmes que chez les hommes. Je suis aussi frappée par la haute technicité des femmes, et la grande vitesse d'exécution qu'elles parviennent à offrir.

Le football féminin génère moins de contacts que le football masculin. Les lésions observées sont-elles différentes?

Le taux de blessures chez les femmes est plus ou moins similaire à celui des hommes, mais alors que le nombre de lésions semble diminuer chez les hommes lors de grands tournois, il affiche une courbe croissante chez les femmes. Et ce, malgré le meilleur accompagnement médical dont elles bénéficient depuis quelques temps. La cause en est probablement que l'aspect physique du football féminin a gagné en importance ces dernières années. Nous constatons néanmoins des différences entre les hommes et les femmes au niveau du type de lésions. Les femmes risquent 3 fois plus de souffrir d'une rupture du ligament croisé antérieur que les hommes. Ce qui s'explique tant par des différences anatomiques que fonctionnelles. Les femmes semblent également plus sujettes aux commotions cérébrales et auraient besoin d'une plus longue période de convalescence. A nouveau, les raisons n'en sont pas claires. Par contre, les femmes présentent un risque légèrement moins élevé de mort soudaine d'origine cardiaque.

Une attention est également accordée au dépistage des facteurs de risque de Déficience énergétique relative dans le sport (RED-S), autrefois mieux connue sous le nom de triade de l'athlète féminine. Cette déficience se caractérise par des troubles de l'alimentation, par des troubles ou une absence du cycle menstruel, ainsi que par un cycle osseux perturbé. Une carence potentielle en fer et en vitamine D est également surveillée.

Au cours des dernières années, l'URBSFA a consenti de nombreux efforts afin d'offrir aux joueuses un encadrement plus professionnel.

La Red Flame Tessa Wullaert

©David Catry/Sportpix.be

Et qu'en est-il du suivi au quotidien?

Une des principales différences est l'encadrement médical des équipes féminines. Dans certains clubs, les femmes peuvent faire appel à l'encadrement médical de l'équipe masculine. Pourtant, dans de nombreux cas, celles-ci devaient par le passé se charger elles-mêmes de trouver une aide médicale. L'URBSFA a dès lors développé un réseau auquel les joueuses peuvent faire appel si elles ne savent pas à qui s'adresser, réseau dont bénéficient aussi les arbitres. Ce qui diffère également selon moi, c'est la façon de communiquer à propos d'une blessure. Les femmes réagissent parfois de façon plus émotive, ce qui nous amène parfois à devoir faire passer le message autrement. En particulier en cas de problèmes relatifs au pourcentage de masse grasse, une bonne communication et un encadrement adéquat sont indispensables. Enfin, la carence en fer étant fréquente, c'est un autre aspect auquel nous devons rester attentifs, au même titre que la déficience en vitamine D. Nous leur demandons donc de doser régulièrement la ferritine et leur proposons une supplémentation en vitamine D durant tout l'hiver. Classiquement, on demande aux athlètes d'avoir un taux de 25-OH vitamine D > 50mg/ml pour éviter tout problème, y compris musculaire. Lorsque le taux est compris entre 30 et 50mg/ml nous revoyons les apports. Lorsque les taux sont < 30mg/ml nous substituons dans tous les cas. ■

Les types de blessures les plus courantes dans le football féminin sont les contusions, entorses ou ruptures de ligaments, les élongations et les déchirures musculaires. La majorité (environ 80%) des blessures recensées dans le football féminin sont imputables à des tacles. L'expérience montre aussi que la plupart des blessures se produisent lors de matchs particulièrement intenses où l'engagement physique est total avec un taux de blessures six à huit fois plus élevé en match qu'à l'entraînement. Ce sont généralement les jambes qui sont les plus touchées, tant en matchs qu'à l'entraînement, certains types de blessures étant cependant plus spécifiques. Ainsi, les blessures à la tête et à la nuque sont nettement plus nombreuses en situation de match. Aujourd'hui, de plus en plus de matchs sont disputés sur gazon artificiel. L'influence du type de gazon, naturel ou artificiel, sur les blessures est cependant très controversée.

Le profil général des blessures est à peu près le même chez les hommes et chez les femmes mais les joueuses sont plus souvent victimes de blessures à la tête et aux ligaments du genou (notamment les LCA) que les hommes. L'entorse de la cheville est la lésion articulaire la plus courante dans le football féminin.

Les carences en fer chez la femme en général sont courantes, mais chez les sportives, elles atteignent des niveaux alarmants. Parmi les joueuses de la sélection nationale suédoise avant une Coupe du Monde féminine de la FIFA, 59% indiquaient une carence en fer avant la compétition. Enfin, si une perte osseuse peut rester indécelée pendant longtemps, une fracture de fatigue peut être un signe indicateur d'une ostéoporose possiblement liée à l'exercice physique.

Forme et santé de la joueuse de football. Un guide pour joueuses et entraîneurs. Publication officielle de la Fédération internationale de football association (FIFA). Président de la commission médicale: Dr Michel D'Hooghe. http://fr.fifa.com/mm/document/footballdevelopment/medical/59/78/19/ffb_gesamt_f_22033.pdf.

EN BREF

Appel à projets pour les «*Well Done – MSD Health Literacy Awards*»

Une nouvelle étude réalisée à la demande de MSD auprès de 405 patients belges atteints d'une affection chronique (diabète de type 2, asthme ou hypertension) et de 360 soignants (généralistes, pharmaciens et spécialistes) montre qu'il existe une relation importante entre la littératie en santé des patients et le suivi des recommandations et directives du médecin traitant. L'étude demandait aux patients et aux soignants d'évaluer le niveau de littératie en santé perçue chez les patients et leur adhésion aux recommandations des soignants. Plus le niveau de littératie en santé est élevé, plus le suivi des directives est considéré comme facile; plus les directives sont respectées, moins l'on rencontre de problèmes à cause du non-suivi de ces directives. Par conséquent, on restera en meilleure santé.

La **littératie en santé** («*Health Literacy*») est un terme utilisé pour exprimer la capacité d'un individu à chercher, comprendre, évaluer et utiliser l'information sur la santé. Ne pas oser poser des questions sur sa santé, ne pas comprendre un diagnostic, mal interpréter la notice des médicaments ou se fier aux sources d'information non validées ou pseudo-scientifiques sont des problèmes qui arrivent plus souvent qu'on ne le croit, aussi dans notre pays. Ce qui explique pourquoi la littératie en santé est un meilleur prédicteur du suivi des directives médicales et de la facilité avec laquelle ces directives sont respectées que l'âge, le sexe, le niveau d'éducation ou le nombre de sources d'information consultées. Or, d'après une étude réalisée par l'UCL en 2014, 3 Belges sur 10 ont un niveau limité de littératie en matière de santé et 1 personne sur 10 a un niveau insuffisant pour prendre des décisions éclairées. Les personnes peu scolarisées et plus âgées sont les plus concernées.

MSD, ainsi que 13 acteurs majeurs du secteurs de la santé, dont l'éditeur RMN (*Medi-Sphere*…), se sont associés pour encourager, promouvoir et récompenser les projets visant à améliorer le niveau de littératie en santé en Belgique, mais aussi sensibiliser davantage le public et les professionnels de la santé sur son importance et la responsabilité de chacun.

Toute personne travaillant ou œuvrant dans le secteur de la santé peut soumettre sa candidature, dès aujourd'hui et jusqu'au 1er juin 2016 sur le site **www.welldoneawards.be**.

Le projet gagnant de chaque catégorie – a) 1ère ligne, b) 2e ligne, c) institutions publiques, associations de patients et particuliers – remportera la somme de **3.000 euros**.

Depuis la première édition, 150 projets au total ont été soumis. Cette année, le jury espère recevoir encore plus de soumissions et ainsi renforcer l'attention pour la littératie en santé dans notre société.

HL0074 5F

Vivez et bougez !

ARTILANE®: l'ampoule buvable pour vivre et bouger

Acide hyaluronique + Collagène + Antioxydants

Avez-vous des questions concernant ARTILANE®? Demandez conseil à votre médecin ou informez-vous sur notre site internet

ARTILANE® est disponible en pharmacie Code CNK 2550-739.
15 ampoules 19,45 Euro.

TRB CHEMEDICA

Distributeur: TRB CHEMEDICA AG
Boîte postale 1129 · 85529 Haar/München, Allemagne
info@trbchemedica.be · www.trbchemedica.be

Fabricant: *OPKO Health Spain S.L.U.*
Pl. Europa 13-15, Local 2 · 08908 L'Hospitalet de Llobregat, Espagne
26–04759 CAT/26–03340 GE

Football au féminin

INGRID VANHERLE: UNE FEMME DE DÉFIS

D'après l'interview d'Ingrid Vanherle
directrice de l'Académie Robert Louis-Dreyfuss

Icône du football féminin belge au début des années 2000, Ingrid Vanherle est depuis peu directrice de l'Académie Robert Louis-Dreyfuss, le centre de formation du Standard. Avec derrière elle une énorme carrière de joueuse au plus haut niveau du football féminin et des talents d'organisatrice et de dirigeante, elle est devenue la première femme à occuper une telle fonction dans un club belge professionnel de football. Parfaite bilingue, sa pédagogie est son point fort, particulièrement apprécié dans le chef des parents des joueurs qui sont sensibles à sa touche féminine. Femme de défis, Ingrid Vanherle ne manque pas d'idées… et de passion pour son sport.

Pour qui ne la connaît pas, Ingrid Vanherle est l'une des personnalités les plus marquantes du football féminin belge. Sa carrière de joueuse est impressionnante, marquée par sept titres nationaux sous les couleurs de Herk Sport, d'Anderlecht et du Standard, et 48 sélections en équipe nationale. Elle est aussi la première femme en Belgique qui ait fait l'objet d'un transfert payant! C'est dès son plus jeune âge que le football a été sa passion, à une époque où les filles ne pouvaient pas jouer avec les garçons (NDLR: elles peuvent le faire aujourd'hui jusqu'à l'âge de 12 ans). «*Je coupais donc mes cheveux au plus court, et me suis intégrée ensuite dans les équipes masculines, du moins aux entraînements car je ne pouvais pas jouer.*»

Athlète accomplie car elle était aussi vice-championne de Belgique de sa catégorie en gymnastique, elle abandonne bien vite ce sport pour s'affilier à Herk Sport où elle joue en équipe première dès l'âge de 15 ans. Durant sa carrière, elle a également combiné son sport avec un travail d'employée de banque car le professionnalisme n'existait pas à l'époque. Mais le football restait sa passion. Aussi, après avoir mis un terme à sa carrière, a-t-elle bien vite accepté le poste de responsable de la communication de la section féminine du Standard avant d'être enrôlée par Steven Martens, à l'époque secrétaire général de l'Union belge, pour collaborer à la création de la BeNe League, une compétition qui réunissait les équipes féminines des Pays-Bas et de Belgique. Elle y a travaillé pendant trois ans avant d'être engagée par Bruno Venanzi, le président actuel du Standard, qui cherchait un profil féminin pour prendre la tête administrative de l'école des jeunes du Standard.

«*Trouver du travail dans le domaine qui nous passionne est rare, surtout quand on est femme,* signale-t-elle. *Mais j'ai eu la chance d'être au bon endroit au bon moment, et de savoir ce que je voulais, ce qui m'a permis aussi d'ajouter à la responsabilité administrative de l'école des jeunes du Standard, la responsabilité sportive.*»

UNE TOUCHE FÉMININE QUI APPORTE DE LA VALEUR

Les problèmes de communication de l'école des jeunes étaient récurrents et difficiles à régler. De plus, les plus grands talents quittaient le Standard pour des clubs plus huppés ou réputés tels car l'école des jeunes du Standard a attiré l'attention après l'éclosion de la génération des Witsel, Fellaini et consorts. Il fallait donc réorganiser la communication interne et externe, et redonner confiance aux parents, ce qui a motivé l'engagement d'Ingrid Vanherle.

