



Introduction

Intro 1. Élaboration et objectif du Répertoire

Le *Répertoire Commenté des Médicaments* (ci-après appelé “Répertoire”) est publié par le “**Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique**” (CBIP). Le CBIP est une asbl qui est agréée et subsidiée par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). (voir cbip.be > A propos de nous).

Processus de révision

- *Révision annuelle*: l'introduction du Répertoire et les textes de chaque chapitre sont entièrement révisés une fois par an. Les textes mis à jour sont publiés sur le site entre décembre et septembre. La dernière révision complète de cette introduction a été publiée en mai 2026.
- *Mise à jour continue*: les spécialités sur le site sont mises à jour au moins trois fois par mois (voir *Intro.2.11.2.*). Les rubriques “Positionnement” et autres sont régulièrement ajustées tout au long de l'année.

Version PDF

Le Répertoire peut être téléchargé en **version PDF**. Via la *page d'accueil du Répertoire*, vous pouvez télécharger :

- le **PDF de la version actuelle** du Répertoire, disponible avec ou sans spécialités, dans son intégralité ou par chapitre : allez sur la page d'accueil du Répertoire et cliquez sur *Le Répertoire en PDF (dernière version)*.
- les **archives PDF** des éditions à partir de 2005: allez sur la page d'accueil du Répertoire et cliquez sur *Archives (en PDF)*.

La nouvelle **application mobile du Répertoire** peut être téléchargée dans le Google Play Store (Android) et l'Apple Store (iOS) en tapant “CBIP” comme terme de recherche.

Objectif du Répertoire

L'objectif du Répertoire est de fournir aux professionnels de la santé des informations indépendantes sur les médicaments, utiles pour la pratique. Le Répertoire vise à promouvoir l'**usage rationnel des médicaments**. Un usage rationnel implique que seuls les médicaments ayant fait l'objet d'études validées soient utilisés, et ce de façon appropriée (en fonction de leurs indications, contre-indications, posologie, interactions ...) et en tenant compte de leur coût (pour le patient et pour la société). Il faut mentionner à ce propos la notion de “pharmacothérapie basée sur des preuves”: il est important de savoir quelles sont les preuves concernant le rapport bénéfice/risque d'un médicament.

L'Organisation mondiale de la Santé recommande, dans son guide “*Bien prescrire les médicaments*” de tenir compte des critères suivants lors de la prescription d'un médicament : **son efficacité, son innocuité, son adéquation pour le patient individuel** (entre autres contre-indications et forme pharmaceutique) et son coût. Il convient de prendre en compte le **prix** qu'il coûte à l'individu et celui qu'il coûte à la société. Pour cette raison, nous mentionnons dans le Répertoire les prix des différents conditionnements et leurs éventuelles conditions de remboursement. Des tableaux comparatifs des prix sont également disponibles, qu'on peut afficher en cliquant sur “par groupe” ou sur le symbole euro au niveau du conditionnement (voir *Intro.2.11.4.*).

Le Répertoire, ainsi que les Folia, sont accrédités par le Centre belge pour l'Evidence-Based Medicine (CEBAM) en tant que “sources d'informations EBP (*evidence based practice*) sans recommandations” (voir Cebam.be > *Validation*). Le CBIP a pour objectif de fournir des informations fondées sur des preuves concernant l'efficacité et la sécurité des médicaments, mais ne développe pas de guides de pratique clinique.

Site web www.cbip.be

Dans le menu, le lien **Publications** permet d'accéder au Répertoire mais aussi à d'autres **publications du CBIP** :

- les **Folia**, les **Folia Dentistes** et les **Folia Nursing**,
- les **Mises à jour Médicaments**: voir aussi *Intro.2.11.2.*,



- le **Formulaire de soins aux personnes âgées**: voir aussi *Intro.2.7*.
- la **boîte à outils** regroupe quelques outils utiles pour la pratique, conçus à partir de nos articles Folia et modules e-learning.

Sous le menu Publications, vous trouverez également le “**Guide BAPCOC**”: il s’agit du **Guide belge de traitement anti-infectieux en pratique ambulatoire**, en format PDF. Ce guide n’est pas édité par le CBIP mais par la Commission belge de coordination de la politique antibiotique (BAPCOC).

Dans le menu, le lien **Formations** permet d’accéder à

- l’**Auditorium**, notre plateforme d’apprentissage en ligne,
- aux **événements du CBIP** (notamment liens vers les diapositives et les présentations de nos symposiums),
- la **boîte à outils**, qui regroupe quelques outils utiles pour la pratique, conçus à partir de nos articles Folia et modules e-learning.
- la **question de la semaine**: une courte question à choix multiples qui vous permet de tester vos connaissances, obtenir un feedback immédiat et voir ce que vos collègues ont répondu. La “question de la semaine” apparaît également dans notre newsletter, le *Weekly Folia*.

Sur la page d’accueil, sous le titre **Actualités**, s’affichent tous nos communiqués et tous nos articles.

Le **Weekly Folia**, notre newsletter hebdomadaire, propose chaque vendredi un récapitulatif des nouveaux articles publiés sur notre site web et vous tient informé·e des nouveaux e-learning et des actualités de nos partenaires (Minerva, AFMPS, ...). **Pour vous abonner au Weekly Folia**, *cliquer ici*. Tous les articles Folia sont aussi consultables en ligne, regroupés par mois, sur la *page principale des Folia*.

Sur le site web de la **section vétérinaire du CBIP** (www.vetcompendium.be, destiné aux médecins vétérinaires et aux pharmaciens) se trouvent les informations pharmacothérapeutiques concernant les médicaments à usage vétérinaire commercialisés en Belgique.

Auteurs

Le comité de rédaction est responsable du contenu du Répertoire Commenté des Médicaments et jouit d’une indépendance éditoriale.

Le Comité de rédaction est composé comme suit:

- Rédacteurs en chef: Prof. Dr T. Christiaens et Dr. E. Van Leeuwen
- Rédacteurs: A. Baitar, C. Bertrand, B. Bosier, L. Cuitte, C. Defrance, S. Desmaele, C. Devillers, E. Dhaenens, G. Goesaert, H. Habraken, L. Heremans, N. Mortier, J. Vandenhoven, A. Van Ermen, C. Veys

Le Comité de rédaction est assisté par les équipes Monitoring littérature (A. Baitar, N. Mortier), Spécialités (L. Hamtiaux, I. Latour), Administration (C. De Smet, J. Neyt, M. Ryman), Informatique (O. Couneson, S. Dumon, G. Jimenez Becerril, C. Romain, J. Simon), Communication (F. Coppens), Traduction (V. Mortelmans, J. De Bie) et Direction (S. Brillon).

Remerciements aux experts

Lors de la révision annuelle, les différents chapitres du Répertoire sont relus par des experts des domaines concernés. Nous remercions particulièrement les experts suivants qui nous ont envoyé leurs commentaires pour l’édition 2025 du Répertoire: K. Allegaert, H. Beele, M. Berlière, A. Berquin, E. Bottiau, K. Boussey, P. Calle, S. Callens, P. Carillo-Santistevé, R. Cauwels, M. Ceulemans, S. Croubels, A. Daloze, C. Daumerie, G. De Backer, T. De Backer, F. De Bièvre, F. De Keyser, E. De Leenheer, M. De Lausnay, A. De Sutter, P-H Deprez, P. Durez, K. Everaert, V. Jong, B. Keymeulen, G. Laekeman, B. Lapauw, R. Lefebvre, J. Longueville, U. Maniewski-Kelner, J. Marlier, C. Martin, F. Matthys, B. Morlion, M.C. Nassogne, F. Nobels, S. Patris, A. Peeters, M. Petrovic, H. Reyckler, T. Roisin, P. Santens, J. Schoenen, S. Smet, H. Theeten, J. Van Acker, L. Van Bortel, S. Van Wessel, H. Verhelst, J. Warlin, R. Westhovens, C. Wyns. Nous vous prions de nous excuser si nous avons oublié de mentionner quelqu’un.

Le groupe de travail du Formulaire de soins aux personnes âgées (voir Intro 6.6 Médicaments chez la personne âgée – Formulaire de soins aux personnes âgées – Sélections 80+) est constitué des personnes suivantes: A. Dahmane, B. D’Hooghe, M. Hanset, B. Henkens, G. Mertens, A. Parada, S. Valentin, J. Van Elsen, K. Venneman, E. Vincke,



H. Warie. Nous les remercions pour leur participation à la mise à jour des sélections du Formulaire de soins aux personnes âgées.

Conflits d'intérêts (conflicts of interest, COI)

Les membres du comité de rédaction ont signé une déclaration d'intérêts qu'ils sont tenus de confirmer annuellement. Les rédacteurs ne peuvent avoir aucun intérêt dans le secteur pharmaceutique.

Les experts des domaines concernés: dans un souci de transparence générale et pour son évaluation rédactionnelle, le CBIP demande aux experts de déclarer tout intérêt susceptible de donner lieu à un conflit d'intérêts. À cette fin, les experts consultés signent une déclaration d'intérêts.

Intro 2. Guide d'utilisation et fondement scientifique du Répertoire

Afin de faciliter un choix rationnel, les **spécialités pharmaceutiques disponibles en Belgique** sont regroupées dans le Répertoire en **vingt chapitres** sur base de leurs propriétés thérapeutiques et pharmacologiques. Un chapitre comprend généralement plusieurs classes de médicaments.

Intro 2.1. Fondement scientifique du Répertoire

Voici ci-dessous quelques explications sur: les différentes rubriques du Répertoire, le contenu, la méthodologie suivie, et les spécialités.

Le CBIP suit systématiquement plusieurs sources de référence : un certain nombre de revues (notamment le *BMJ*, le *JAMA*, *The Lancet*, le *NEJM*), la *Cochrane Database of Systematic Reviews*, certains journal clubs (tels que le *NEJM J Watch* et l'*ACP Journal Club*), les revues de l'ISDB et d'autres sources d'informations indépendantes sur les médicaments (p.ex. l'*Australian Prescriber*, le *Drug and Therapeutic Bulletin*, La Revue Prescrire, le *Geneesmiddelenbulletin*, *The Medical Letter*), les guides de pratique clinique accrédités par le CEBAM (les guidelines du WOREL, du KCE, du NHG, du NICE et du SIGN). Les communiqués des autorités sanitaires (en particulier l'AFMPS et l'EMA, respectivement les agences belge et européenne des médicaments) et les implications pratiques de leurs décisions sont également examinés. Pour la liste complète des sources et pour en savoir plus sur notre méthode de travail, nous renvoyons à la *Méthodologie utilisée dans les publications du CBIP*.

Dans le cadre de l'accréditation par le CEBAM, nos informations doivent être clairement documentées par des références. C'est pourquoi les rubriques "Positionnement" ont été complétées avec des références issues de publications scientifiques et de sources EBP (notamment les guidelines, accrédités par le CEBAM, du WOREL, du NICE et du NHG, ainsi que des sources d'aide à la décision: le *BMJ Best Practice* et *DynaMed*®).

Intro 2.2. Rubrique "Positionnement"

Le Répertoire a été accrédité par le CEBAM en tant que "source d'informations EBP (evidence based practice) sans recommandations" (voir *Cebam.be > Validation*). Dans le cadre de cette accréditation, nous avons évalué ces dernières années les rubriques "Positionnement" du Répertoire, en les reformulant là où nécessaire, afin de refléter les données probantes actuellement disponibles sans formuler de recommandations.

Les informations dans la rubrique "Positionnement" sont documentées par des références à nos articles Folia et à d'autres sources du CBIP, à nos sources habituelles (voir Intro.2.1., notamment les guidelines du WOREL, du NICE et du NHG) et aux sources d'aide à la décision: le *BMJ Best Practice* et *DynaMed*®. Le cas échéant, nous renvoyons également à certaines autorités sanitaires belges et internationales (notamment le Conseil Supérieur de la Santé en ce qui concerne les vaccins, Wanda.be en ce qui concerne les médicaments en contexte de voyages, et l'EMA) ou vers des articles récents spécifiques issues de revues révisées par des pairs.



L'objectif de cette rubrique est de situer les médicaments du point de vue scientifiquement fondé du CBIP et de faciliter un choix rationnel. Pour chaque classe de médicaments, cette rubrique mentionne les avantages et les inconvénients des différents médicaments.

Dans la mesure du possible, le CBIP se base sur des études randomisées et contrôlées, correctement exécutées, en étant attentif à la sélection de la population étudiée et au choix de critères d'évaluation cliniquement pertinents (mortalité, morbidité, qualité de vie). En l'absence de telles études, il faut garder à l'esprit que les preuves à l'appui seront de moins bonne qualité; ceci est détaillé dans la rubrique "Positionnement".

La rubrique "Positionnement" discute parfois d'usages thérapeutiques qui ne figurent pas (encore) comme indications dans le RCP (usage hors notice ou *off-label*); lorsqu'une indication ne figurant pas dans le RCP est discutée, cela est mentionné explicitement [concernant la prescription *off-label* de médicaments, voir *Folia de décembre 2021*].

Certains médicaments ont un rapport bénéfice/risque nettement défavorable: cela est signalé dans la rubrique "Positionnement", arguments à l'appui. Parfois la mention suivante est également ajoutée au niveau de la posologie "Posol -- (rapport bénéfice/risque défavorable, voir rubrique "Positionnement")".

Le CBIP ne propose pas d'approche spécifique pour les médicaments à base de plantes [voir *Folia de juillet 2015*] ou homéopathiques [voir *Folia de novembre 2010*]: tout médicament, quelle que soit sa nature, doit être évalué en fonction des preuves de son efficacité et de son innocuité, de sa qualité, de sa facilité d'utilisation et de son coût.

Intro 2.3. Rubrique "Indications (synthèse du RCP)"

Le Répertoire ne mentionne pas nécessairement toutes les indications figurant dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP), d'où le titre de cette rubrique: "Indications (synthèse du RCP)". L'objectif est de simplifier les informations fournies dans le chapitre "Indications thérapeutiques" du RCP.

Certains génériques n'ont pas toutes les indications du médicament de référence reprises dans leur RCP; le Répertoire n'en tient pas compte.

Dans la rubrique "Indications" du Répertoire ne figurent que des indications qui sont également mentionnées dans le RCP; le cas échéant, l'utilisation "*off-label*" est mentionnée dans la rubrique "Positionnement" (voir Intro.2.2. Rubrique "Positionnement").

Intro 2.4. Rubrique "Contre-indications"

La rubrique "Contre-indications" du Répertoire mentionne les contre-indications les plus importantes. Les principales sources utilisées sont le RCP, ainsi que le *British National Formulary* et le *Martindale*.

Pour les médicaments récemment commercialisés, nous nous appuyons sur les principales contre-indications dans le RCP.

Les "contre-indications" et les "précautions particulières" (voir Intro.2.9.) sont souvent difficiles à distinguer et pour un même type de produit, ces informations sont parfois classées différemment d'un RCP à l'autre.



Dans certains RCP, l'administration concomitante de certains médicaments est mentionnée comme une contre-indication en raison du risque d'interaction. Dans le Répertoire, nous choisissons en principe de ne pas mentionner ces interactions dans la rubrique contre-indications parce qu'elles ne sont pas systématiquement mentionnées comme contre-indications dans les différents RCP. La méthodologie concernant les interactions est



expliquée dans *Intro.2.8*.

Dans le RCP, l'allergie à la substance active ou à l'une des substances du médicament est mentionnée comme une contre-indication; ce n'est pas systématiquement le cas dans le Répertoire.

- **L'insuffisance rénale comme contre-indication**

- Dans la rubrique "Contre-indications", l'insuffisance rénale (sévère) n'est mentionnée comme contre-indication que lorsque ceci est explicitement mentionné dans la rubrique correspondante du RCP.
- Un symbole est mentionné au niveau des spécialités dont la dose doit être réduite en cas d'insuffisance rénale, ou qui sont contre-indiquées en cas d'insuffisance rénale, selon le RCP. En cas de divergence sur ce point entre les RCP de spécialités ayant le même principe actif, nous optons pour le symbole le plus prudent.
 - Le **symbole**  signifie que le RCP recommande une réduction de la dose ou une contre-indication en cas d'insuffisance rénale *sévère* (définie par un DFGe de 15 à 30 ml/min/1,73m²).
 - Le **symbole**  signifie que le RCP recommande déjà une réduction de la dose ou une contre-indication à partir d'une insuffisance rénale *modérée* (donc à partir d'un DFGe égal ou inférieur à 60 ml/min/1,73m²), ou en cas d'insuffisance rénale en général sans en préciser le degré de sévérité.
 - En cas d'insuffisance rénale terminale (*ESRD ou End Stage Renal Disease*, définie par un DFGe inférieur à 15 ml/min/1,73m²), il y a toujours des précautions particulières à prendre en relation avec la réduction de la dose ou les contre-indications: comme cela fait partie de la pratique spécialisée, cela n'est pas mentionné dans le Répertoire.
 - Les symboles sont attribués en fonction des informations contenues dans le RCP. Il convient de noter que ces informations sont formulées différemment d'un RCP à l'autre, parfois de façon ambiguë. L'attribution des symboles mentionnés ci-dessus comporte donc parfois une part d'interprétation. Dans de nombreux cas, l'information du RCP ne correspond pas à ce que disent diverses sources à ce sujet; et d'une source à l'autre, les informations peuvent aussi diverger.
Note: si le RCP ou certaines publications signalent un risque chez le patient insuffisant rénal, la rédaction peut décider d'attribuer un sigle rénal au médicament, même lorsque le RCP ne recommande aucune réduction de dose ou contre-indication en cas d'insuffisance rénale.

- **L'insuffisance hépatique comme contre-indication**

- Dans la rubrique "Contre-indications", l'atteinte hépatique n'est mentionnée que si cela est explicitement mentionné dans la rubrique correspondante du RCP. Le terme "insuffisance hépatique" ou "insuffisance hépatique sévère" est généralement utilisé, selon ce que mentionne le RCP. En général, le RCP ne précise pas s'il s'agit d'une cirrhose.
- Concernant la cirrhose en tant que contre-indication, des informations sont disponibles dans le chapitre "*Levercirrose*" du *Commentaren Medicatiebewaking* (Pays-Bas, payant). *Commentaren Medicatiebewaking* s'appuie sur le site web www.geneesmiddelenbijlevercirrose.nl, qui peut être consulté gratuitement. Ce site propose une évaluation par médicament et groupe de médicaments (NB: cette évaluation néerlandaise n'a été effectuée que pour une partie des médicaments). Lorsque cette source considère qu'un médicament est « à éviter » en cas de cirrhose hépatique, ceci est signalé dans le Répertoire sous la rubrique "Contre-indications".
- Dans de rares cas, un médicament est contre-indiqué en cas d'atteinte hépatique selon le RCP alors qu'il est considéré comme "sûr" en cas de cirrhose selon le site web néerlandais www.geneesmiddelenbijlevercirrose.nl. Dans ce cas, ceci est **explicitement** signalé dans notre rubrique "Contre-indications", indépendamment de ce qui est indiqué dans le RCP.

- **Les "facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT" comme contre-indication**

- Pour les médicaments à risque d'allongement de l'intervalle QT qui figurent dans le *tableau Ib*, nous mentionnons "facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT" parmi les contre-indications dans le Répertoire, même si ceci n'est pas toujours explicitement mentionné dans le RCP. Pour interpréter



l'intervalle QT, il faut tenir compte de la fréquence cardiaque. Pour ce faire, on utilise l'intervalle QT corrigé (QTc), qui est la valeur corrigée à une fréquence cardiaque de 60 battements par minutes.

- Pour plus d'informations sur la mise au point du tableau Ib et les facteurs de risque d'allongement de l'intervalle QT, voir *Intro.6.2.2.*
- **La grossesse comme contre-indication:** en cas de tératogénicité prouvée sur la base de données humaines, nous mentionnons la grossesse comme contre-indication dans le Répertoire, même si cela n'est pas toujours explicitement mentionné dans le RCP.

Intro 2.5. Rubrique “Effets indésirables”

Pour les principes généraux concernant les effets indésirables, et une information plus détaillée concernant certains d'entre eux, voir *Intro.6.2.*

Comment ces principes sont-ils appliqués dans le Répertoire? Seuls les principaux effets indésirables sont mentionnés dans le Répertoire: les effets fréquents et ceux qui ont un impact clinique important. Comme sources, nous utilisons principalement les RCP et les avertissements de l'AFMPS et de l'EMA. Autres sources utilisées: *Martindale, British National Formulary* et *Farmacotherapeutisch Kompas*. La rubrique effets indésirables tente l'exercice difficile d'être à la fois exhaustive et synthétique.

Dans cette rubrique, nous mentionnons parfois des “signaux” d'effets indésirables, qui proviennent généralement d'instances de pharmacovigilance: voir *Intro.6.2.1.*

Pour plus de détails, il est nécessaire de consulter le RCP et d'autres sources.