«*Le fait d'avoir travaillé à la Fédération avant d'arriver au Standard a grandement facilité les choses, du moins sur le plan administratif, car je savais de quoi on parlait,* explique-t-elle. *Mais mon plus grand défi a été de développer un mode de communication avec les enfants,*

MS10712F

Ingrid Vanherle, directrice de l'Académie Robert Louis-Dreyfuss, le centre de formation du Standard:

«Mon plus grand défi a été de développer un mode de communication avec les enfants, avec les parents, avec les éducateurs, les entraîneurs, pour éviter les conflits ou les gérer le plus efficacement lorsqu'ils survenaient.»

avec les parents, avec les éducateurs, les entraîneurs, pour éviter les conflits ou les gérer le plus efficacement lorsqu'ils survenaient. Car, quel que soit le groupe auquel ils appartiennent, ils ont des objectifs différents, des attentes différentes, des craintes différentes... Ainsi, il n'est pas rare que les pères se projettent dans leur fils en qui ils voient parfois un nouveau Messi, tandis que les mères jouent souvent un rôle (sur)protecteur». Parallèlement, il fallait développer des concepts qui permettent aux enfants de trouver des raisons sportives de rester au Standard, étant entendu qu'il était impossible de résister sur le plan extra-sportif. Ce qui a nécessité la mise sur pied d'un outil pédagogique performant et qui les touche.

LA PÉDAGOGIE POUR ALLER AU-DELÀ DU SIMPLE PROJET SPORTIF

«*Nous insistons très fort sur les études des enfants*, poursuit-elle, *et avons mis sur pied un système collaboratif et de partenariat avec 6 écoles et 4 internats de la région. Les parents apprécient beaucoup le suivi que nous apportons à ce projet.*» Parmi ces réalisations, le foot-études: en d'autres termes, les enfants qui ont des difficultés scolaires sont pris en charge par des professeurs le mercredi après-midi dans le cadre de leurs entraînements à l'Académie. «*Nous insistons aussi très fort sur la nécessité d'obtenir au moins le diplôme de 6e année. Mais il y a aussi un encadrement à leur proposer: il faut aller les chercher à l'école, les reconduire où qu'ils soient (nous travaillons ainsi avec une école de Tongres), ce qui signifie aussi que l'accompagnateur qui les suit doit également avoir une formation adéquate. Il nous faut aussi adapter le travail sportif avec les heures d'étude, différentes pour tous.*»

Quant au futur, c'est surtout la mise en place d'une septième année, une sorte de spécialisation, qui préoccupe aujourd'hui Ingrid Vanherle. A 19 ans, ces adolescents sont en effet soit aux portes de l'équipe première ou d'une possibilité de professionnalisme, soit en âge de s'engager ailleurs que dans le football professionnel (seuls 5% passent au plus haut niveau!). «*Nous devons donc les suivre pour leur permettre d'avoir les meilleures chances dans leur vie future. C'est dans ce cadre que nous leur donnons des cours de langue, des cours de gestion, des cours de communication... Ce qui, outre le fait que cela leur évite de 'glander', leur permettra de s'insérer dans la vie active. Nous les aidons aussi à gérer les réseaux sociaux.*»

AU-DELÀ DU TRAVAIL, LA PASSION

«*Etant femmes, nous avons un autre regard sur le football*, conclut-elle. *Cela nous permet aussi de gérer les conflits de manière différente, plus 'sensible'. La difficulté à laquelle nous sommes confrontés aujourd'hui est que le nombre d'adultes impliqués dans le quotidien des enfants est de plus en plus grand (parents, beaux-parents, grands-parents...) et donc les interférences plus nombreuses et marquées par des attitudes de l'enfant vis-à-vis de chacun parfois très différentes. Nous avons dans ce sens décidé récemment de ne plus permettre aux parents d'assister aux entraînements durant la semaine, ce qui est très apprécié par les enfants car ils sont libérés de la pression à laquelle ils sont soumis à leur domicile. Cela dit, être dans le milieu du football depuis toujours est aussi un avantage marquant car je sais de quoi on me parle. Mais je suis également bien entourée par une enseignante qui fait comprendre l'importance de l'éducation scolaire et qui nous demande parfois de retirer l'enfant momentanément de l'Académie pour reprendre pied sur le plan scolaire. Enfin, les préparateurs physiques, les kinésithérapeutes, les médecins, suivent également un programme individualisé pour chaque enfant, différent pour chaque catégorie d'âge, et coordonné avec les autres catégories d'âge...*» ■

BIEN DANS SON ASSIETTE, BIEN SUR SES JAMBES…

D'après l'interview de Serge Pieters
Diététicien enseignant à l'Institut Paul Lambin, consultant en nutrition à l'Agence spatiale européenne et diététicien - nutritionniste des sportifs de haut niveau à l'ADEPS

L'évolution du football de haut niveau et en particulier l'intensification de l'engagement physique ont entraîné une adaptation de la préparation physique des joueurs. Cette évolution s'est accompagnée d'une attention plus particulière à la nutrition du sportif. L'alimentation du footballeur n'est pas un simple problème d'hygiène de vie, il s'agit d'un facteur de performance majeur de l'athlète.

DONNER ENVIE

Au cours de leurs matches de poule, les Diables Rouges joueront à Lyon, Bordeaux et Nice. Ce n'est certes pas aussi exotique que le Brésil, mais au moins, l'acclimatation sera plus facile et les contraintes, de température, d'humidité ou de décalage horaire notamment, seront moindres. «*Cette proximité facilitera également la logistique. Les Belges vont pouvoir emmener leur cuisinier. De cette manière, les joueurs seront assurés de recevoir des plats qui leur sont familiers.*»

Nonobstant, «*la plupart des joueurs évoluent dans des championnats étrangers et sont donc accoutumés à une cuisine internationale. Les joueurs sont en outre d'origines et de confessions diverses. Le cuisinier et le diététicien doivent tenir compte de cette mixité tout en proposant une cuisine variée, saine et savoureuse de manière à ce que chaque joueur bénéficie de la nourriture qu'il aime*».

UNE APPROCHE INDIVIDUALISÉE

«*L'ancienne formule du plat unique servi à table n'a plus cours car elle est incompatible avec le respect des goûts, dégoûts, allergies, intolérances et interdits alimentaires potentiels des joueurs. Elle est désormais remplacée par le buffet. Cette formule permet de proposer une large variété d'entrées et de plats chauds, comprenant plusieurs sources de protéines, de légumes chauds et de féculents.*

Bien entendu, le cuisinier doit avoir la notion des quantités à servir, notamment pour satisfaire les besoins énergétiques des sportifs. De leur côté, les joueurs aussi doivent être formés à appréhender le buffet et gérer leurs prises alimentaires – en termes de quantité et de variété, sans verser dans l'excès, en veillant à se servir des 3 composantes, avec suffisamment de féculents et de protéines. On leur apprend ainsi à détailler l'ensemble des plats proposés, puis à faire des choix raisonnés.

Nous utilisons également des sets de table sur lesquels est représenté le plateau idéal, avec les emplacements de l'assiette, du fruit… ainsi que des indications de répartition entre les 3 composantes et de quantités (exprimées en portions d'assiette). Idéalement, chaque plat du buffet porte une étiquette indiquant sa composition, sous forme de pictogrammes explicites, telles des croix, permettant d'évaluer l'apport en protéines ou en glucides.

Lorsque les choses sont poussées à l'extrême, chaque joueur possède son propre set de table. Les besoins de

MS10703F

chaque joueur varient en effet selon sa morphologie, sa pratique (le gardien de but ou un réserviste n'ont pas les mêmes besoins qu'un joueur de l'entrejeu, par exemple, ces besoins variant en outre selon qu'il s'agit d'un match ou d'un entraînement) ou de besoins spécifiques (perte de poids, récupération de blessure, phase de musculation…). Ces différences doivent être intégrées dans le travail de préparation sportive, mais aussi dans l'alimentation. Le diététicien doit être proche du terrain et des autres membres du team *médico-sportif. C'est à ce prix qu'il peut véritablement individualiser le régime de chaque joueur…»*

DIALOGUER, SENSIBILISER, EXPLIQUER

«Personnellement, lorsque je pars avec une équipe, je me place près du buffet et me mets à table avec les joueurs. Cela me permet d'observer et de comprendre les comportements de chacun et d'amorcer le dialogue avec les joueurs. En outre, mon comportement – comme celui de l'ensemble du staff médico-sportif – a valeur d'exemple. Rappelons que les joueurs sont en moyenne assez jeunes et leurs connaissances en matière d'alimentation saine – et même de physiologie du sport – sont pour le moins rudimentaires. Pour l'anecdote, lors d'un exposé auprès d'une équipe de division 1, je me suis rendu compte que des mots comme «féculents» et «glycogène» étaient incompris.

A la base, un sportif ne mange pas mieux que monsieur ou madame tout le monde. Ce n'est qu'à force de formations, d'informations et de suivis et s'il y a la conviction que la nutrition est une composante de la performance sportive que les bonnes habitudes alimentaires sont adoptées.

En pratique, ce sont les sportifs plus expérimentés – à partir de 25-30 ans pour le football – qui s'avèrent les plus demandeurs. Ils sont en effet en concurrence avec des athlètes plus jeunes, avec de plus grandes capacités sportives ou encore de meilleures facultés de récupération. Ils visent à optimiser leurs performances. Ce sont eux qui ont recours à la préparation mentale ou au coaching et… s'intéressent à la diététique. Ce sont eux également qui sont davantage sensibles à la prévention des blessures. De notre côté, notre volonté est d'aller aussi vers les jeunes, certes plus réfractaires mais dont le potentiel reste à réaliser.»

EN PRATIQUE, EN D1…

«Le diététicien est encore le parent pauvre dans beaucoup de clubs, soit parce qu'ils n'en perçoivent pas l'intérêt, soit parce que nos services ont un coût, soit parce que le team *en place estime qu'il maîtrise la matière ou ne voit pas la plus-value d'un diététicien sur la seule administration de compléments alimentaires. Et c'est dommage, car les questions qui nous sont posées – genre «quelle est la poudre de protéines qu'il faut donner à la mi-temps?» – illustrent bien les limites des connaissances de certains préparateurs sportifs.*

La situation est pire encore dans les divisions inférieures. En effet, rares sont les entraîneurs qui sont sensibilisés aux enjeux d'une bonne alimentation. Par ailleurs, s'ajoutent les questions légales – l'acte diététique est soumis à prescription médicale et ne peut être dispensé que par un médecin ou un diététicien – et les contraintes en matière de formation. En effet, les formations en diététique du sport ne sont accessibles qu'à ces mêmes médecins et diététiciens.»