Intro 2.6. Rubrique “Grossesse et allaitement”

Pour les principes généraux concernant l'utilisation de médicaments en période de grossesse et d'allaitement, voir respectivement *Intro.6.4.* et *Intro.6.5.*

Comment ces principes sont-ils appliqués dans le Répertoire?

- *Concernant la grossesse*
 - Nous prenons en compte autant que possible les données se rapportant à l'être humain. Bien que les données de tératogénicité chez l'animal aient rarement une valeur prédictive pour l'humain, nous mentionnons néanmoins les problèmes très graves rencontrés chez l'animal lorsque nous ne disposons pas de suffisamment de données chez l'humain.
 - **Les problèmes les plus graves rencontrés chez l'humain sont mentionnés en gras.**
 - Nous appliquons les critères suivants.
 - En cas de tératogénicité prouvée sur la base de données humaines, nous mentionnons que l'utilisation pendant la grossesse est *contre-indiquée* et nous reprenons aussi cette information dans la rubrique “Contre-indications”, même si ceci n'est pas toujours explicitement mentionné dans le RCP.
 - Lorsqu'un effet tératogène, des problèmes en période périnatale ou des effets à long terme sont suspectés sur la base de données humaines, nous mentionnons que l'utilisation en période de grossesse est déconseillée. Les risques pour la mère et l'enfant doivent alors être rigoureusement mis en balance avec le bénéfice escompté du traitement.
 - S'il n'y a pas de signal de malformations congénitales ou d'autres effets indésirables chez l'enfant, nous écrivons: “Les données d'utilisation de ces préparations pendant la grossesse sont rassurantes (pas de signal de malformations congénitales ou d'autres effets indésirables chez l'enfant selon nos sources)”.
 - S'il n'est pas possible de se prononcer, nous écrivons: “Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant la grossesse (pas ou peu d'informations)”.



- *Concernant l'allaitement*
 - Nous prenons en compte autant que possible les données se rapportant à l'être humain.
 - Nous indiquons pour quels médicaments des effets indésirables chez le nouveau-né ont été prouvés ou sont fortement suspectés. **Les effets indésirables les plus graves rencontrés chez le nouveau-né sont mentionnés en gras.**
 - Lorsqu'il n'est pas possible de se prononcer sur l'utilisation du médicament en période d'allaitement, nous mentionnons la phrase suivante: "Il n'est pas possible de se prononcer sur la sécurité d'emploi de ces préparations pendant l'allaitement (pas ou peu d'informations)."
- Le **RCP** n'est pas systématiquement utilisé comme source primaire : une position défensive y est souvent adoptée (p.ex. "ne pas utiliser faute de données suffisantes"). Pour un même principe actif, et en s'appuyant sur les mêmes données, les RCP des différentes spécialités émettent parfois des avis différents (allant d'une contre-indication absolue à l'utilisation "si les bénéfices escomptés l'emportent sur le risque").
- Les **principales sources** utilisées sont:
 - "Geneesmiddelengebruik rondom de zwangerschap" de "Moeders van morgen Lareb" du Bijwerkingencentrum Lareb (Pays-Bas),
 - les informations du CRAT (Centre de Référence sur les Agents Tératogènes, France),
 - Drugs in Pregnancy and Lactation. A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk (édition 12, 2021, Briggs).
 - Spécifiquement concernant l'allaitement: LactMed, une source américaine, est consultée uniquement lorsque nos sources ne donnent pas d'informations ou lorsqu'il y a un désaccord entre nos sources.
 - Lorsqu'un médicament ne figure pas dans ces sources, soit parce qu'il n'est pas disponible, soit parce qu'il vient d'être commercialisé, le RCP sert de référence (le mot RCP est alors mentionné entre parenthèses).
- Une rubrique "Grossesse et allaitement" est mentionnée pour tous les médicaments ou classes de médicaments dans le Répertoire, sauf pour les médicaments très spécialisés.

Intro 2.7. La rubrique "Patients âgés" et les sélections pour le Formulaire de soins aux personnes âgées

Rubrique "Patients âgés"

- Depuis 2025, une nouvelle rubrique « Patients âgés » a été ajoutée au Répertoire. Cette rubrique informe spécifiquement sur l'utilisation de divers médicaments et classes médicamenteuses chez la personne âgée. Cette rubrique se concentre surtout sur les médicaments les plus couramment prescrits en première ligne, ainsi que sur les médicaments qui exposent la personne âgée à des risques particuliers: ajustement posologique en cas d'insuffisance rénale, marge thérapeutique/toxique étroite, effets anticholinergiques, inhibiteur ou inducteur puissant des enzymes CYP,....
- Certains médicaments ou classes médicamenteuses d'usage moins courant n'ont pas fait l'objet d'une évaluation spécifique. Même si ces médicaments ne comportent pas de rubrique « Patients âgés », ils doivent néanmoins être utilisés avec prudence chez le patient âgé.
- Lorsqu'un médicament figure dans le Formulaire de soins aux personnes âgées (voir ci-dessous), nous mentionnons la phrase suivante dans la rubrique « Patients âgés » : « Le sigle "80+" à côté de certains médicaments indique qu'ils font partie des sélections du **Formulaire de soins aux personnes âgées**. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix, dans la fiche médicamenteuse. »

Sélections du Formulaire de soins aux personnes âgées

- Le "Formulaire de Soins aux Personnes âgées" est une **liste de médicaments sélectionnés pour les personnes très âgées**, ici définies arbitrairement comme ayant plus de 80 ans ("80+"). Il vise à traiter les pathologies les plus courantes en médecine générale (soins de première ligne).
- Un **groupe de travail** composé de médecins et de pharmaciens issus du terrain, francophones et néerlandophones, travaillant en collaboration avec plusieurs rédacteurs du CBIP, se réunit régulièrement



pour actualiser les sélections et les ajuster en fonction des nouvelles publications pertinentes, selon un processus décisionnel prédéfini. Les sources de références sont identiques à celles du Répertoire (voir Intro.2.1. Fondement scientifique du Répertoire) auxquelles sont rajoutées 3 revues gériatriques: Age and Ageing, le Journal of the American Medical Directors Association (JAMDA) et le Journal of the American Geriatrics Society (JAGS).

- Lorsqu'un médicament fait partie des sélections du Formulaire de soins aux personnes âgées, nous mentionnons la phrase suivante dans la rubrique « Patients âgés » : « Le sigle "80+" à côté de certains médicaments indique qu'ils font partie des sélections du **Formulaire de soins aux personnes âgées**. En cliquant sur ce sigle, vous accéderez aux détails expliquant ce choix, dans la fiche médicamenteuse. »
- Dans le Répertoire, les sélections sont signalées par le sigle **80+** placé à côté des spécialités correspondantes.
- **La sélection n'est ni exhaustive ni contraignante, mais invite à une prescription rationnelle.** En général, un seul médicament est choisi au sein d'un groupe thérapeutique. Si pour certaines pathologies courantes, aucune sélection n'est proposée, c'est en raison d'une balance bénéfico-risque jugée défavorable chez la personne âgée ou parce que les données disponibles sont insuffisantes.
- Les sélections s'appuient sur les critères de bonne prescription de l'OMS:
 - l'efficacité (basée autant que possible sur des études incluant un nombre suffisant de personnes âgées),
 - la sécurité,
 - l'adéquation pour le patient individuel (entre autres contre-indications et forme pharmaceutique)
 - et le coût. Parfois, lorsque les preuves solides font défaut, la sélection est faite sur base consensuelle de bonne pratique médicale.
- Pour chaque médicament sélectionné, une **fiche médicamenteuse** est accessible sur notre site web via le sigle **80+** en regard des spécialités concernées. L'ensemble des sélections médicamenteuses du Formulaire de soins aux personnes âgées sont également regroupées sur *cette page de notre site web* (via l'onglet Publications>Formulaire de soins aux personnes âgées). Chaque fiche contient les informations suivantes:
 - les indications (éventuellement sous conditions) dans lesquelles le médicament est sélectionné
 - la motivation pour ce choix
 - des points d'attention concernant la prescription de ce médicament ou cette classe médicamenteuse, chez les patients âgés:
 - posologies spécifiques liées à l'âge ou la présence d'une altération de la fonction rénale;
 - conseils pratiques de prise (ou d'administration), de sécabilité;
 - des rubriques effets indésirables, contre-indications, interactions et précautions particulières qui sont celles du Répertoire (pour le groupe thérapeutique auquel appartient le médicament sélectionné).
- Pour plus d'informations sur l'utilisation des médicaments chez les patients âgés, voir *Intro.6.6.*

Note: Le "Formulaire de Soins aux Personnes âgées" a été créé en 2003 dans le cadre d'un projet national réunissant les sociétés scientifiques, les organisations professionnelles et les universités, avec le soutien financier de l'INAMI. L'arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins (AR du 24 juin 1999) stipule en effet que la tâche du médecin coordinateur et conseiller (MCC) consiste notamment à rédiger et utiliser un "formulaire pharmaceutique". L'élaboration de ce formulaire avait été confiée à l'asbl Farmaka, avec pour source d'inspiration le "Huisartsen Geneesmiddelenformularium" du CPAS de Gand. Depuis 2018, le CBIP a repris le suivi du projet "Formulaire de soins aux Personnes Âgées".

Intro 2.8. Rubrique "Interactions"

Pour les principes généraux concernant les interactions, voir *Intro.6.3*.
Comment ces principes sont-ils appliqués dans le Répertoire?

Intro 2.8.1. Méthodologie: interactions pharmacodynamiques

Le Stockley's Drug Interactions et le Stockley's Herbal Medicines Interactions (pour les médicaments à base de



plantes) sont utilisés comme sources principales. Pour les nouveaux médicaments qui ne figurent souvent pas encore dans les ouvrages de référence, et pour les médicaments spécifiques au marché belge, l'information s'appuie sur les interactions cliniquement pertinentes mentionnées dans le RCP.

Intro 2.8.2. Méthodologie: interactions pharmacocinétiques (tableaux CYP et P-gp)

Les interactions pharmacocinétiques concernent surtout les interactions au niveau du cytochrome P450 (CYP) et de la glycoprotéine P (P-gp). Outre les informations reprises dans les rubriques, les tableaux suivants sont également proposés:

- *Tableau 1c.* et *Le Tableau 1e.*: les substrats, les inhibiteurs et les inducteurs des différentes isoenzymes CYP;
- *Tableau 1d.* et *Le Tableau 1e.*: les substrats, les inhibiteurs et les inducteurs de la P-gp.

Le *Tableau 2a. du point 2.1.2.1.1.* mentionne les interactions pharmacocinétiques et pharmacodynamiques avec les antagonistes de la vitamine K. Ce tableau se base principalement sur le *Stockley's drug Interactions* et le « *Standaard afhandeling VKA-interacties* » (rédigé par la Federatie van Nederlandse Trombosediensten, la Koninklijke Maatschappij ter bevordering der Pharmacie et le Stichting Health Base).

Les tableaux CYP et P-gp sont réalisés selon une méthodologie standardisée.

- **Les substrats dans les tableaux:**
 - **CYP:** seuls les substrats cités dans la dernière édition d'au moins une des sources suivantes sont repris: (1) les tableaux du *Stockley's Drug Interactions* et (2), *Drug Interactions Flockhart Table™*.
 - **P-gp:** seuls les substrats cités dans la dernière édition d'au moins une des sources suivantes sont repris: (1) les tableaux du *Stockley's Drug Interactions* et (2), le tableau dans le *Top 100 Drug Interactions*.
 - Pour les nouveaux médicaments (portant le symbole ▼) et pour les médicaments spécifiques au marché belge, nos informations sont basées sur le RCP; les interactions mentionnées dans le RCP ne sont reprises que s'il existe des données provenant d'études *in vivo*, et non sur la base de données provenant d'études *in vitro*.
- **Les inhibiteurs et inducteurs dans les tableaux:**
 - **CYP:** seuls les inhibiteurs et les inducteurs cités dans la dernière édition d'au moins deux des sources suivantes sont repris: (1) les tableaux du *Stockley's Drug Interactions*, (2) le tableau dans le *Commentaren Medicatiebewaking*, et (3) *Drug Interactions Flockhart Table™*.
 - **P-gp:** seuls les inhibiteurs et les inducteurs cités dans la dernière édition d'au moins deux des sources suivantes sont repris: (1) les tableaux du *Stockley's Drug Interactions*, (2) le tableau dans le *Commentaren Medicatiebewaking*, et (3) le tableau dans le *The Top 100 Drug Interactions*.
 - Pour les nouveaux médicaments (portant le symbole ▼) et pour les médicaments spécifiques au marché belge, nos informations sont basées sur le RCP ; les interactions mentionnées dans le RCP ne sont reprises que s'il existe des données provenant d'études *in vivo*, et non sur la base de données provenant d'études *in vitro*.
- Lorsque la spécialité n'est plus marquée par le symbole ▼ (généralement 5 ans après sa commercialisation), nous évaluons l'information de son RCP en fonction des tableaux dans nos sources (voir plus haut) et des informations du *Stockley's Drug Interactions* et des *Commentaren Medicatiebewaking*. Si l'interaction n'est pas mentionnée dans ces tableaux, mais qu'il existe des arguments provenant d'études *in vivo* ou d'études de pharmacovigilance, la rédaction peut décider de continuer à mentionner l'interaction à titre exceptionnel.
- Les substrats, les inhibiteurs et les inducteurs susceptibles de provoquer les interactions les plus pertinentes sur le plan clinique sont **indiqués en gras**. Cela ne signifie pas que les médicaments qui ne sont pas indiqués en gras ne peuvent pas provoquer des interactions significatives.
 - Les **substrats indiqués en gras** concernent une sélection de médicaments qui peuvent provoquer des effets indésirables graves lorsque leurs concentrations varient légèrement suite à l'utilisation concomitante d'un inhibiteur: voir *Intro.6.2.* pour les médicaments concernés.



- Les **inhibiteurs et les inducteurs CYP/P-gp indiqués en gras** sont les médicaments qui sont mentionnés dans au moins deux de nos sources comme des inhibiteurs ou inducteurs “puissants”.
- Dans les tableaux des interactions, les prodrogues sont signalées par le mot “prodrogue” entre parenthèses. Les prodrogues sont des médicaments qui doivent être métabolisés en un métabolite actif pour exercer leur effet. Dans le cadre des interactions avec le système cytochrome P450 (CYP) par exemple, cela signifie qu’un inducteur enzymatique entraîne une augmentation de la transformation en métabolite actif (d’où potentiellement plus d’effets indésirables), et qu’un inhibiteur enzymatique entraîne une diminution de la transformation en métabolite actif (d’où potentiellement une réponse réduite). Des exemples de prodrogues largement utilisées sont: le clopidogrel, la codéine, le tamoxifène et le prasugrel.

Malgré notre méthodologie standardisée, la décision de mentionner tel ou tel substrat, inducteur ou inhibiteur reste difficile. Les preuves concernant la pertinence clinique des interactions font souvent défaut et il existe parfois des divergences importantes entre les différentes sources.

Ce n’est pas parce qu’une interaction n’est pas mentionnée dans le Répertoire que tout risque d’interaction peut être exclu.

Intro 2.9. Rubrique “Précautions particulières”

- Dans cette rubrique, nous attirons l’attention, le cas échéant, sur des groupes de patients spécifiques, p.ex. les patients présentant des troubles rénaux (*voir Intro.6.1.2.*) ou des troubles hépatiques (*voir Intro.6.1.3.*). On y mentionne également les mesures spécifiques à prendre dans l’intérêt du patient, telles que les contrôles sanguins ou les paramètres cliniques à surveiller. Il n’est pas toujours évident de déterminer si un problème doit être mentionné dans cette rubrique ou plutôt dans la rubrique “Contre-indications”.

- Une attention particulière est également accordée dans cette rubrique aux précautions à observer chez les enfants et les patients âgés.

- Lorsque le RCP recommande une réduction de la dose ou formule une contre-indication en cas d’insuffisance rénale, ceci est signalé dans ce Répertoire au niveau des spécialités. Pour plus d’infos, *voir Intro.2.4.*

Intro 2.10. Rubrique “Posologie” ou “Administration et posologie”

Sauf mention contraire, les posologies reprises dans le Répertoire sont celles pour un adulte sans atteinte manifeste de la fonction rénale ou hépatique, et en l’absence d’interactions importantes.

Il s’agit souvent de la posologie qui figure dans le RCP. Cette posologie est toutefois évaluée en fonction des données de la littérature ou de la dernière édition de l’ouvrage de référence Martindale, ce qui explique les divergences qui peuvent parfois exister entre la posologie reprise dans le Répertoire et celle du RCP.

La sensibilité des organes cibles et le devenir du médicament dans l’organisme peuvent varier considérablement d’un sujet à l’autre: les posologies mentionnées sont donc des posologies moyennes qui doivent souvent être adaptées en fonction des caractéristiques du patient. *Voir Intro.6.1.* pour quelques conseils généraux sur l’adaptation de la posologie en fonction de l’âge, de certains états pathologiques, de prédispositions génétiques, et sur le monitoring des concentrations plasmatiques.

On ne mentionne pas la posologie des spécialités réservées à l’usage hospitalier ou à un usage spécialisé. La posologie n’est pas non plus mentionnée pour les médicaments dont le rapport bénéfice/risque est nettement défavorable. Ces médicaments sont signalés dans la rubrique “Positionnement” arguments à l’appui. Parfois la mention suivante est également ajoutée au niveau de la posologie: “*Posol* – (rapport bénéfice/risque défavorable, voir rubrique “Positionnement”.

Lorsque cette rubrique fournit également des informations sur le mode et/ou le moment d’administration, elle est intitulée “Administration et posologie”.



Intro 2.11. Les spécialités

Intro 2.11.1. Quelles sont les spécialités, les dispositifs médicaux et les préparations magistrales répertoriés ?

Seuls les produits **autorisés ("enregistrés") en tant que médicaments et commercialisés en Belgique** sont inclus dans le Répertoire. Ces données sont extraites de la "Source Authentique des Médicaments" (SAM, via le *SAM viewer*). Les produits homéopathiques autorisés et commercialisés en Belgique (source: SAM) sont repris dans le chapitre "Médicaments divers": voir 20.3.

Les **dispositifs médicaux** suivants sont également repris: (1) les pansements actifs pour lesquels l'INAMI prévoit une intervention dans le cadre des plaies chroniques et, (2) les dispositifs intra-utérins (DIU) à base de cuivre.

En officine, on trouve aussi des produits qui ne sont pas enregistrés comme médicaments, tels que des compléments alimentaires et des produits cosmétiques, mais qui ressemblent parfois à des médicaments; ces produits ne sont pas repris dans ce Répertoire. Voir *Minerva 2021;20:66-8* pour lire la discussion sur les plantes sous forme de médicaments et de compléments alimentaires.

Les **préparations magistrales** ne sont mentionnées dans le Répertoire que lorsqu'il n'existe pas d'alternative adéquate sous forme de spécialité. Le *Formulaire Thérapeutique Magistral (FTM)* est généralement utilisé comme référence lorsqu'une préparation magistrale est proposée dans ce Répertoire. Le *FTM* est édité par l'AFMPS (voir le *site web de l'AFMPS* pour plus d'infos) et reprend des préparations magistrales validées en termes de préparation et de stabilité. Le *FTM* peut être consulté *en ligne* ou *en format PDF*.

Intro 2.11.2. Mise à jour des informations sur les spécialités

Sur notre site web, les informations sur les spécialités sont mises à jour **au moins trois fois par mois**.

Sur la page Mises à jour médicaments (sous le menu Publications) s'affichent par mois:

- Les nouveautés médicaments: nouveaux principes actifs et changements qui présentent un intérêt pour la médecine générale, concernant: les nouvelles indications, les remboursements, les arrêts de commercialisation et les indisponibilités critiques. Ces informations sont également reprises dans les Folia sous la rubrique "Nouveautés médicaments".
- En format PDF, les principaux changements concernant les spécialités figurant dans le Répertoire.

Note:

- Si vous recherchez une **spécialité récemment commercialisée qui n'a pas encore été positionnée dans le Répertoire**, vous serez redirigé-e vers une page temporaire où vous pourrez consulter les informations concernant la composition, la forme pharmaceutique, le dosage, le prix, le cadre légal et les modalités de remboursement ainsi que le RCP et la notice, de la manière habituelle.
- Pour plus d'informations sur les médicaments indisponibles dans le Répertoire, voir *Intro.2.11.14.*

Intro 2.11.3. Le nom de spécialité

Comme **nom de spécialité**, le Répertoire mentionne la dénomination du médicament, sans ajouter le dosage ou la forme pharmaceutique. Des termes tels que "Retard" et "Forte" sont mentionnés au niveau des formes pharmaceutiques lorsqu'ils font partie de la dénomination officielle du médicament.