LES JOUEURS DE FOOTBALL ONT DES BESOINS SPÉCIFIQUES

«En moyenne, lors d'un match, un joueur de champ parcourt 11-12km, répartis en marche, sprints, course lente et course modérée, avec de fréquents changements de direction. Toutes les filières énergétiques sont donc exploitées. C'est le cas de la filière «explosive» (voie des phosphagènes: ATP musculaire et surtout phosphorylcréatine) – qui se vide très rapidement et met 1 à 2 minutes pour se reconstituer – mais aussi de la filière lactique, certes protectrice pour le muscle mais qui ralentit l'activité musculaire. Enfin, la filière aérobie est également soumise à forte contribution (utilisation du

Méfiance par rapport aux compléments alimentaires

«Les compléments alimentaires sont particulièrement prisés dans le milieu du football. Un marketing agressif et un certain effet de mode jouent assurément. Par rapport à des aliments frais, ils peuvent être moins chers, voire gratuits si un sponsor intervient, ne périment pas et apparaissent davantage «sexy». Cependant, certains d'entre eux n'ont carrément pas (carnitine par ex.) ou très peu d'intérêt (créatine, par ex.). D'autres, mal utilisés, peuvent avoir des effets délétères. Je pense par exemple aux poudres hyperprotéinées, qui sont susceptibles en cas d'excès d'induire une certaine fatigue hépatique et rénale – par surproduction de déchets azotés –, de favoriser la décalcification osseuse ou sont purement et simplement dégradées en énergie (au-delà de 2g/kg de protéines, qui sont un maximum). Enfin, en Belgique, 15% des produits vendus dans le commerce sont contaminés par des produits dopants. C'est pourquoi il faut privilégier les produits qui portent une certification (comme AFNOR 94-001) ou un label (tel SPORT Protect). Dans le même ordre d'idée, il est recommandé au médecin traitant de consulter la liste des produits dopants (http://www.dopage.cfwb.be) avant toute prescription à un sportif de compétition.»

glycogène hépatique et musculaire et des réserves en acides gras). Sur le plan énergétique, ce sport apparaît donc plus difficile à gérer qu'un marathon, par exemple.

Dans ce contexte, notre souci est d'optimiser les stocks de glycogène, la journée précédant mais aussi le jour de la compétition (avant, pendant et après cette dernière). Cela se fait via une alimentation suffisamment riche en glucides. On insiste donc sur les féculents (pain, pâtes, riz, pommes de terre, céréales...). On y associe les sucres des fruits, mais aussi les sucres raffinés des desserts ou des boissons, à d'autres moments.

Un match dure 90 minutes. Si l'alimentation n'est pas suffisamment riche en glucides, les stocks du joueur ne lui permettent pas de tenir plus de 60 minutes.»

AVANT L'EFFORT

La veille au soir

«La mode est aux pasta parties et autres rice parties. L'objectif est de fournir les indispensables glucides, ainsi que de protéines. Ce repas doit être facile à digérer et ne peut altérer la qualité du sommeil. On évite donc l'alcool, les aliments gras ou très épicés. Les plats proposés doivent être éprouvés en saison. Ce n'est pas à la veille d'un match que l'on teste une nouvelle recette!

Quelques exemples: spaghetti bolognese avec viande hachée maigre, poulet – pâtes – coulis de tomate, saumon – riz – carottes ou pâtes au jambon – béchamel légère.»

Au petit déjeuner

«L'objectif (de la journée) est d'obtenir une hydratation optimale (ce qui se marque par des «urines plus claires qu'une pils»!) car l'aptitude à l'exercice est fortement sensible à la déshydratation (-10% par chaque % de poids corporel perdu). Le petit déjeuner comprend surtout des glucides (essentiellement des féculents, du pain et des flocons d'avoine, mais aussi des sucres simples; confiture, sucres...) et un peu de protéines (jambon, filet de dinde, produits laitiers...). De nouveau, on veille à la digestibilité du repas.»

Le midi

«Tout dépend de l'heure à laquelle est prévu le match. Si le temps le permet, un repas complet est envisageable. Personnellement, je privilégie la purée de pomme de terre et le riz aux pâtes, qui demandent un temps de digestion plus élevé – de l'ordre de 5 heures – et conviennent donc mieux au repas de la veille. Les matières grasses sont évitées car elles ralentissent la digestion. De même qu'un repas copieux. A titre d'exemple, un poulet frites mayonnaise met 8 heures pour être digéré. Un estomac encore chargé est désagréable. Sans compter que la digestion capte une partie du débit sanguin et représente un effort supplémentaire dont l'organisme se passe volontiers en compétition.

On observe d'importantes variations intra- et inter-individuelles du temps de digestion. Le stress d'avant match l'allonge.

Un exemple de repas: bouillon vermicelle, poulet – purée – compote, fruits mûrs ou riz au lait pu cake aux pommes.»

Trois heures avant l'échauffement

«L'accent est mis sur une «alimentation performances»: sandwiches simples (baguette blanche, peu de matière grasse, charcuterie maigre; un faible apport protéique afin d'abaisser l'index glycémique), cake ou compotes de fruits ou biscuits secs. Et de l'eau, bien sûr.

Une remarque à propos du café. La caféine est appréciée pour ses propriétés stimulantes, tandis que son effet déshydratant potentiel est discuté. Il semblerait en effet que ses effets déshydratants, stimulants ou d'activation des lipases ne s'observent pas chez le consommateur habituel. Par contre, les consommateurs occasionnels ou ne buvant que de petites quantités en subissent plus rapidement les effets secondaires (nausées, tremblements, tachycardie, maux de tête...).»

A l'échauffement

«Une boisson d'attente prépare l'organisme à un effort soutenu, en adaptant les apports en eau et en énergie dans les deux heures qui précèdent la compétition. L'objectif est de compenser les pertes dues notamment au stress précompétitif, mais également de prévenir les blessures. En pratique, la boisson d'attente doit être servie tempérée et consommée par petites gorgées successives. L'idéal est de bien faire circuler le liquide dans la bouche afin de stimuler les glandes salivaires et de susciter un effet «rinçage de bouche» (petite production adrénaline propice à la performance).

Cette boisson d'attente peut être une boisson sport du commerce (6% glucides) – attention à ne pas confondre boisson énergétique et boisson énergisante – ou une préparation «maison». Celle-ci est très simple à faire: pour 500ml, ajouter 200ml de jus de raisin et une pincée de sel à 300ml d'eau. Si on veut aller plus loin, on optimise le mélange glucose, saccharose, dextrine maltose pour une meilleure utilisation des glucides à l'effort.»

PENDANT L'EFFORT

*«L'**hydratation** des joueurs est fondamentale, de même qu'un apport énergétique suffisant sous forme de **glucides** à index glycémique élevé. Pour le football, on recommande un apport de 60g/h d'effort. L'administration de **sel** est nécessaire pour compenser les pertes par sudation et prévenir le phénomène d'intoxication à l'eau (hyponatrémie de dilution).*

Des boissons peuvent être délivrées lors des arrêts de jeu. L'arbitre est maître: en fonction des conditions

climatiques, il peut organiser un temps mort pendant lequel tous les joueurs peuvent s'hydrater, et lui aussi, car rappelons-le, l'arbitre est sur le terrain, celui qui court le plus et doit être le plus attentif. C'est pourquoi les arbitres sont désormais sensibilisés à la nécessité d'une bonne hydratation, pour leur santé et celle des joueurs.

À la mi-temps, l'apport énergétique par un glucide à index glycémique élevé favorise la récupération de la première mi-temps et anticipera sur la dépense à venir dans la suite du match. Chaque joueur reçoit 250 ml d'une boisson «sport» dès l'arrivée au vestiaire et peu avant la reprise du match. Ce liquide sera consommé petit à petit, pour éviter un poids sur l'estomac. Boire, cela s'apprend!

Les gels doivent être mélangés en bouche avec de l'eau. Sinon, leur importante osmolarité ralentira la vidange gastrique – avec un risque de nausées – et sera susceptible d'induire une diarrhée. Les pâtes de fruits constituent une alternative moins hyperosmolaire aux gels.

Les traditionnels quartiers d'orange sont à proscrire (reflux gastro-oesophagien). Les joueurs ne doivent pas oublier d'aller aux toilettes avant de reprendre le jeu, pour éviter que survienne un besoin pressant en cours de match.»

APRÈS LE SPORT

Une collation d'après match est fortement recommandée, composée d'un apport hydrique, de sel, de sucre et de protéines.

«Il a été montré qu'en comparaison avec une alimentation post-match et post-entraînements à 40% (en termes d'apport énergétique) de glucides (variés), un régime hyperglucidique à 70% permettait une reconstitution des stocks de glycogène en 24-48 heures, ainsi que de meilleures prestations lors des entraînements (avec une meilleure récupération) et lors du match suivant.

Les 2 premières heures (fenêtre métabolique) sont critiques pour la reconstitution des stocks. Dans ce contexte, la digestibilité des aliments ingérés détermine la quantité de sucre disponible. La reconstitution des stocks de glycogène débute par une phase rapide, indépendante de l'insulinémie, liée à la combinaison d'une glycémie élevée et de la déplétion des stocks. Elle est dépendante des transporteurs au glucose (GLUT4), qui ont été transloqués au niveau de la membrane plasmique durant l'activité physique. La deuxième phase est plus lente, recharge moins vite les stocks et est insulinodépendante. Elle dure de 6 à 12 heures et intervient également dans la reconstitution protéique (réparations musculaires nécessitées par les chocs, blessures, efforts excentriques…).

Je recommande l'ingestion d'une banane mûre et de 400ml de boisson chocolatée. Si nécessaire, la banane peut être remplacée par des raisins secs ou du pain d'épice. Un lait pauvre en lactose ou un jus de soja – qui apporte aussi des protéines de qualité – peuvent se substituer au lait de vache en cas d'intolérance. Malheureusement, certains joueurs n'acceptent pas cet en-cas car ils l'assimilent à une collation pour enfant. Ils préfèrent les poudres commerciales, qui ne sont pourtant pas plus performantes. En effet, cette préparation maison apporte autant de protéines, plus de glucides et de sels minéraux (à l'exception du sodium) que les produits de récupération de marque.

Les pertes de sel – par sudation – peuvent être compensées par des cacahouètes salées et lors du repas suivant, par exemple par un bouillon de légumes.»

L'alcool s'invite traditionnellement dans les fêtes d'après match. Or, toute boisson contenant plus de 4% d'alcool est diurétique et nuit donc à la réhydratation de récupération.

«Pendant la semaine, je recommande une alimentation variée, respectant la pyramide alimentaire.» ■

Pourquoi une banane mûre avec une boisson chocolatée?

«La banane et la boisson chocolatée fournissent des glucides à index glycémique (IG) assez élevé qui stimulent la production d'insuline et sont directement utilisés pour la glycogenèse. L'insuline potentialise la pénétration des acides aminés (AA) du lait et plus particulièrement de l'un d'entre eux, la leucine, qui va activer la voie MTOR impliquée dans la resynthèse musculaire. Le lait contient les 9 AA essentiels, intégrés soit dans des protéines rapides (lactosérines) soit dans des protéines lentes (80%, caséine).

De plus, le cacao contient des épicatéchines. Ces polyphénols possèdent une activité hormétique, c'est-à-dire qu'ils stimulent les mécanismes de défense de l'organisme, qui résiste alors mieux à certaines agressions tels les radicaux libres… Leurs effets antioxydants sont réels, mais largement insuffisants aux quantités usuellement ingérées.

Le potassium, surtout contenu dans la banane, est indispensable pour la prévention de l'hypokaliémie post-exercice.

Enfin, le lait contient du calcium et la banane du magnésium qui intervient dans la décontraction musculaire. Or, les sportifs sont souvent carencés en magnésium en raison du stress – son élimination est favorisée par le cortisol – et d'une alimentation trop raffinée.»

CLINIQUE DU SPORT

POUR TOUS? ET PRÉVENTIVEMENT?