Intro 2.11.4. Affichage des spécialités "Par groupe", tableaux comparatifs des prix et codes

- Lorsque vous affichez les spécialités "**par groupe**" (cliquer sur le symbole au niveau du conditionnement), les spécialités sont classées par **groupe DCI** (DCI = dénomination commune internationale). Un groupe DCI comprend les spécialités qui contiennent un même principe actif (ou même combinaison de principes actifs), au même dosage, sous une forme pharmaceutique similaire et pour la même voie d'administration. Le cas échéant, nous précisons dans la barre gris foncé du groupe DCI l'indication (exemple: acide acétylsalicylique, bupropione), la fréquence d'administration (exemple: estradiol transdermique), le dosage (exemple: vaccins influenza) ou la composition (exemple: vaccins antipneumococciques).



- **Par groupe DCI**, un **tableau comparatif des prix des spécialités** peut être consulté.
 - **En passant le curseur sur le nom de spécialité**, on obtient des informations sur le numéro CTI-extended, le code CNK et le code ATC, et on peut voir s'il s'agit d'un "grand conditionnement" ou si la spécialité est soumise à la tarification par unité pour les patients résidant en MRS (*voir aussi Intro.5.*). Pour plus d'informations sur les notions de CTI-extended, CNK et code ATC, voir le *glossaire sur pharmastatut.be*.
 - La mention "**no switch**" signifie qu'il est préférable d'éviter de passer d'une spécialité à une autre **en cours de traitement** (p.ex. dans le cas de médicaments à marge thérapeutique-toxique étroite, *voir Intro.6.2.*). La mention "**no DCI**" signifie qu'il est déconseillé de prescrire le médicament en DCI (comme p.ex. la contraception multiphasique). En survolant les mentions avec le curseur, on obtient plus d'informations sur la justification de la mention. Concernant la prescription en DCI, *voir Intro.3.*
 - Les données suivantes sont affichées en colonnes:
 - "**prix**": le prix public complet du conditionnement ou le prix ex-usine + 6% pour les spécialités U.H.
 - "**ticket modérateur**": ticket modérateur pour les personnes bénéficiant d'une intervention régulière. En cliquant sur les flèches en rectangle (), vous affichez le ticket modérateur pour les bénéficiaires d'une intervention majorée.
 - "**index public**": il s'agit du rapport entre le prix public par unité (p.ex. par comprimé) d'une spécialité et le prix public par unité de la spécialité la moins chère du groupe. L'index est donc égal à 1 pour la spécialité la moins chère. En cliquant sur les flèches en rectangle (), vous affichez le "**prix unitaire public**", qui est le prix (en centimes d'euro) par unité.
 - "**index ticket modérateur**": il s'agit du rapport entre le ticket modérateur par unité (p.ex. par comprimé) d'une spécialité et le ticket modérateur par unité de la spécialité la moins chère du groupe. L'index est donc égal à 1 pour la spécialité la moins chère. En cliquant sur les flèches en rectangle (), vous affichez le "**prix unitaire ticket modérateur**", c'est-à-dire le ticket modérateur (en centimes d'euro) par unité.
 - Dans les **environnements de délivrance "ambulatoire", "hôpital" et "MRPA/MRS"** s'affiche aussi le **prix par unité de tarification** correspondant à l'environnement de délivrance sélectionné.

Intro 2.11.5. Le nom de firme

Le **nom de firme** est celui de la firme titulaire de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), qui est responsable de l'information. Le nom de firme est toujours mentionné entre parenthèses à côté du nom de spécialité. Lorsqu'il s'agit d'une firme étrangère, c'est le nom du distributeur belge ou du représentant local qui est mentionné. S'il n'y a pas de point de contact en Belgique, c'est la firme étrangère qui est mentionnée.

Lorsqu'il s'agit d'une importation parallèle ou d'une distribution parallèle (*voir Intro.2.11.9.*), le nom de la firme responsable de l'importation ou de la distribution est mentionné.

Intro 2.11.6. La composition en principes actifs, le dosage et les excipients à effet notable

La **composition en principes actifs** est indiquée pour chaque spécialité. La version française de la Dénomination Commune Internationale (DCI, *International Non-Proprietary Name* ou INN) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est utilisée lorsque celle-ci est disponible.

Le **dosage du médicament** est la quantité de principe actif par unité. Une molécule peut être disponible sous forme de sel, d'ester ou d'un autre dérivé. Pour pouvoir comparer correctement les dosages et les posologies des spécialités contenant le même principe actif, nous mentionnons dans le Répertoire le principe actif **et** le sel/ester:

- Lorsque le dosage mentionné du médicament (la quantité de principe actif par unité) se rapporte à la molécule entière (p.ex. sel ou ester), la partie ajoutée est mentionnée dans le Répertoire après une virgule, p.ex. "morphine, sulfate".
- Lorsque le dosage mentionné du médicament se rapporte uniquement à la composante active de la molécule, la partie ajoutée est mentionnée dans le Répertoire entre parenthèses, p.ex. "naloxone



(chlorhydrate)”.

Les **excipients à effet notoire** sont des excipients dont la présence peut nécessiter des précautions d'emploi pour certaines catégories particulières de patients (voir le *site web de l'AFMPS*, le *site web de l'EMA* et la *liste de l'EMA des excipients à effet notoire* pour plus de détails). Il s'agit notamment de certains colorants ou agents conservateurs, de l'éthanol, de l'aspartame et du gluten. Lors du passage d'une spécialité à une autre (voir *Intro.3.*), il est utile de contrôler la présence de colorants ou de conservateurs en cas de prescription à des patients ayant des antécédents d'allergie, la présence d'aspartame chez les patients atteints de phénylcétonurie, la présence de fructose, de saccharose et/ou de sorbitol chez les patients atteints d'une intolérance héréditaire au fructose, ou la présence de gluten chez les patients atteints d'une maladie cœliaque.

Les excipients sont toujours mentionnés dans le RCP. Dans le Répertoire, les excipients allergisants contenus dans les vaccins et les agents conservateurs contenus dans les médicaments ophtalmologiques sont mentionnés au niveau des spécialités, et mis à jour annuellement. Pour les préparations effervescentes, les rubriques "Précautions particulières" signalent la présence de sodium et les problèmes que la teneur en sodium peut éventuellement poser chez les patients sous régime hyposodé strict. Voir *Folia de mai 2023*, concernant le signal d'une augmentation des maladies cardiovasculaires et de la mortalité lors de l'utilisation prolongée de médicaments à haute teneur en sodium.

Intro 2.11.7. Les voies d'administration et les formes pharmaceutiques

Les voies d'administration et les formes pharmaceutiques sont mentionnées en fonction des données provenant du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). Nous utilisons les termes normalisés de l'EDQM (*European Directory for the Quality of Medicines & Healthcare*) ou des termes dérivés. Les termes normalisés et leur définition peuvent être consultés sur <https://standardterms.edqm.eu/stw/default/index>.

Un certain nombre de termes utilisés dans le Répertoire sont expliqués ci-dessous (voir aussi la liste des abréviations dans *Intro.2.13.*).

- **Concernant la sécabilité des comprimés:**
 - Les **comprimés sécables quantitativement (séc. quantit.)** présentent une ligne de sécabilité permettant de diviser les comprimés en doses égales.
 - Les **comprimés sécables non quantitativement (séc. non quantit.)** présentent une ligne de sécabilité permettant de diviser les comprimés uniquement pour faciliter la prise. Dans ce cas, l'étude de sécabilité n'a pas été effectuée ou n'a pas pu montrer que la dose pouvait être divisée avec exactitude.
 - Lorsque nous reprenons uniquement la mention (**séc.**), cela signifie que les comprimés présentent une ligne de sécabilité mais que sa fonction n'est pas décrite dans le RCP ou la notice et que la firme ne nous a pas (encore) transmis l'information à ce sujet.
 - Il existe sur le marché des dispositifs (coupe-comprimés) facilitant la division des comprimés.
- Les **comprimés dispersibles (disp.) et solubles (sol.)** se désagrègent dans l'eau en formant respectivement une suspension ou une solution. Toutefois, dans la plupart des cas, ces comprimés peuvent aussi être simplement avalés, contrairement aux *comprimés effervescents* (compr. efferv.) qui doivent toujours être dissous dans de l'eau.
- Les **comprimés orodispersibles (orodisp.)** se dissolvent rapidement dans la bouche sous l'action de la salive, et sont ensuite avalés. Cela correspond aux termes tels que "instant", "comprimé fondant" etc., parfois utilisés par les firmes.
- Les *voies buccale, sublinguale, gingivale et oromuqueuse* :
 - L'administration par voie *buccale* (bucc.) vise un effet systémique, l'administration se faisant dans la cavité buccale entre les gencives et la joue.
 - L'administration par voie *sublinguale* (subling.) vise un effet systémique, l'administration se faisant sous la langue.
 - L'administration par voie *gingivale* (gingiv.) vise un effet local, l'administration se faisant au niveau des gencives.
 - L'administration par voie *oromuqueuse* (oromuq.) vise un effet local ou systémique, l'administration se



faisant au niveau de la muqueuse buccale. Le terme *oromuqueux* est uniquement utilisé lorsque des termes plus spécifiques (tels que sublingual, gingival, buccal) ne sont pas d'application et qu'il ne s'agit pas d'une administration orale classique (avec déglutition).

- Les **comprimés pelliculés (compr. pellic.)** et **enrobés (compr. enr.)** sont des comprimés sans libération modifiée dont l'enrobage facilite la déglutition. Les comprimés pelliculés sont couverts d'une mince pellicule de film polymérique, les comprimés enrobés ont un enrobage plus épais constitué de sucre ou de cire. Ne pas confondre ces termes avec le terme *gastro-résistant (gastro-résist.)* qui est utilisé pour désigner les formes galéniques qui empêchent la libération du principe actif dans l'estomac et sa dégradation par les sucs gastriques; la libération du principe actif des comprimés gastro-résistants est retardée et se fait dans l'intestin grêle.
- Les termes de *libération prolongée (lib. prol.)* et *libération modifiée (lib. modif.)* sont des spécifications de certaines formes pharmaceutiques (entre autres des formes orales solides, des collyres et des formes injectables). Ces termes sont utilisés pour indiquer la *libération modifiée* du principe actif. Le Répertoire reprend les termes qui sont utilisés dans les RCP. Le terme de *libération prolongée* signifie, selon la définition EDQM, que le principe actif est libéré plus lentement que d'habitude. Le terme de libération modifiée est un terme plus général utilisé pour signaler une modification dans la vitesse, le lieu ou le moment de la libération du principe actif; ce terme n'est utilisé que lorsque les termes plus spécifiques de *gastro-résistant* ou de *libération prolongée* ne sont pas d'application.
- En ce qui concerne les **dispositifs transdermiques**: il est important de suivre correctement les modalités pratiques telles que décrites dans le RCP. Des effets indésirables graves ont été rapportés suite à un usage inapproprié avec les patchs d'opioïdes par exemple (*voir Répertoire 8.3. > Précautions particulières*). Sauf mention contraire dans le RCP, les patchs ne doivent pas être découpés dans le but de réduire la dose. Le découpage peut altérer le système de contrôle de libération du médicament et provoquer un sur- ou sous-dosage. Les **patchs de type réservoir** ne doivent jamais être découpés. Pour les **patchs matriciels** actuels (tous les patchs de fentanyl et de buprénorphine en Belgique), le découpage ne pose probablement aucun problème, mais des incertitudes subsistent à ce sujet, et cela reste un usage "off-label". En cas de dommage, ils ne peuvent pas être appliqués. *Voir aussi Folia de septembre 2012 et Folia de décembre 2019.*

Intro 2.11.8. Mentions "stupéfiant" et "assimilé aux stupéfiants"

La mention "**stupéfiant**" est utilisée pour désigner les spécialités soumises à la réglementation des stupéfiants. La mention "**assimilé aux stupéfiants**" est utilisée lorsqu'une réglementation similaire à celle des stupéfiants est en vigueur.

Pour les spécialités portant la mention « stupéfiant » ou « assimilé aux stupéfiants », le dosage et le volume ou le nombre d'unités d'utilisation doivent être écrits en toutes lettres sur la prescription non électronique. Cette obligation ne vaut pas en cas de prescription électronique.

Intro 2.11.9. Mentions "importation parallèle" et "distribution parallèle"

Un certain nombre de médicaments est distribué en Belgique sous la même dénomination par des firmes différentes. Cette pratique est autorisée en raison du principe de libre circulation des marchandises au niveau européen. Les mentions "**importation parallèle**" (*voir site web de l'AFMPS*) et "**distribution parallèle**" (*voir site web de l'EMA*) sont reprises au niveau de ces spécialités.

La distinction entre l'importation parallèle et la distribution parallèle réside uniquement dans la procédure appliquée pour l'octroi de l'autorisation de mise sur le marché (AMM):

- pour les importations parallèles: une autorisation nationale délivrée par l'autorité compétente du pays d'origine;
- pour la distribution parallèle: une autorisation européenne délivrée par la Commission européenne.

Intro 2.11.10. Mention "médicament orphelin"

"**Médicament orphelin**" signifie qu'il s'agit d'un médicament ayant reçu le statut de médicament orphelin par



l'EMA (voir *site web de la Commission européenne* pour leur liste mise à jour).

Le statut de "médicament orphelin" peut être accordé lorsque le médicament est utilisé dans le cadre d'une maladie grave et rare, telle que définie par l'EMA.




Les médicaments orphelins ont une procédure d'enregistrement spécifique qui comporte un certain nombre d'incitants pour les entreprises, afin de stimuler le développement de médicaments pour des maladies rares [voir *Folia d'octobre 2007* et *site web de l'EMA*].

Il existe aussi des médicaments qui ont obtenu le statut de médicament orphelin auprès des autorités belges. Ces médicaments sont également mentionnés sur le site web du CBIP.

La plupart des médicaments orphelins sont remboursés en Belgique selon le chapitre IV ou VIII (contrôle *a priori*, voir *Intro.5*).

Intro 2.11.11. Dopage dans le sport

Dans le cadre du **dopage** dans le sport, la liste de l'AMA (Agence Mondiale Antidopage; www.wada-ama.org) reprend les substances et les méthodes interdites. Cette liste est mise à jour chaque année. Dans le Répertoire, deux symboles sont utilisés en ce qui concerne les médicaments et le dopage.

- Le symbole  est utilisé pour (1) les spécialités qui sont toujours interdites (que ce soit dans le cadre ou non d'une compétition, et ce dans tous les sports), (2) les spécialités qui ne sont interdites que dans le cadre d'une compétition, et (3) les spécialités qui ne sont interdites que dans certains sports.
 - Les sportifs d'élite sont tenus de demander de manière proactive une "Autorisation d'Usage à des fins Thérapeutiques" (AUT) lorsqu'ils doivent utiliser un tel médicament pour des raisons médicales.
 - Les sportifs qui ne sont pas des sportifs d'élite peuvent soumettre préalablement une demande d'AUT, ainsi qu'après un contrôle antidopage (rétroactivement), mais si la demande est refusée, une procédure disciplinaire peut être ouverte.
 - Passer le curseur sur les symboles de dopage pour afficher plus de détails.
- Le symbole  est utilisé pour (1) les spécialités à base de codéine ou d'éthylmorphine (qui peuvent entraîner un contrôle positif pour la morphine), (2) les spécialités à base de corticostéroïdes qui ne sont pas administrées par voie orale, injectable ou rectale, (3) les spécialités à base d'adrénaline en association à des anesthésiques et (4) les spécialités à base de salbutamol, salmétérol, formotérol et vilantérol administrés par inhalation. Ces médicaments avec le symbole  ne sont pas interdits, mais peuvent toutefois donner un résultat positif au contrôle antidopage. Leur utilisation doit être signalée au médecin contrôleur.
- En cas de contrôle antidopage, il est recommandé aux sportifs de noter systématiquement sur le formulaire de contrôle antidopage tous les médicaments et compléments alimentaires qu'ils ont pris durant les 7 jours précédant le contrôle.
- Pour plus de détails, nous renvoyons aux sites Web antidopage de la Communauté française (www.dopage.be) et de la Communauté flamande (www.dopingvrij.vlaanderen.be).

Intro 2.11.12. Broyer les comprimés et ouvrir les gélules

Chez les patients alimentés par sonde et les patients qui présentent des problèmes de déglutition, il peut être nécessaire de **broyer les médicaments**. Ceci peut toutefois influencer la biodisponibilité du médicament. C'est pourquoi les médicaments à libération prolongée, par exemple, ne doivent pas être broyés: la quantité totale du médicament serait ainsi libérée en une seule fois (phénomène de *dose dumping*), exposant à un risque accru d'effets indésirables, en particulier dans le cas des médicaments à marge thérapeutique-toxique étroite.

Des informations plus détaillées sur les problèmes pouvant survenir à cette occasion peuvent parfois être trouvées dans le RCP.

Des conseils pratiques par produit sont proposés sur <https://vza.be/bibliotheek-pletmedicatie/pletfiches> (en néerlandais, initiative de la *Vlaamse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers*), sous forme de fiches appelées «






pletfiches » (pletten = broyer/écraser).

Dans les « pletfiches » concernant les spécialités commercialisées sous forme de gélules, il est **précisé si la gélule peut être ouverte** et si son contenu peut être broyé. Pour réaliser certaines préparations magistrales, il est parfois nécessaire d'ouvrir une gélule et d'en redistribuer le contenu, par exemple dans le cadre d'un sevrage progressif. En particulier pour les gélules qui contiennent des microgranules (par exemple, les gélules de venlafaxine à libération prolongée), cet acte reste risqué (compter les granules, les garder intactes) et exige des précautions supplémentaires (*voir aussi Folia de janvier 2024 sur l'arrêt progressif des antidépresseurs*).

Voir aussi « *Problematiek pletmedicatie* » sur le site web de la Vlaamse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers.

Intro 2.11.13. Consulter le RCP ou la notice


Le **Résumé des Caractéristiques du Produit** (RCP, ancienne "notice scientifique") et la **notice pour le public** peuvent être consultés via notre site web.

- Pour les **médicaments autorisés selon la « procédure centralisée »**, une "grande gélule bleue" () s'affiche au niveau de la spécialité : en cliquant dessus, vous accédez au RCP et à la notice pour le public, regroupés dans un seul document. Les *médicaments autorisés selon la « procédure centralisée »* sont ceux dont l'autorisation de mise sur le marché (AMM) a été délivrée par l'EMA. **Attention !** Pour de nombreuses spécialités, ce document unique contient, l'un après l'autre, les RCP de différents dosages ou de différentes formes pharmaceutiques. C'est la même chose pour les notices destinées au public, qui se trouvent tout en bas du document. Les différents dosages/formes pharmaceutiques n'ont pas nécessairement les mêmes indications ni le même groupe cible. Il est également possible que certains dosages/formes pharmaceutiques mentionnés dans le document ne soient pas commercialisés en Belgique.
- Pour **tous les autres médicaments** deux symboles s'affichent au niveau de la spécialité: une "grande gélule bleue" () et une "petite gélule bleue" (), qui permettent d'accéder respectivement au RCP et à la notice pour le public. Il s'agit des *médicaments autorisés selon la procédure nationale* (AFMPS) et les *médicaments autorisés selon la procédure décentralisée ou la procédure de reconnaissance mutuelle* (EMA).

L'accès aux RCP et aux notices pour le public est rendu possible grâce à une collaboration avec l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS).

Intro 2.11.14. Médicaments indisponibles

Pour plus de détails, voir aussi l'article « **Médicaments indisponibles: quelles infos pouvez-vous trouver sur le site web du CBIP ?** » dans les *Folia d'octobre 2025*. Voici un récapitulatif des points essentiels.

- Pour les informations relatives à l'indisponibilité ou à l'arrêt de commercialisation d'une spécialité pharmaceutique ou d'un de ses conditionnements, le CBIP se base sur les données de l'**AFMPS**.
- **Médicaments temporairement indisponibles (c'est-à-dire pour une durée présumée de 14 jours ou plus)**: sur notre site web, les conditionnements pour lesquels le titulaire d'AMM a signalé une « indisponibilité temporaire » à l'AFMPS sont affichés en grisé et indiqués par le symbole . En survolant ce symbole avec votre curseur, vous faites apparaître une fenêtre contextuelle reprenant les informations suivantes (source: AFMPS):
 - la date du début de l'indisponibilité,
 - la date de retour probable,
 - le motif de l'indisponibilité, et
 - soit l'impact dans la pratique (des conditionnements alternatifs peuvent par exemple être signalés s'ils sont disponibles), soit, le cas échéant, des informations supplémentaires : il peut par exemple être indiqué si le médicament est remboursé après importation (*voir Intro.2.11.15.*) ou quelles sont les recommandations de la Task Force.
- **Médicaments définitivement indisponibles**: pour les conditionnements ou les spécialités définitivement



retirés du marché, les informations restent disponibles dans le Répertoire pendant au moins 1 an. Pour toute information concernant un médicament arrêté depuis plus d'un an, vous pouvez consulter les *archives des versions PDF du Répertoire*.