D'après l'interview de Séverine Abellaneda PhD
Clinique du sport au CHR Haute-Senne

L'auscultation de chaque patient doit être la règle. Les diagnostics doivent être clairement posés avant tout début de traitement. Pour cela, la connaissance du geste fonctionnel et des mécanismes lésionnels pour chaque sport est incontournable et les collaborations interdisciplinaires en sont la clef de voûte majeure. Le point avec Séverine Abellaneda (PhD, clinique du sport au CHR Haute-Senne) sur la philosophie et l'objectif d'une clinique du sport, avec un focus particulier sur les enfants, la femme et les footballeurs, en marge de la grande aventure de l'Euro 2016.

La création de votre clinique du sport est relativement récente. Quelles ont été vos motivations?

Séverine Abellaneda: *La création de cette clinique du sport est née de deux constats et deux expériences. En 2012, après plus de 20 ans de collaboration avec le Comité olympique interfédéral belge (COIB) et plusieurs expériences dans le football dont la dernière en Arabie Saoudite avec un entraineur belge bien connu, Didier Florentz faisait le constat de la présence de plusieurs lésions prévisibles privant certains athlètes de compétitions ou de résultats majeurs. Pour ma part, après cinq années de thèse autour du sujet passionnant de l'unité myotendineuse, une olympiade au sein d'une équipe nationale belge féminine puis auprès du COIB, je pouvais faire un constat comparable. La lecture attentive et suivie de la littérature scientifique nous montrait chaque jour qu'il était possible d'agir simplement en aval, chez les jeunes, préventivement, tout en continuant à travailler efficacement avec le haut niveau. Dans le même temps, le CHR de la Haute Senne souhaitait restructurer le service de kinésithérapie et revalidation fonctionnelle; carte blanche m'a été donnée. Un peu plus de 900m² ont été mis à notre disposition. Un budget adapté et raisonné, basé sur un projet de service construit et réfléchi sur les besoins de la région a été soutenu. Nous avons voulu relever le défi.*

Comment avez-vous conçu ce projet?

Ce qui nous passionne, chaque jour, dans le sport de haut niveau est la rigueur et la précision dont nous devons impérativement faire preuve. Lorsqu'une douleur apparaît chez un athlète, nous débutons une large réflexion pour en trouver la cause, en équipe. L'écoute attentive de l'athlète, le regard technique du coach, l'analyse médicale du médecin et fonctionnelle du kinésithérapeute doivent se conforter et aller dans le même but. L'analyse du mouvement, la connaissance d'un geste théorique précis et l'étude de l'ensemble de ces paramètres pour chaque athlète est passionnante. Elle l'est encore plus lorsqu'elle permet de contribuer à améliorer une performance. Mais ce

MS10647F

n'est pas toujours le cas. Il arrive en effet que cette analyse doive être faite pour que le geste puisse continuer d'être pratiqué, peut-être de manière moins performante pour ne pas aggraver une lésion d'usure. La littérature montre très clairement que la survenue de certaines lésions peut être mieux contrôlée voire évitée si certaines mesures préventives sont prises, notamment chez les jeunes. Les écoles anglaises de jeunes footballeurs sont, à ce titre, exemplaires. D'ailleurs, n'oublions pas qu'en Belgique, le Conseil national de la kinésithérapie indique clairement la prévention et l'information comme deux aspects indissociables de la fonction de kinésithérapeute.

Ce qui signifie dans la pratique...

Nous proposons dans cette optique au CHR de la Haute-Senne, une prise en charge spécifique de nombre de blessures et lésions 'bien connues' dans les milieux sportifs; les lésions des muscles ischio-jambiers en sont un exemple probant dans le cadre du football. Nous travaillons également activement à l'information de chacun pour que d'autres lésions soient mieux considérées. L'objectif est de mieux les diagnostiquer pour mieux prédire certaines séquelles désormais biens définies dans la littérature scientifique. Les entorses de chevilles et de genoux en sont deux exemples pour le football. Que dire aussi des jeunes ou adultes 'évoluant' avec des douleurs étiquetées 'pubalgiques' pendant des mois sans diagnostic précis? C'est dans ce cadre que nous travaillons activement. Aussi, depuis janvier 2016 nous accentuons notre travail pour développer l'information vers les sportifs, grâce à la page du site internet - CHR HauteSenne/Clinique du Sport/Que dit la littérature? - Nous relayons aussi des informations sur les congrès que nous avons suivis en traitant certains sujets qui nous semblent importants dans la région.

Enfin, nous proposons un examen consultatif et un suivi annuel ou biannuel dans certains cas, classes d'âge dépendant et sports-dépendant pour identifier chez le jeune, l'adolescent et l'adulte, les facteurs de risques de blessure connus. Les tests mécaniques que nous proposons depuis 4 années font désormais partie du programme Sparta-Nova, spin-off des universités de Gand et de Bruxelles (VUB). Ce programme est désormais disponible à la clinique grâce à une collaboration avec le centre Medinsport de Bruxelles. Par exemple, la perte de mobilité excessive des hanches dans le football doit faire l'objet d'une attention particulière. Il en est de même pour le manque de repos et la suractivité/surentrainement chez les adolescents. Enfin, comment ne pas parler de la préservation impérative du bon état des cartilages de croissance chez le jeune?

Concernant la femme, quels sont les messages principaux que vous tentez de faire passer?

De plus en plus d'études intéressantes concernent les jeunes filles, les jeunes femmes et les femmes dans leurs pratiques sportives.

Une question sur ces lésions reste de savoir comment constituer un programme fonctionnel préventif et bien sûr, un programme rééducatif pertinent.

Chez les jeunes filles

Les derniers rapports d'analyse des blessures, réalisés sur les continents américain et européen montrent globalement que l'âge pubertaire est une limite à partir de laquelle les courbes de survenue de blessures garçons-filles se dissocient. Celle des garçons augmente significativement par rapport à celle des filles. Les explications proposées sont en lien avec le besoin de dépassement et l'absence de certaines limites chez les garçons. Si l'on considère l'étude sur le plan des différents sports dits 'à risque', de contact ou de vitesse, la situation ne semble pas être différente pour les filles et les garçons. Les sports de contact tel que le football sont générateurs de blessures mais se situent au second rang derrière les sports de vitesse (roller, vélo, cyclisme), que ce soit chez les jeunes filles ou les jeunes garçons.

Chez les jeunes femmes et les femmes en âge de procréer

C'est sur cette période de vie particulière que je souhaite m'étendre un peu, ceci sur base d'une revue de la littérature effectuée par une équipe Qatarie. Elle a montré au travers de plusieurs études effectuées entre 1990 (Al-Gasser et al.) et 2006 (Rizk et al.), une prévalence du syndrome prémenstruel au Moyen-Orient et dans le nord de l'Afrique, comprise entre 30 et 40% pour des femmes âgées en moyenne de 17 à 20 ans. Cette prévalence est comparable à celles mesurées à l'ouest du monde. Si plus de 200 symptômes ont été répertoriés, les crampes localisées au niveau de l'abdomen et du dos sont délétères dans 66% des cas, notamment dans le cadre de performances sportives.

Si ce syndrome est multifactoriel (variation selon les facteurs sociaux, culturel, chirurgicaux, psychologique, mécanique et génétique), la mise au point d'une thérapeutique en est tout autant complexe. Ceci dit, les résultats de plusieurs études montrent que la pratique d'une activité

physique modérée peut réduire, voire éliminer certains symptômes particulièrement ceux qui s'expriment au plan mécanique et psychologique. L'écoute attentive et la discussion individualisée avec chaque femme sportive ou athlète doit permettre d'isoler les facteurs les plus aigus de ce syndrome prémenstruel et, le cas échéant, de trouver des solutions adaptées pour remédier aux maux les plus contraignants.

En tout état de cause, l'ensemble de ces symptômes a toujours existé. L'attention que les recherches semblent vouloir leur accorder ne remet aucunement en cause le niveau de performance atteint par les femmes depuis plusieurs décennies maintenant. Il pourrait, par contre, donner un élan favorable pour améliorer les conditions d'entrainement et plus largement, les conditions de vie de chaque femme durant cette période. Bien sûr, prêter attention à ce syndrome contribuera très certainement, on peut l'espérer en tout cas, à mieux considérer les jeunes femmes, les femmes et les athlètes féminines au travers leurs spécificités.

Votre pratique permet-elle aujourd'hui d'adresser un message spécifique pour les jeunes? Plus particulièrement, la différenciation sportive précoce est-elle une bonne chose ou vaut-il mieux privilégier un ensemble de pratiques sportives?

Si l'on s'intéresse à la vie d'Usain Bolt et au fait qu'il court depuis qu'il doit aller à l'école, si l'on s'intéresse aux succès de Tiger Woods, d'André Agassi ou encore de Martina Hingis... on peut suggérer que la différenciation sportive précoce est intéressante. Si l'on observe les adaptations sport-dépendantes et les aptitudes nécessaires à la pratique de certaines disciplines telles que la gymnastique, on peut également soutenir cette hypothèse. Si à l'échelle d'un petit territoire géographique, on s'intéresse au travail absolument incroyable des écoles de rugby néo-zélandaises et que l'on associe ce travail aux résultats de l'équipe nationale, on ne peut que soutenir l'importance d'une différenciation précoce, sport-dépendante.

Mais ce serait trop simple. Il existe autant de contre-exemples où des sportifs, multiples champions du monde, plusieurs fois médaillés aux jeux olympiques n'ont débuté leur pratique que tardivement. On peut citer, au plus haut niveau, un joueur de cricket comme De Villiers, des boxeurs tels que Katie Taylor ou encore bon nombre d'athlètes évoluant dans les disciplines les plus endurantes (Ironman, triathlon ...).

Du point de vue des performances internationales, nous pouvons considérer que tous les cas de figures sont présents. Du point de vue des jeunes, le plus important est de conserver un développement global optimal de chaque enfant. Sans pouvoir définir précisément ce qu'est ce développement «optimal global de chaque enfant», nous savons que l'un des besoins essentiels de chaque enfant est l'amusement et le jeu. Si certains s'épanouissent dans plusieurs activités, ils pourront ou non, développer des aptitudes variées susceptibles de les conduire vers une pratique avertie de haut niveau. Si d'autres sont des passionnés d'une pratique unique..., tel que c'est souvent le cas avec le football, pourquoi ne pas leur permettre de développer des aptitudes particulières dans cette discipline? Pour information à ce sujet, de récentes études danoises montrent que des pistes de recherche existent pour tenter de trouver un équilibre pertinent entre les besoins de certaines pratiques, la spécialisation des gestes qu'elles nécessitent et les entrainements nécessaires en termes d'intensité et de fréquence chez de jeunes talents. (...). A suivre.

En attendant, le rôle des parents et, plus largement, de l'encadrement des jeunes est de permettre à chaque jeune de s'épanouir et de se construire un avenir dans le sport ou non. A ce titre, quels que soient les modes de pratique, les facteurs de risque d'une pratique unique intensive ou d'une pluriactivité intensive (physiques, mentaux, sociaux et économiques) doivent faire l'objet d'une meilleure attention et prévention de la part de l'encadrement parental, sportif et médical pour que les chances (avenir médical et sportif) de chaque enfant soient comparables quel que soit le type d'amusement choisi.

Vous avez évoqué l'intérêt que vous apportez aux congrès internationaux. Quels sont les sujets discutés dans la littérature actuellement, qui sont plus en lien avec la pratique du football?