- Les arrêts et indisponibilités temporaires de commercialisation **ayant un impact important** (aucune alternative disponible) sont signalés sur la page "Mises à jour médicaments" (sous le menu Publications sur la page d'accueil) et dans la rubrique "Nouveautés médicaments" des Folia.
- Un médicament qui n'est pas ou plus disponible sur le marché belge ou temporairement indisponible, peut être importé de l'étranger (*voir Intro.2.11.15.*).
- Le pharmacien est autorisé à substituer un médicament temporairement indisponible (symbole ⌚ sur notre site web) sans devoir contacter préalablement le médecin, sauf si le médicament porte la mention « no DCI » ou « no switch » (*voir « Substitution » dans Intro.3.*).

Intro 2.11.15. Importation de médicaments indisponibles en Belgique

Un médicament peut être importé lorsqu'il n'est pas (ou plus) disponible sur le marché belge ou en cas d'indisponibilité temporaire, et lorsque que la firme ne bénéficie pas d'une dérogation (*voir ci-dessous*), sauf si le médicament a été suspendu ou interdit pour des raisons de santé publique.

L'importation peut être réalisée par le pharmacien, par la firme ou par un grossiste.

Intro 2.11.15.1. Importation par le pharmacien

Un médicament peut être importé par le pharmacien, moyennant des procédures spécifiques à suivre par le médecin et par le pharmacien.

- **Procédure pour le médecin**
 - Le prescripteur doit rédiger une **prescription au nom du patient** et déclarer que le patient ne peut pas être traité de manière adéquate avec les médicaments autorisés en Belgique. Cette déclaration doit être faite dans un document prévu à cet effet: la *déclaration du médecin*. Pour plus de détails, *voir Folia d'octobre 2025*.
- **Procédure pour le pharmacien**
 - Le pharmacien ne peut délivrer une spécialité en provenance de l'étranger (qui est autorisée dans le pays d'origine) que s'il dispose de la prescription et de la déclaration du médecin. La déclaration du médecin doit être conservée pendant dix ans. Pour plus de détails, *voir Folia d'octobre 2025*.

Dans certains cas, la spécialité importée peut être remboursée, sur la base de l'AR « Compensation » (*voir Intro.2.11.15.3.*).

Intro 2.11.15.2. Importation par la firme ou par un grossiste

- **Importation par la firme:**
 - En cas d'indisponibilité temporaire « critique » d'un médicament autorisé en Belgique, l'AFMPS peut accorder à la firme (titulaire de l'AMM) une « dérogation » dans le but d'importer ce même médicament de l'étranger et de le commercialiser. Les médicaments pour lesquels la firme a obtenu une dérogation ne sont pas indiqués comme indisponibles dans le Répertoire, mais sont accompagnés du symbole II au niveau du conditionnement.
 - Le médecin rédige sa prescription comme d'habitude.
 - Si une dérogation est accordée à la firme par l'AFMPS, le prix et les modalités de remboursement de la spécialité belge indisponible restent d'application pour le produit importé. Les frais de transport sont toujours à charge de la firme.
 - Pour plus de détails, *voir Folia d'octobre 2025*.
- **Importation par un grossiste:**
 - Les grossistes peuvent, en cas d'indisponibilité temporaire "critique" et sous certaines conditions, importer et distribuer un médicament alternatif non autorisé en Belgique (application de l'AR "Special



Needs”, informations disponibles sur le *site web de l'AFMPS*). Les médicaments concernés ne sont pas indiqués comme indisponibles dans le Répertoire, mais portent le symbole **II** au niveau du conditionnement.

- Le médecin rédige sa prescription comme d'habitude, mais doit tenir compte du fait que le conditionnement de la spécialité importée peut être plus grand. Dans ce cas, le médecin doit rédiger une prescription adaptée à la taille du conditionnement importé.
- Dans certains cas, la spécialité importée peut être remboursée, sur la base de l'AR "Compensation" (voir *Intro.2.11.15.3.*).
- Pour plus de détails, voir *Folia d'octobre 2025*.

Intro 2.11.15.3. Prix et remboursement des médicaments importés par le pharmacien ou le grossiste

- Le plus souvent, un médicament importé par le pharmacien ou le grossiste depuis l'étranger coûte plus cher au patient (frais d'importation à charge du patient et absence de remboursement).
- **Depuis le 1er janvier 2025**, le patient paie uniquement le ticket modérateur pour certains médicaments importés de l'étranger (« **AR Compensation** »: plus d'informations sur le *site de l'INAMI*). Il s'agit de médicaments en indisponibilité temporaire désignée comme "critique" par l'AFMPS **ET** pour lesquels les conditionnements importés sont remboursés par l'INAMI. Sur notre site, vous pouvez reconnaître ces médicaments à l'information suivante qui s'affiche en passant votre curseur sur les symboles **⌘** ou **II**: « *Une compensation du surcoût est possible après l'importation par ...* » + code CNK spécifique (important pour le pharmacien). Pour plus de détails, voir *Folia d'octobre 2025*
- **Note : l' « AR Compensation » ne doit pas être confondu avec le « Chapitre IVbis »** : le « Chapitre IVbis » regroupe les spécialités d'usage spécialisé qui ne sont pas autorisées en Belgique et pour lesquelles aucune alternative autorisée n'est disponible en Belgique. Les spécialités du chapitre IVbis sont remboursables après importation par le pharmacien. Le remboursement n'a lieu que sous certaines conditions, après accord du médecin-conseil de l'organisme assureur. Une version actuelle de cette liste peut être consultée sur le *site web de l'INAMI*. Pour plus de détails sur le chapitre IVbis, *cliquez ici*.

Intro 2.11.16. Mention du prix dans le Répertoire

Pour les médicaments à prix public, le Répertoire mentionne le prix public maximum fixé par le SPF Économie.

Pour les médicaments à usage hospitalier ("U.H.", ces médicaments n'ont pas de prix public), le Répertoire mentionne un *prix approximatif* par conditionnement. Il s'agit du "prix ex-usine" + 6 % de TVA. Afin d'attirer l'attention sur le fait que ce prix n'a qu'une valeur approximative, celui-ci est mentionné entre crochets et en italique. Le prix qui sera effectivement facturé au patient et à l'INAMI dépend de divers facteurs (p.ex. médicament inclus ou non dans le forfait). En mentionnant ce prix approximatif, le CBIP souhaite informer et sensibiliser le prescripteur et le pharmacien au sujet du coût parfois très élevé de certains médicaments à usage hospitalier.

Intro 2.11.17. Environnements de délivrance "publique", "hôpital", "ambulatoire" et "MRPA/MRS"

Dans la liste déroulante de la barre de navigation du Répertoire en haut à droite, on peut choisir entre 4 "environnements de délivrance":

- **"publique" (P)**: affiche les prix et les modalités de remboursement applicables dans les officines publiques. Pour les spécialités à U.H.*, seuls les plus petits conditionnements sont mentionnés. dans cet environnement et leurs conditions de remboursement ne peuvent pas être consultées.
- **"hôpital" (H)**: affiche les prix et les modalités de remboursement applicables aux patients hospitalisés. Pour les spécialités à U.H.*, tous les conditionnements sont mentionnés et les conditions de remboursement peuvent être consultées.
- **"ambulatoire" (A)**: affiche les prix et les modalités de remboursement dans le contexte des soins ambulatoires à l'hôpital. Pour les spécialités à U.H.*, tous les conditionnements sont mentionnés et les



conditions de remboursement peuvent être consultées.

- “MRPA/MRS” (R): affiche les prix et les modalités de remboursement applicables aux personnes âgées en maison de repos ou en maison de repos et de soins. Pour les spécialités à U.H.*, tous les conditionnements sont mentionnés.

*Concernant U.H., voir Intro.2.11.18..

Intro 2.11.18. Mention “U.H.” (usage hospitalier)

“U.H.” (usage hospitalier) indique que la spécialité n’a pas de prix public et est en principe utilisée uniquement en milieu hospitalier.

La plupart de ces médicaments sont uniquement délivrables par les pharmacies hospitalières. La mention U.H. ne signifie pas nécessairement que la spécialité ne peut pas être délivrée en pharmacie publique.

Quels conditionnements sont mentionnés sur notre site web pour les spécialités U.H.?

- Environnement de délivrance “publique”: seul le plus petit conditionnement est mentionné.
- Environnements de délivrance “hôpital”, “ambulatoire” ou “MRPA/MRS”: tous les conditionnements.

Comment consulter les conditions de remboursement des spécialités U.H. sur notre site web?

Sélectionnez l’environnement de délivrance “hôpital” ou “ambulatoire”.

Concernant les “environnements de délivrance”, voir Intro.2.11.17.

Intro 2.11.19. Catégories de remboursement et conditions de remboursement dans le Répertoire

Catégories de remboursement dans le Répertoire

Dans le Répertoire, la catégorie de remboursement est mentionnée en regard de chaque conditionnement remboursé.

- Il existe 7 catégories de remboursement pour les spécialités: A, B, C, Cs , Cx, Fa et Fb. Pour des raisons typographiques, des minuscules a, b, c sont utilisées dans les chapitres du Répertoire. Pour plus d’explications sur les catégories de remboursement, voir Intro.5.
- Pour les médicaments à usage hospitalier (“U.H.”), la catégorie de remboursement apparaît seulement dans les environnements de délivrance “hôpital” et “ambulatoire” (voir Intro.2.11.17).
- Les catégories de remboursement Fa et Fb ne sont utilisées qu’en milieu hospitalier pour l’instant et apparaissent seulement dans le Répertoire dans les environnements de délivrance “hôpital” et “ambulatoire” (voir Intro.2.11.17).

En pointant le curseur sur la catégorie de remboursement, vous pouvez afficher le ticket modérateur, voir si le remboursement est temporaire (art. 111) et si la spécialité est incluse dans le forfait hospitalier.