Une grande question qui reste posée aujourd'hui est celle de savoir si des facteurs prédictifs existent pour les lésions des muscles ischio-jambiers

Blessure la plus courante dans le football est aussi celle qui induit le plus de jours d'indisponibilité pour les joueurs évoluant au plus haut niveau. Un grand nombre de facteurs de risque ont déjà été isolés. Si certains de ces facteurs tels que l'âge ou le niveau de jeu sont peu ou pas modifiables, d'autres sont modifiables et sont des facteurs sur lesquels nous pouvons agir. Il s'agit notamment de la perte de force des muscles ischio-jambiers (d'où l'intérêt des tests isocinétiques), de la perte de mobilité articulaire, de l'enraidissement myotendineux important ou encore, d'une fatigue par surentrainement ou repos insuffisant. Sur base de ces facteurs de risque, des facteurs prédictifs sont étudiés, notamment au niveau des modifications de l'architecture musculaire, observables par échographie. Pour autant et en l'état des connaissances actuelles, faire réaliser une échographie myotendineuse à chaque joueur en début de saison peut-il être une pratique pertinente? La question est débattue...

Une autre question est de savoir si une classification de ces lésions musculaires permet d'estimer précisément le temps d'indisponibilité des joueurs. Enfin, une dernière question sur ces lésions reste de savoir comment constituer un programme fonctionnel préventif et bien sûr, un programme rééducatif pertinent.

Une autre question est celle de la prise en charge des ruptures du ligament croisé antérieur (LCA) chez le footballeur

Non pas que ces prises en charge ne sont pas satisfaisantes actuellement, mais plutôt parce que les équipes chirurgicales et kinésithérapeutiques se veulent de plus en plus fonctionnelles. Chez le footballeur professionnel, la question posée est celle de savoir si lors d'une ligamentoplastie LCA où le constat d'une lésion méniscale et d'une lésion cartilagineuse associées est fait, l'ensemble de ces lésions doit être chirurgicalement traité. En effet, les actes chirurgicaux cartilagineux nécessitent le plus souvent une décharge de plusieurs semaines ce qui ne peut pas être envisagé aisément du point de vue de la rééducation post-LCA. Que faire? Chez le jeune footballeur, le nombre de lésions du LCA est en augmentation constante et significative ces 10 dernières années. Le diagnostic insuffisant de ces lésions pourrait avoir des conséquences au long terme, d'abord celle d'une instabilité chronique puis celles de lésions cartilagineuses précoces.

Vaste programme que votre centre propose... ■

EN BREF

Publication de la plus vaste étude clinique sur les médicaments de sevrage tabagique

«Les directives de pratique clinique indiquent que la manière la plus efficace pour des fumeurs d'arrêter de fumer consiste à combiner un médicament de sevrage tabagique avec des conseils. Toutefois, le soutien au sevrage tabagique est souvent sous-utilisé, en partie à cause de certains malentendus au sujet de l'efficacité et de la sécurité des médicaments de sevrage tabagique», a déclaré le principal investigateur de l'étude EAGLES – la plus vaste étude clinique sur les médicaments de sevrage tabagique agréés –, Robert Anthenelli, de l'University of California de San Diego. «Cette étude apporte d'importantes nouvelles informations aux médecins et aux fumeurs afin de les aider à prendre une décision éclairée au sujet des options de traitements de sevrage tabagique.» Ses résultats viennent d'être publiés dans le Lancet (1).

Cette étude de sevrage a porté sur 8.144 fumeurs adultes et visait à comparer la sécurité neuropsychiatrique de la varénicline et du bupropion avec des placebos et des patches de nicotine auprès de fumeurs adultes ayant des antécédents de troubles psychiatriques ou non.

L'étude n'a pas montré d'augmentation significative d'effets secondaires neuropsychiatriques graves avec la varénicline ou le bupropion par rapport au placebo ou au patch de nicotine. Cette incidence chez les patients sans antécédents de troubles psychiatriques était de 1,3% (varenicline), 2,2% (bupropion), 2,5% (patch de nicotine) et 2,4% (placebo). Les taux d'incidence chez les patients ayant des antécédents de troubles psychiatriques étaient de 6,5% (varenicline), 6,7% (bupropion), 5,2% (patch de nicotine) et 4,9% (placebo).

Dans l'ensemble de la population participant à l'étude, l'effet secondaire le plus fréquent par groupe de traitement était la nausée (25%, varenicline), l'insomnie (12%, bupropion), les rêves anormaux (12%, patch de nicotine) et le mal de tête (10%, placebo).

L'étude EAGLES comprenait également un objectif d'efficacité destiné à déterminer les taux d'abstinence tabagique chez les patients traités par varénicline ou bupropion, par rapport au placebo, au cours des quatre dernières semaines de la période de traitement de 12 semaines. Les résultats ont démontré que les patients ayant ou non des antécédents de troubles psychiatriques et prenant de la varénicline présentaient des taux d'abstinence continue significativement plus élevés que les patients traités au bupropion ou aux patches de nicotine. Les patients traités avec chacun des médicaments avaient des taux d'abstinence plus élevés que ceux traités par placebo.

Référence
1. Anthenelli RM, et al. Neuropsychiatric safety and efficacy of varenicline, bupropion, and nicotine patch in smokers with and without psychiatric disorders (EAGLES): a double-blind, randomised, placebo-controlled clinical trial. Lancet. 2016 Apr 19:e1-e14.[Epub ahead of print].

HL00743F

Football au féminin

ENTRE PASSION, ÉMOTION ET TRAVAIL

D'après l'interview d'Anne Ruwet
présentatrice de l'émission Europa League sur RTL Sports

«Le football est le domaine dans lequel j'ai le plus de facilité pour m'exprimer, puisque c'est aussi ma passion.» Cette phrase, Anne Ruwet, présentatrice de l'émission Europa League sur RTL Sports, la répète volontiers. Et elle en parle. Beaucoup. Et avec passion. Avec respect aussi. Rencontre avec un personnage clé du football au féminin dans notre pays.

Anne Ruwet, présentatrice de l'émission Europa League sur RTL Sports
© Photonews

Il est peu banal de voir une femme à la tête d'un service dédié exclusivement au football. Est-ce génétique ou est-ce le hasard?

Anne Ruwet: *Mon amour et ma passion pour le football ont commencé très tôt dans ma vie parce que nous accompagnions, ma maman, ma sœur et moi, mon papa lorsqu'il allait voir les matchs du Standard. Dès l'âge de 12 ans, j'ai donc su que je trouverais un métier en lien avec le football, raison pour laquelle je me suis tournée vers le journalisme que j'ai étudié durant 2 ans à Liège puis 2 ans à Louvain-la-Neuve. J'ai pu ensuite effectuer un stage de près d'un an et demi à la RTBF dans le service des sports, stage qui m'a confortée dans mon choix professionnel. J'ai ensuite été contactée par le Standard de Liège pour présenter Standard TV, ce que j'ai pu faire pendant 7 ans et qui m'a permis de connaître jusque dans les détails la manière dont un grand club de football pouvait fonctionner.*

Ces prestations ont attiré l'attention de la chaîne AB3 qui couvrait à l'époque les rencontres de l'Europa League (la 'petite' coupe d'Europe des clubs, NDLR) *au cours desquelles je réalisais au bord du terrain les interviews des joueurs après les matchs. Les droits ayant été rachetés par RTL, j'ai pu continuer mes activités dans cette chaîne, d'abord au même poste, puis comme consultante et ensuite animatrice. Je peux donc dire aujourd'hui que mon métier est aussi ma passion, une passion qui rythme l'entièreté de mes journées. Je ne cache pas que travailler au bord du terrain m'a procuré beaucoup d'émotions, comme lorsque j'ai vécu la finale de l'Europa League gagnée par l'Atletico Madrid et ai eu la chance d'interviewer Thibaut Courtois, drapé du drapeau belge…*

Beaucoup vous envient…

J'ai en effet beaucoup de chance car, si beaucoup de femmes sont passionnées, ou à tout le moins très intéressées par le football, très peu peuvent travailler dans ce milieu, pour des raisons qui restent encore à élucider car elles n'appartiennent pas à mon avis à la réputation (surfaite!) de machisme du milieu du football. Ce qui nous unit au milieu du football et qui force probablement leur respect est notre passion pour ce sport en tant que tel bien sûr, mais aussi pour tout ce qu'il représente. Et ce, malgré le fait que nous n'avons jamais pratiqué. Indépendamment de cela, préparer une émission est un travail de longue haleine, qui nécessite l'analyse des joueurs, de leur état de forme et de santé s'ils relèvent de blessure par exemple, mais aussi des clubs et des matchs qui ont précédé l'évènement que nous transmettons.

Le fait de n'avoir jamais joué apporte aussi un avantage car, plus 'innocentes', nous pouvons poser plus facilement les questions qui intéressent le spectateur aux spécialistes que nous invitons en plateau. J'ai l'habitude ainsi d'inviter une personne qui soit une 'mémoire' du football, et un joueur qui soit capable d'expliquer les sentiments du joueur dans

MS10711F

toutes les situations qui seront rencontrées sur le terrain lors du direct. J'apprécie aussi pouvoir travailler sur le long terme avec ces spécialistes car ils acquièrent de la compétence dans leur communication au fil des émissions, et leur permet aussi de prendre du plaisir dans leur rôle de consultant: Marc Degryse et Philippe Albert en sont un exemple, Mbaye Leye et Kalilou Fadiga en sont d'autres... Ces joueurs et anciens joueurs qui ont un certain charisme et une manière de s'exprimer très agréable travaillent aussi beaucoup leur sujet en amont, ce que le public ressent facilement. La force d'une équipe est d'être composée de personnalités différentes, et j'aime cultiver cette différence et jouer au rôle de chef d'orchestre. Présenter une émission, c'est 80% de préparation et 20% d'improvisation..., le travail de préparation allant parfois jusqu'à l'agencement du studio (situé derrière le but pour la finale de la Coupe de Belgique par exemple).

Le football n'est pas aussi machiste qu'il veuille le faire croire, dites-vous. Quel est l'avantage d'être femme dans ce milieu?

Ce 'machisme' peut surprendre une femme qui découvre le football, ce qui n'est pas mon cas, car j'ai grandi avec le football et étais dans les stades à une époque où peu de femmes étaient dans les tribunes. Cela dit, être une femme est une force, une réelle valeur ajoutée, parce que nous avons un regard différent. Par ailleurs, il y a de plus en plus de femmes qui apprécient le foot et le sport en général, qui vont dans les stades et qui sont capables d'entrer dans le débat du jeu. Je pense aussi que nous savons mieux garder de la distance avec ce qui n'est, après tout, qu'un jeu qui doit apporter du plaisir.

Le livre de Hilde Van Malderen, journaliste à Sporting Telenet, avait beaucoup heurté en 2014 car elle y évoquait les nombreux SMS graveleux envoyés par des footballeurs... Qu'en pensez-vous?

Personnellement, je n'ai jamais rencontré cette situation avec des joueurs. Parfois, certains osent quelques remarques, mais c'est plutôt sur le ton de la blague. Il ne faut pas oublier qu'on est dans un monde de mecs, avec l'humour effectivement parfois graveleux que ça peut impliquer. Je pense qu'il y a aussi une façon de se comporter dans le métier, il faut être capable de recadrer directement ceux qui dépassent les limites. Je crois que mes consœurs, et en particulier Christine Schréder, pensent la même chose et n'ont jamais vécu ce type de situation. Cela dit, pour qu'un joueur puisse envoyer un SMS, il faut déjà qu'il ait mon numéro. Or, je ne le donne pas. Lorsque j'étais au Standard, mes collègues et le staff ne le transmettaient pas non plus. Et c'est très bien comme cela: c'est important, dans le cadre de mon boulot, de rester en dehors de ce genre d'histoires. Et lorsque, très rarement, des remarques surviennent, il faut simplement avoir de la répartie... comme dans la vie de tous les jours!

Cela dit, j'évite aussi d'entrer dans les vestiaires, notamment parce que si je suis présente aux côtés des joueurs, c'est pour travailler et non pour être 'copine' avec eux. Mais je peux témoigner par contre du grand respect qu'ont les joueurs envers moi. J'ai souvenir, par exemple, d'un match d'Anderlecht où il faisait très froid, ce qui a conduit Filip De Wilde, l'entraîneur des gardiens, à me donner son plaid... Je suis aussi frappée par le très grand respect qu'ont les plus jeunes joueurs, respect plus grand que leurs aînés alors que l'on sait qu'ils sont plutôt adeptes des blagues de potache. Cela dit, je regrette qu'il n'y ait pas, chez nous, comme c'est le cas en France, d'éducation des joueurs à la parole en public et à la communication. Cela leur permettrait de mieux faire passer leur message, de redorer une certaine image de 'rabotés du cerveau' (qu'ils ne sont pas), et de pouvoir aller au-delà de la simple description de ce qui s'est passé sur le terrain...

«Le fait de n'avoir jamais joué apporte aussi un avantage car, plus 'innocentes', nous pouvons poser plus facilement les questions qui intéressent le spectateur aux spécialistes que nous invitons en plateau.»

Que pensez-vous du football féminin?

J'ai la sensation que nous sommes à un tournant, du moins en termes d'image télévisuelle. Les discussions sont en effet de plus en plus avancées pour que nous puissions retransmettre quelques grands matchs. Cette évolution me semble normale car il y a de plus en plus de femmes qui jouent au football, et qui jouent bien et on voit arriver au sein des clubs de plus en plus de filles qui souhaitent jouer au football. La Fédération s'en rend compte et encadre de mieux en mieux ces jeunes filles, ce qui leur permettra, je pense, d'atteindre le même rang au niveau européen que les équipes masculines.

Si vous deviez jouer au football, quelle place aimeriez-vous occuper?

Sans hésitation celle de milieu défensif. C'est une place qui laisse la place à la réflexion, à l'intelligence de placement pour anticiper le jeu, et qui ne demande pas la fougue d'un attaquant ni la rudesse d'un défenseur. Elle permet aussi de construire le jeu car on le voit de derrière. Cela dit, je ne cache pas non plus qu'étant fan depuis toujours de Marc Wilmots pour son caractère et sa motivation, la place qu'il occupait me conviendrait bien également car il y est possible d'orienter le jeu.

Quand je rencontre une femme que le football n'intéresse pas, je lui suggère toujours de faire fi de tout ce qui est technique ou tactique, et de tenter plutôt de sentir l'émotion qui peut se dégager d'un match, que ce soit dans le public ou chez les joueurs. J'ai ainsi le souvenir d'avoir vu mon papa pleurer après un match perdu. Or, pour la petite fille que j'étais, un papa ça ne pleure pas... Et c'est là que j'ai compris que le football est beaucoup plus que 2 équipes de 11 joueurs qui tapent dans un ballon sous la 'surveillance' d'un arbitre. ■

INFORMATIONS ESSENTIELLES DU RCP ▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire qui permettra l'identification rapide de nouvelles informations relatives à la sécurité. Les professionnels de la santé déclarent tout effet indésirable suspecté. Voir rubrique 4.8 pour les modalités de déclaration des effets indésirables. **1. DÉNOMINATION DU MÉDICAMENT** Trulicity 0,75 mg, solution injectable en stylo pré-rempli. Trulicity 1,5 mg, solution injectable en stylo pré-rempli. **2. COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE** Trulicity 0,75 mg, solution injectable Chaque stylo pré-rempli contient 0,75 mg de dulaglutide* dans 0,5 ml de solution. Trulicity 1,5 mg, solution injectable Chaque stylo pré-rempli contient 1,5 mg de dulaglutide* dans 0,5 ml de solution. *Produit sur cellules CHO par la technique d'ADN recombinant. Pour la liste complète des excipients, voir rubrique 6.1. **3. FORME PHARMACEUTIQUE** Solution injectable (injection). Solution limpide, incolore. **4. DONNÉES CLINIQUES 4.1 Indications thérapeutiques** Trulicity est indiqué chez l'adulte atteint de diabète de type 2 pour améliorer le contrôle de la glycémie en : *Monothérapie* Lorsque le régime alimentaire et l'exercice physique ne permettent pas d'obtenir un contrôle adéquat de la glycémie chez les patients qui ne peuvent recevoir un traitement par metformine du fait d'une intolérance ou de contre-indications. *Association* En association avec d'autres hypoglycémiants, y compris l'insuline, lorsque ces derniers, associés à un régime alimentaire et à une activité physique, ne permettent pas d'obtenir un contrôle adéquat de la glycémie (voir rubrique 5.1 pour plus d'informations sur les différentes associations). **4.2 Posologie et mode d'administration** Posologie *En monothérapie* La dose recommandée est de 0,75 mg une fois par semaine. *En association* La dose recommandée est de 1,5 mg une fois par semaine. Pour les populations potentiellement vulnérables, tels que les patients de 75 ans et plus, la dose de 0,75 mg une fois par semaine peut être envisagée comme dose initiale. Lorsque Trulicity est ajouté à un traitement en cours par metformine et/ou pioglitazone, la dose de metformine et/ou de pioglitazone peut être conservée. Lorsqu'il est ajouté à un traitement en cours par sulfamide hypoglycémiant ou insuline prandiale, une diminution de la dose de sulfamide hypoglycémiant ou d'insuline peut être envisagée afin de réduire le risque d'hypoglycémie (voir rubriques 4.4 et 4.8). L'utilisation de Trulicity ne nécessite pas d'auto-surveillance de la glycémie. Une auto-surveillance peut être nécessaire pour ajuster la dose de sulfamide hypoglycémiant ou d'insuline prandiale. *Patients âgés* Aucun ajustement de la dose n'est requis en fonction de l'âge (voir rubrique 5.2). En revanche, l'expérience thérapeutique chez les patients de 75 ans et plus étant très limitée (voir rubrique 5.1), la dose de 0,75 mg une fois par semaine peut être envisagée comme dose initiale chez ces patients. *Insuffisants rénaux* Aucun ajustement de la dose n'est requis chez les patients atteints d'insuffisance rénale légère à modérée. L'expérience chez les patients présentant une insuffisance rénale sévère (eGFR [par CKD-EPI] < 30 ml/min/1,73 m²) ou une insuffisance rénale terminale étant très limitée, Trulicity n'est pas recommandé chez ces patients (voir rubrique 5.2). *Insuffisants hépatiques* Aucun ajustement de la dose n'est requis chez les patients atteints d'insuffisance hépatique. *Population pédiatrique* La sécurité et l'efficacité du dulaglutide chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Mode d'administration Trulicity doit être administré par injection sous-cutanée dans l'abdomen, la cuisse ou le haut du bras. Il ne doit pas être administré par injection intraveineuse ou intramusculaire. La dose peut être administrée à toute heure de la journée, au moment ou en dehors des repas. En cas d'oubli, la dose doit être administrée le plus rapidement possible si le délai avant la date de la prochaine dose est d'au moins 3 jours (72 heures). Si la dose suivante est prévue dans moins de 3 jours (72 heures), la dose omise ne doit pas être administrée et la dose suivante doit être administrée selon le calendrier prévu. Dans tous les cas, les patients peuvent reprendre le rythme hebdomadaire d'administration. Le jour de la semaine prévu pour l'injection peut être éventuellement modifié, dans la mesure où la dernière dose a été administrée au moins 3 jours (72 heures) avant. **4.3 Contre-indications** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **4.8 Effets indésirables** Résumé du profil de sécurité Dans les études de phases II et III réalisées, 4 006 patients ont été exposés au dulaglutide seul ou en association avec d'autres agents hypoglycémiants. Les effets indésirables les plus souvent rapportés dans les essais cliniques ont été de nature gastro-intestinale, incluant nausées, vomissements et diarrhées. En général, ces effets ont été d'intensité légère à modérée et de nature transitoire. Liste tabulée des effets indésirables Les effets indésirables suivants ont été identifiés à partir des évaluations pendant toute la durée des études cliniques de phase II et de phase III. Ils sont listés dans le Tableau 1 selon la terminologie MedDRA par classe de système d'organe et par ordre décroissant de fréquence (très fréquent : ≥ 1/10 ; fréquent : ≥ 1/100 , < 1/10 ; peu fréquent : ≥ 1/1 000 , < 1/100 ; rare : ≥ 1/10 000 , < 1/1 000 ; très rare : < 1/10 000 et fréquence indéterminée : ne peut être estimée sur la sur les données disponibles). Dans chaque groupe, les effets indésirables sont classés par ordre décroissant de fréquence.

	Prix public
4 x 1,5 mg/0,5 ml	111,88 €
4 x 0,75 mg/0,5 ml	111,88 €

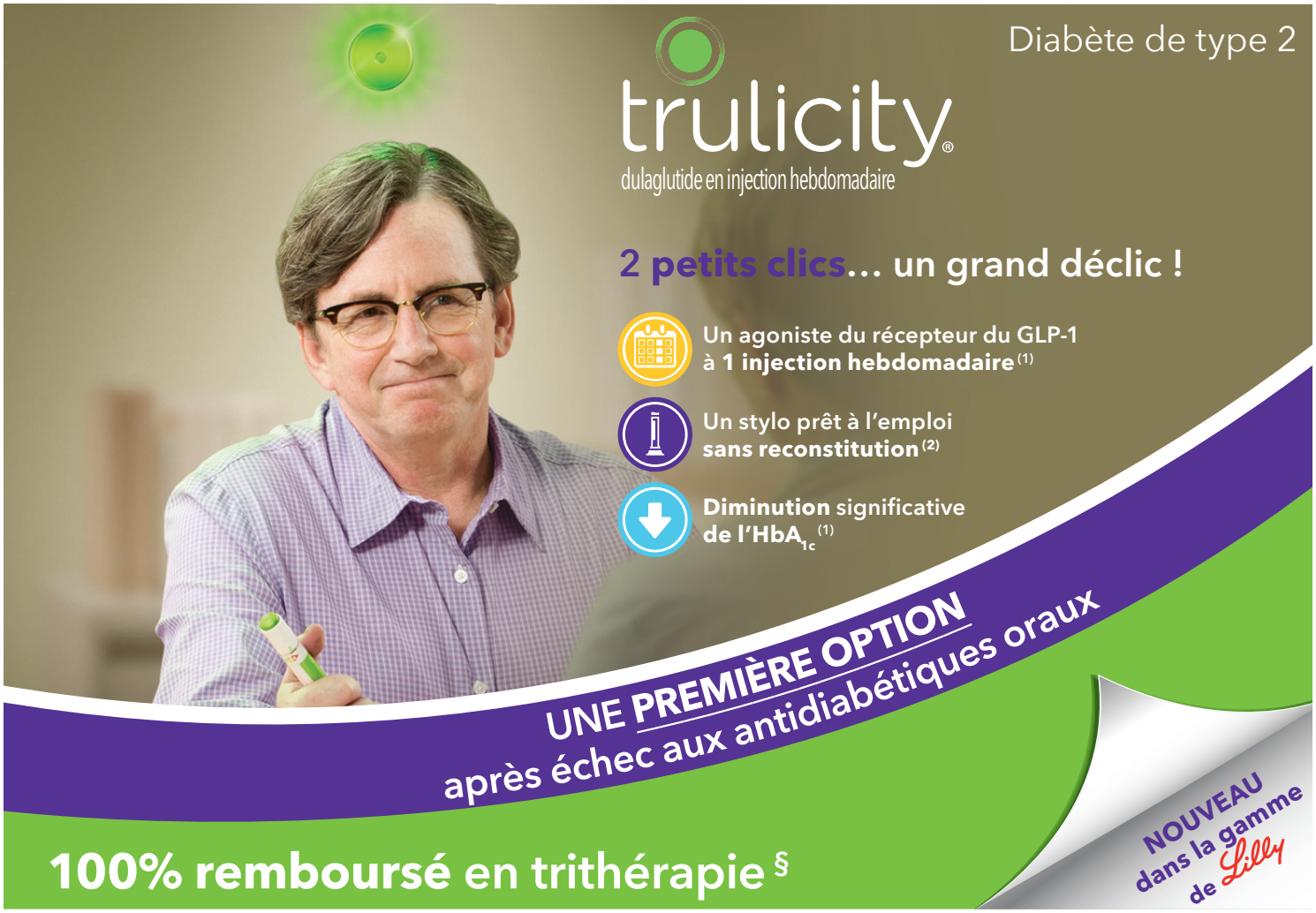


Tableau 1 : Fréquence des effets indésirables du dulaglutide

Classe de système d'organe	**Très fréquent**	Fréquent	Peu fréquent	**Rare**
Troubles du métabolisme et de la nutrition	Hypoglycémie* (en cas d'utilisation concomitante avec de l'insuline prandiale, de la metformine† ou de la metformine plus glimépiride)	Hypoglycémie* (en monothérapie ou en association avec metformine plus pioglitazone)		
Affections gastro-intestinales	Nausée, diarrhée, vomissement†, douleur abdominale†	Diminution de l'appétit, dyspepsie, constipation, flatulence, distension abdominale, reflux gastro-œso-phagien, éructation		Pancréatite aiguë
Troubles généraux et anomalies au site d'admi-nistration		Fatigue	Réactions au site d'injection	
Investigations		Tachycardie sinusale, bloc auriculo-ventriculaire (BAV) de 1er degré		

* Hypoglycémie symptomatique documentée et glycémie ≤ 3,9 mmol/l † Dose de 1,5 mg de dulaglutide uniquement. Avec le dulaglutide 0,75 mg, la fréquence des effets indésirables correspond à celle du groupe de fréquence immédiatement inférieur. Description de certains effets indésirables *Hypoglycémie* Lorsque les doses de dulaglutide de 0,75 mg et de 1,5 mg ont été utilisées en monothérapie ou en association avec de la metformine seule ou de la metformine et de la pioglitazone, les incidences d'hypoglycémie symptomatique documentée ont été de 5,9 % et 10,9 % ; les taux étaient de 0,14 à 0,62 événement/patient/an et aucun épisode d'hypoglycémie sévère n'a été rapporté. Les incidences d'hypoglycémie symptomatique documentée avec le dulaglutide aux doses respectives de 0,75 mg et de 1,5 mg, utilisée en association avec un sulfamide hypoglycémiant (plus metformine) ont été de 39,0 % et de 40,3 % ; les taux ont été de 1,67 et 1,67 événement/patient/an. L'incidence des épisodes d'hypoglycémie sévère a été de 0 et de 0,7 % et les taux de 0,00 et de 0,01 événement/patient/an. Les incidences ont été de 85,3 % et de 80,0 % avec le dulaglutide utilisé en association avec de l'insuline prandiale aux doses respectives de 0,75 mg et de 1,5 mg ; les taux ont été de 35,66 et 31,06 événements/patient/an. L'incidence des événements d'hypoglycémie sévère a été de 2,4 et de 3,4 % et les taux de 0,05 et de 0,06 événement/patient/an. *Effets indésirables gastro-intestinaux* Les effets indésirables gastro-intestinaux cumulés sur une période jusqu'à 104 semaines avec une dose de dulaglutide de 0,75 mg et 1,5 mg, respectivement, incluaient nausées (12,9 % et 21,2 %), diarrhées (10,7 % et 13,7 %) et vomissements (6,9 % et 11,5 %). Ces effets ont été généralement d'intensité légère à modérée et principalement observés au cours des 2 premières semaines de traitement ; ils ont rapidement diminué au cours des 4 semaines suivantes, période après laquelle le taux est resté relativement stable. Lors des études de pharmacologie clinique réalisées chez des patients atteints de diabète de type 2 pendant une durée maximale de 6 semaines, la majorité des effets indésirables gastro-intestinaux ont été observés au cours des 2 à 3 premiers jours après la dose initiale et ont diminué avec les doses suivantes. *Pancréatite aiguë* L'incidence des pancréatites aiguës dans les études cliniques de phases II et III a été de 0,07 % pour le dulaglutide versus 0,14 % pour le placebo et 0,19 % pour les comparateurs avec ou sans autre traitement antidiabétique concomitant de fond. *Enzymes pancréatiques* Le dulaglutide est associé à des augmentations moyennes des enzymes pancréatiques par rapport à la valeur à l'inclusion (lipase et/ou amylase pancréatique) de 11 à 21 % (voir rubrique 4.4). En l'absence d'autres signes et symptômes de pancréatite aiguë, des élévations des enzymes pancréatiques seules ne sont pas prédictives d'une pancréatite aiguë. *Augmentation de la fréquence cardiaque* De légères augmentations de la fréquence cardiaque de 2 à 4 battements par minute (bpm) en moyenne et une incidence de 1,3 % et de 1,4 % de tachycardie sinusale, avec une augmentation concomitante ≥ 15 bpm par rapport à la valeur à l'inclusion, ont été observées avec le dulaglutide respectivement à la dose de 0,75 mg et de 1,5 mg. *Bloc auriculo-ventriculaire de premier degré/allongement de l'intervalle PR* De légères augmentations de l'intervalle PR de 2 à 3 msec en moyenne par rapport à la valeur à l'inclusion et une incidence de 1,5 % et de 2,4 % des blocs auriculo-ventriculaire de premier degré ont été observées avec le dulaglutide respectivement à la dose de 0,75 mg et de 1,5 mg. *Immunogénicité* Lors des études cliniques, le traitement par dulaglutide a été associé à une incidence de 1,6 % d'apparition d'anticorps anti-médicament dulaglutide, ce qui indique que les modifications structurelles des portions GLP-1 et IgG4 modifiées de la molécule dulaglutide, ainsi que la forte homologie avec le GLP-1 et l'IgG4 natifs, minimisent le risque de réponse immunitaire contre le dulaglutide. Les patients développant des anticorps anti-médicament dulaglutide présentaient généralement des titres faibles ; et bien que le nombre de patients développant des anticorps anti-médicament dulaglutide ait été limité, l'examen des données de phase III ne montre pas d'impact avéré des anticorps anti-médicament dulaglutide sur les changements de l'HbA1c. *Hypersensibilité* Lors des études cliniques de phases II et III, des événements d'hypersensibilité systémique (par ex., urticaire, œdème) ont été signalés chez 0,5 % des patients traités par dulaglutide. Aucun des patients ayant présenté une hypersensibilité systémique n'a développé d'anticorps anti-médicament dulaglutide. *Réactions au site d'injection* Des réactions au site d'injection ont été signalées chez 1,9 % des patients traités par dulaglutide. Des réactions indésirables au site d'injection à médiation immunitaire potentielle (par ex., éruption cutanée, érythème) ont été signalées chez 0,7 % des patients ; elles ont été généralement d'intensité légère. *Arrêt du traitement suite à un effet indésirable* Lors des études de 26 semaines, la fréquence des arrêts de traitement suite à des effets indésirables a été de 2,6 % (0,75 mg) et de 6,1 % (1,5 mg) pour le dulaglutide versus 3,7 % pour le placebo. Pendant toute la durée de l'étude (104 semaines maximum), la fréquence des arrêts de traitement suite à des effets indésirables a été de 5,1% (0,75 mg) et de 8,4 % (1,5 mg) pour le dulaglutide. Les effets indésirables les plus fréquents entraînant un arrêt du traitement pour le dulaglutide 0,75 mg et 1,5 mg, respectivement, étaient les nausées (1,0 % ; 1,9 %), les diarrhées (0,5 % ; 0,6 %) et les vomissements (0,4 % ; 0,6 %) ; et ont été généralement rapportés au cours des 4 à 6 premières semaines. 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 en Belgique via l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, Division Vigilance, Eurostation II, Place Victor Horta 40/40, B- 1060 Bruxelles (site web : www.afmps.be ; adresse e-mail : adversedrugreactions@fagg-afmps.be), ou, au Luxembourg, via la Direction de la Santé, Division de la Pharmacie et des Médicaments, Villa Louvigny, Allée Marconi, L- 2120 Luxembourg (http://www.ms.public.lu/fr/activites/pharmacie-medicament/index.html). **7. TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** Eli Lilly Nederland B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Pays-Bas. **8. NUMÉRO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHÉ** EU/1/14/956/001 EU/1/14/956/002 EU/1/14/956/003 EU/1/14/956/006 EU/1/14/956/007 EU/1/14/956/008 **9. DATE DE PREMIÈRE AUTORISATION/DE RENOUVELLEMENT DE L'AUTORISATION** Date de première autorisation : 21 novembre 2014 **10. DATE DE MISE A JOUR DU TEXTE : sep 2015 STATUT LEGAL DE DELIVRANCE** Médicament soumis à prescription médicale. Des informations détaillées sur ce médicament sont disponibles sur le site internet de l'Agence européenne des médicaments http://www.ema.europa.eu

1. Trulicity®. Résumé des Caractéristiques du Produit. Septembre 2015
2. Trulicity®. Instructions pour l'utilisation. Septembre 2015

§ metformine + sulfonylurées ou metformine + thiazolidinedione

ELB/DUA/Jan/2016/0016 – January 2016

TROUVÉ CHEZ UN CAVISTE - FRANCE

Un Belge à Rousset-les-Vignes

On y va peu souvent tout au nord des Côtes-du-Rhône Villages. Pourtant, là-bas, l'enchaînement des hautes collines calcaires qui forme le massif de La Lance offre sa beauté et sa protection au vignoble de Rousset-les-Vignes. A un gros kilomètre du village, Jean t'Kint s'est acheté en 2011 quelques arpents de vieux Grenache et un peu de Syrah. Ce Bruxellois – qui, en Belgique, travaille dans l'industrie plastique – s'est tout de suite lancé dans la conduite biologique de son vignoble de 4ha. Celui-ci ne produit jusqu'ici qu'une seule cuvée et 2012 est son premier millésime.

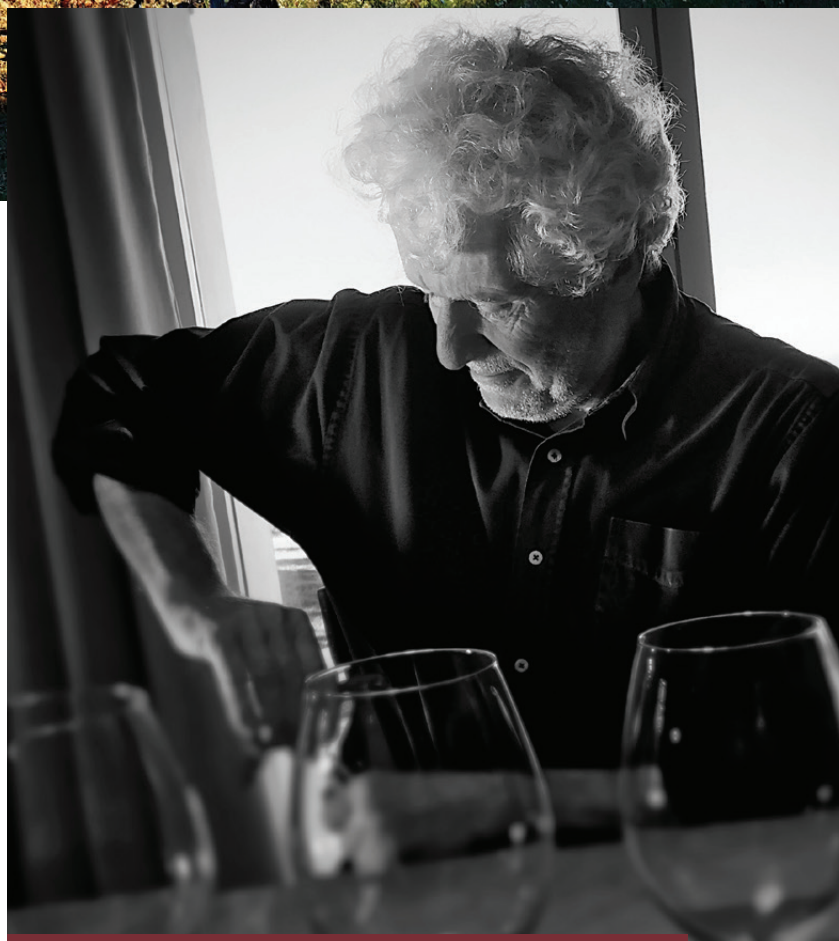
VIEILLES VIGNES 2012 DOMAINE LA BANATE CÔTES-DU-RHÔNE VILLAGES ROUSSET-LES-VIGNES

Robe: grenat moyen. **Nez**: il respire le sous-bois, les épices, les pâtes de fruits. **Bouche**: on retrouve les parfums sentis. Groseille, coing et burlat montrent la rondeur de leur baie, la succulence de leur chair, leur fraîcheur. Les épices poudrent la soie tannique. Le vin est à la fois aérien et gourmand.

Une belle découverte qui se répète pour le millésime suivant, frais et délicat. Le potentiel du 2015 promet…

Vinification: assemblage de 80% de Grenache de 60 ans et de Syrah qui poussent dans les colluvions calcaires. Vinification de 4 semaines, élevage en cuve inox.

Marc Vanhellemont



Accords

Sa légèreté fruitée lui permet d'être un agréable apéritif, puis d'accompagner quelques entrées délicates comme la terrine de lapereau ou le carpaccio de veau. Après, la volaille lui sied, mais aussi l'agneau rôti aux herbes.

www.facebook.com/SCEA-Le-Domaine-de-la-Banate-900212759997466/
Importé par **www.basin-marot.be** (1050 Bruxelles)

MS10718F

Primeur 2016: et si on s'intéressait aux vins faits?

Revoici le temps des Primeurs de Bordeaux.

J'ai beau avoir écrit à de nombreuses reprises que je ne souhaitais pas participer à ce genre d'opération, qui relève pour moi d'une forme de pédophilie vineuse, je continue chaque année à recevoir des invitations.

A croire que les personnes qui souhaiteraient me voir écrire sur les Bordeaux Primeurs... ne me lisent pas. Mais soyons positifs. Critiquer, c'est facile; mais ne serait-il pas temps de proposer?

Partant du principe que les Bordeaux – au moins les grands crus classés – sont des vins de garde (et non, comme l'a écrit une consoeur chinoise à propos des 2013 dégustés à l'âge de 6 mois, d'aimables vins à boire sur le fruit, car leur prix n'a rien d'aimable), je suggère donc à mes amis bordelais d'organiser des dégustations de vins faits. Des 2005 et des 2006, par exemple. Voire des 1995 et 1996. Ce qui serait d'autant plus intéressant qu'il s'agit de millésimes bien différents. Et que l'oenologie progresse.

On me rétorquera que cela ne servirait à rien, vu que les vins sont déjà vendus depuis longtemps. Et même bus, pour certains.

A la deuxième partie de la remarque, je répondrai: c'est dommage, et cela veut dire que le consommateur n'a pas bien été informé. Peut-être que l'opération «Primeurs», qui conduit les producteurs à élaborer des vins buvables très jeunes, est justement à l'origine de cette confusion.

A la première partie de la remarque, je répondrai: ce n'est pas une raison! Déguster des vins de 10 ans et établir un diagnostic sur leur état de santé à cet âge serait une indication précieuse pour tous ceux qui en ont dans leur cave et ne savent pas trop quand les ouvrir; on pourrait non seulement juger le vin sur sa forme actuelle, mais également sur son potentiel.

Bien sûr, cela suppose que les producteurs gardent des bouteilles de millésimes de 10 ans ou plus. Je ne pense pas que ce soit si compliqué. Ni même trop cher pour ce que cela pourrait rapporter en termes d'image; tout le monde s'accorde aujourd'hui à dire que les grands crus classés sont devenus des produits de luxe, avec des prix de luxe. Etablir, de façon certaine, que ces vins ont pour eux l'atout de la longévité, voici qui permettait d'atténuer les craintes des oenophiles qui n'osent pas dépenser de peur de manquer le bon moment pour boire leur vin; et même, les craintes des investisseurs qui ne savent pas s'ils pourront le revendre à bon prix – même si, je vous l'avoue, cette dernière catégorie n'est pas vraiment la cible de journalistes tels que moi.

Alors, chiche que Bordeaux lance ces dégustations «tardives»? Et chiche que j'y aille!

Hervé Lalau

MS10664F

articulations & muscles & tendons

Flexofytol®

extrait ***bio-optimisé*** de curcuma

60 capsules : 19,90 €
180 capsules : 54,90 €

Le **rhizome de curcuma contient** un ensemble de substances appelées curcuminoïdes, dont la **curcumine** est la plus importante. Elle est un puissant antioxydant qui **contribue à la souplesse des articulations, des muscles et des tendons**.

Flexofytol®: une formulation innovante.
Les composants du curcuma ne sont pas bien assimilés dans l'organisme. Le laboratoire Tilman a développé, en collaboration avec un centre de recherche universitaire, un **procédé de formulation** qui optimise l'assimilation de la curcumine.

Plus d'infos sur **www.flexofytol.be**

Disponible en pharmacie

Tilman®

Votre santé par les plantes

l'Entreprise de l'Année® 2013
Entrepreneur of the year

RESUME DES CARACTERISTIQUES DU PRODUIT

DENOMINATION DU MEDICAMENT : Tempocol , Capsule molle gastro-résistante, voie orale. **COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE :** Chaque capsule contient 182 mg de Mentha piperita L., aetheroleum (huile de menthe poivrée). **FORME PHARMACEUTIQUE :** Capsule molle gastro-résistante, voie orale. Capsule molle de forme ovale, transparente-opaque, contenant un liquide limpide. **DONNEES CLINIQUES : Indications thérapeutiques :** Médicament à base de plantes pour le traitement symptomatique des spasmes mineurs du tractus gastro-intestinal, des flatulences et des douleurs abdominales. Tempocol est indiqué chez les adultes, les adolescents et les enfants âgés de 8 à 12 ans. **Posologie et mode d'administration.** Posologie : Voie orale. Adolescents de plus de 12 ans, adultes et personnes âgées La dose de départ est de 1 capsule 1-3 fois par jour. La dose peut être augmentée en fonction des besoins jusqu'à une dose maximum de 2 capsules 3 fois par jour. Les capsules gastro-résistantes sont à prendre jusqu'à la résolution des symptômes, généralement en deux à quatre semaines. Quand les symptômes persistent plus longtemps, la prise des capsules gastro-résistantes peut continuer pendant des périodes ne dépassant pas 3 mois par traitement. Population pédiatrique Enfants de 8 à 12 ans 1 capsule (0,2 ml dans une capsule gastro-résistante) jusqu'à 3 fois par jour. La sécurité et l'efficacité de Tempocol chez les enfants âgés de moins de 8 ans n'ont pas encore été établies. Aucune donnée n'est disponible. Patients atteints d'insuffisance rénale ou hépatique. La sécurité et l'efficacité de Tempocol chez les patients atteints d'insuffisance rénale ou hépatique n'ont pas été établies. Aucune donnée n'est disponible. Mode d'administration La/les capsule(s) doit/doivent être prise(s) à jeun avant les repas, avec une quantité suffisante de liquide froid (préférablement un verre d'eau froide). Les capsules doivent être avalées entières, c'est-à-dire sans les ouvrir ni les mâcher, car l'huile de menthe poivrée serait alors libérée prématurément, ce qui pourrait causer une irritation locale de la bouche et de l'œsophage. **Contre-indications :** Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients mentionnés à la rubrique 6.1. **Effets indésirables :** a) Résumé du profil d'innocuité Les effets indésirables suivants peuvent survenir : La présence d'une odeur de menthol dans l'urine et les fèces a été observée ; une dysurie et une inflammation du gland du pénis ont été rapportées. Des réactions allergiques au menthol ont été rapportées, avec céphalées, bradycardie, tremblements musculaires, ataxie, choc anaphylactique et éruption cutanée érythémateuse. Des brûlures rétrosternales, des brûlures périanales, une vision trouble, des nausées et des vomissements ont été rapportés. Dans la plupart des cas, la fréquence est indéterminée. Si d'autres réactions indésirables non mentionnées ci-dessus apparaissent, il faut consulter un médecin ou un pharmacien. b) Récapitulation des réactions indésirables Les fréquences sont définies comme : 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 **Affections du système immunitaire** Réactions allergiques[1] : La fréquence est indéterminée. **Affections du système nerveux** Céphalées : Fréquentes **Affections oculaires** Vision trouble : Peu fréquente **Affections gastro-intestinales** Brûlures rétrosternales, brûlures périanales, sécheresse buccale : Fréquentes. Nausées et vomissements , odeur anormale des fèces[2] : La fréquence est indéterminée. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** Inflammation du gland du pénis : La fréquence est indéterminée. **Affections du rein et des voies urinaires** Odeur anormale de l'urine[2] : La fréquence est indéterminée. Dysurie : La fréquence est indéterminée. [1] Réactions allergiques au menthol, avec céphalées, bradycardie, tremblements musculaires, ataxie, choc anaphylactique et éruption cutanée érythémateuse [2] Fèces ou urine présentant une odeur de menthol. c) Population pédiatrique L'utilisation des capsules de Tempocol n'est pas recommandée chez la population pédiatrique âgée de moins de 8 ans, en raison du manque d'informations sur l'innocuité. **Déclaration des effets indésirables suspectés** La déclaration des effets indésirables suspectés après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - Division Vigilance - EUROSTATION II - Place Victor Horta, 40/ 40 - B-1060 Bruxelles : Site internet: www.afmps.be. e-mail: adversedrugreactions@fagg-afmps.be **Nature et contenu de l'emballage extérieur** Les capsules molles gastro-résistantes sont conditionnées en plaquettes thermoformées. Boîtes pliantes renfermant des plaquettes thermoformées contenant 10, 15, 30, 60, 90 ou 120 capsules. Toutes les présentations peuvent ne pas être commercialisées. **TITULAIRE DE L'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** : WILL-PHARMA, Monplaisirlaan 33 – 1030 Bruxelles – Belgique : **NUMERO D'AUTORISATION DE MISE SUR LE MARCHE** : Enr.-Reg. : BE433106 **DELIVRANCE** : libre **DATE DE MISE À JOUR DU TEXTE** : 18/11/2015

* Ford et al. (2008).; Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of IBS: a systemic review and meta-analysis. BMJ. 337:a2313

2016/19 - TEMP - MAIL. Made 3/16.

Tempocol 60 caps 16.75 €
Tempocol 90 caps 22.63 €

Tempocol®

Cher Docteur,

WILL-Pharma a le plaisir de vous annoncer la mise sur le marché d'une nouvelle boîte de **90 capsules** correspondant à une cure de 4 semaines.

Crampes
Flatulences
Douleurs abdominales

Action Rapide

90 caps.

NNT 2,5*

WILL PHARMA