Dans le Répertoire, la lettre qui indique la catégorie de remboursement peut être:

- précédée du **signe ▶**: remboursement selon le chapitre IV ou VIII, c.-à-d. uniquement après autorisation du médecin-conseil de l’organisme assureur (contrôle *a priori*). **Note** : pour certaines spécialités marquées du symbole ▶, le remboursement est possible sans autorisation préalable (le « régime du tiers payant ») : pour ces spécialités, les critères de remboursement précisent ce que le médecin doit mentionner sur la prescription (par exemple, « Tiers payant applicable », « Trajet de soins Insuffisance rénale »...). Pour certaines spécialités, le tiers payant s’applique automatiquement, sauf si le médecin indique que le remboursement ne doit pas être effectué.
- suivi du **signe ◀**: remboursement selon le chapitre II, c.-à-d. sans autorisation préalable du médecin-conseil, mais avec possibilité d’un contrôle *a posteriori*. Pour les spécialités reprises au chapitre II, le tiers payant s’applique automatiquement, sauf si le médecin indique que le remboursement ne doit pas être effectué.
- remplacée ou précédée par la **lettre J** ou les **lettres aJ**, information importante pour les contraceptifs et la pilule d’urgence:
 - Pour les contraceptifs:
 - La lettre J signifie qu’une intervention spéciale (qui s’élève à maximum 3 euros par mois) est



prévue dans le prix pour les personnes de moins de 25 ans et, sans limite d'âge, pour les personnes bénéficiaires de "l'intervention majorée". Pour plus de détails, voir le *site web de l'INAMI*.

- Les lettres **al** signifient que le contraceptif est gratuit pour les personnes de moins de 25 ans, et, sans limite d'âge, pour les personnes bénéficiaires de "l'intervention majorée". Pour plus de détails, voir le *site web de l'INAMI*.
- Pour la pilule contraceptive d'urgence (auparavant appelée "pilule du lendemain"):
 - La lettre **J** signifie qu'il y a une intervention spéciale (qui s'élève à maximum 9 euros par boîte) pour toutes les personnes, sans limite d'âge. Pour plus de détails, voir le *site web de l'INAMI*.
 - Les lettres **al** signifient que la spécialité est gratuite pour toutes les personnes, sans limite d'âge. Pour plus de détails, voir le *site web de l'INAMI*.
- remplacée par la **lettre h ou ^h**: la spécialité n'est remboursée qu'en milieu hospitalier (patients hospitalisés ou en soins ambulatoires à l'hôpital).
- remplacée par ^{chr}, information importante pour les pansements actifs: cela signifie qu'il y a une intervention – sous conditions – de 20% dans le prix des pansements actifs dans le cadre du soin des plaies chroniques. Pour plus de détails, voir le *site web INAMI*.

Conditions de remboursement dans le Répertoire

- Les conditions de remboursement fixées par l'INAMI pour les médicaments remboursés selon le chapitre II, IV ou VIII peuvent être affichées en cliquant sur le symbole ► ou ◀. Sur le même écran se trouve un lien vers le ou les formulaires réglementaires de demande de remboursement, lorsque prévus par l'INAMI.
- Pour afficher les conditions de remboursement des médicaments U.H., sélectionnez l'environnement de délivrance "hôpital" ou "ambulatoire" (voir *Intro.2.11.17*).
- Note: la plupart des logiciels médicaux permettent d'introduire les demandes concernant le chapitre IV ou VIII sous format électronique via CIVARS ou via leur propre module intégré pour médecins; pour la plupart des spécialités pharmaceutiques uniquement remboursées en milieu hospitalier, la procédure de demande électronique est même obligatoire.

Intro 2.12. Symboles utilisés au niveau des spécialités dans le Répertoire

Les symboles suivants sont utilisés au niveau des spécialités dans le Répertoire.

Prescription (voir aussi *Intro.4*)

R Soumis à prescription

(R) Sur prescription ou "sur demande écrite du patient"

Remboursement

a, **b**, **c**, **cs**, **cx**, **Fa**, **Fb** : pour plus d'explications sur ces catégories de remboursement, voir *Intro.5*.

► Remboursement selon le chapitre IV ou VIII, c.-à-d. uniquement après autorisation du médecin-conseil de l'organisme assureur (contrôle *a priori*). **Note:** pour certaines spécialités marquées du symbole ►, le remboursement est possible sans autorisation préalable (le « régime du tiers payant ») (voir *Intro.2.11.19*).

◀ Remboursement selon le chapitre II, c.-à-d. sans autorisation préalable du médecin-conseil de l'organisme assureur, mais avec contrôle *a posteriori* (voir *Intro.2.11.19*).

J et **^aJ** Intervention spéciale de l'INAMI pour les contraceptifs et les pilules contraceptives d'urgence (voir *Intro.2.11.19*)

h et **^h** Uniquement remboursé en milieu hospitalier (patients hospitalisés ou en soins ambulatoires à l'hôpital) (voir *Intro.2.11.19*)



Remboursement temporaire (art. 111), reposant sur un accord entre la firme pharmaceutique et les autorités publiques. Le remboursement temporaire peut être accordé pour un maximum de 3 ans avec des prolongations possibles suite à des évaluations intermédiaires. Pour le patient, le fait qu'un médicament ne soit remboursé que temporairement n'a pas de conséquence directe, si ce n'est que le remboursement peut être interrompu.

^{Chr} Intervention de l'INAMI – sous conditions – dans le prix des pansements actifs dans le cadre des plaies chroniques (voir *site Web INAMI*).

€ Médicament remboursé ayant le statut “bon marché” (pour plus d'explications, voir *Intro.5*.)

€ Médicament remboursé n'ayant pas le statut “bon marché” (pour plus d'explications, voir *Intro.5*.)

Pharmacovigilance

▼ Médicament pour lequel une attention particulière est demandée en ce qui concerne les effets indésirables (pour plus d'explications, voir *Intro.6.2.1*.)

▼ Médicament pour lequel des “activités additionnelles de minimisation des risques” sont requises (pour plus d'explications, voir *Intro.6.2.1*.)

Dopage

Ⓛ Produit relevant de la liste AMA des substances interdites dans le sport (pour plus d'explications, voir *Intro.2.11.11*.)

Ⓛ Produit qui n'est pas interdit mais qui peut donner un résultat positif au contrôle antidopage (pour plus d'explications, voir *Intro.2.11.11*.)

Insuffisance rénale

🔴 Réduction de la dose ou contre-indication en cas d'insuffisance rénale sévère (pour plus d'explications, voir *Intro.2.4*.)

🔴 Réduction de la dose ou contre-indication déjà à partir d'une insuffisance rénale modérée (pour plus d'explications, voir *Intro.2.4*.)

🕒 Indisponibilité temporaire (pour plus d'explications, voir *Intro.2.11.14*.)

|| Importation par la firme (“dérogation”) ou le grossiste (voir *Intro.2.11.15*.)

RCP et notice

🔗 Lien vers le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP). Dans le cas des médicaments autorisés selon la procédure centralisée, ce document contient également la notice pour le public. Voir *Intro.2.11.13*.

🔗 Lien vers la notice pour le public (uniquement pour les médicaments autorisés selon la procédure nationale, la procédure décentralisée ou la procédure de reconnaissance mutuelle). Voir *Intro.2.11.13*.

Divers

Vers l'affichage “par groupe”/ comparaison des prix (voir *Intro.2.11.4*.)

80+ Sélection du Formulaire de Soins aux Personnes Âgées: pour plus d'explications concernant les médicaments pour personnes âgées (80+), voir <https://www.cbip.be/fr/olderadultsmeds>



Intro 2.13. Abréviations utilisées dans les publications du CBIP

Le CBIP utilise notamment les abréviations suivantes dans ses publications. Certains termes sont expliqués dans Intro.2.11.7.

alc. = alcoolique	i.ventr. = intraventriculaire
amp. = ampoule	i.vésic. = intravésical
anti-Xa = anti-facteur Xa	i.vitr. = intravitréen
applic. = applicateur	laryngophar. = laryngopharyngé
auric. = auriculaire	lib. = libération ou libéré
bucc. = buccal	liq. = liquide
buv. = buvable	m = mois
caps. = capsule	max. = maximum
cart. = cartouche	médic. = médicamenteux
compr. = comprimé	modif. = modifié
cons. = conservateur	(M)U(I) = (million) unité (internationale)
cut. = cutané	nas. = nasal
dent. = dentaire	nébul. = nébuliseur
disp. = dispersible	opht. = ophtalmique
dos. = dose	or. = oral
efferv. = effervescent	orodisp. = orodispersible
émuls. = émulsion	oromuq. = oromuqueux
endocerv. = endocervical	orophar. = oropharyngé
endotrach. = endotrachéobronchique	p.artic. = périarticulaire
enr. = enrobé	past. = pastille
épilés. = épilésionnel	pdr = poudre
éq. = équivalent	p.dural. = péridural
flac. = flacon	pellic. = pelliculé
FTM = Formulaire Thérapeutique Magistral	perf. = perfusion
gastr. = gastrique	p.j. = par jour
gastro-ent. = gastro-entéral	p.neur. = périneural
gastro-résist. = gastro-résistant	p.odont. = périodontal
gél. = gélule	Posol. = posologie
gingiv. = gingival	ppm = partie par million
glob. = globule	prép. = préparation
gran. = granulés	press. = pressurisé



gtts = <i>gouttes</i>	prol. = <i>prolongé</i>
i.artér. = <i>intra-artériel</i>	RCP = <i>Résumé des Caractéristiques du Produit</i>
i.artic. = <i>intra-articulaire</i>	récip. = <i>réceptif</i>
i.burs. = <i>intra-bursal</i>	rect. = <i>rectal</i>
i.camér. = <i>intra-camérulaire</i>	resp. = <i>respiration</i>
i.card. = <i>intracardiaque</i>	s.c. = <i>sous-cutané</i>
i.cavern. = <i>intracaverneux</i>	s.conj. = <i>sous-conjonctival</i>
i.cistern. = <i>intracisternal</i>	séc. = <i>sécable</i>
i.derm. = <i>intradermique</i>	sem. = <i>semaine</i>
i.gland. = <i>intraglandulaire</i>	mEq = <i>milliéquivalent</i>
i.lés. = <i>intra-lésionnel</i>	ser. = <i>seringue</i>
i.m. = <i>intramusculaire</i>	s.muq. = <i>sous-muqueux</i>
implant. = <i>implantation</i>	sol. = <i>solution ou soluble</i>
impr. = <i>imprégné</i>	solv. = <i>solvant</i>
infiltr. = <i>infiltration</i>	SQ-Bet = <i>unité spécifique pour l'extrait allergénique Itulazax®</i>
inhal. = <i>inhalation</i>	SQ-HDM = <i>unité spécifique pour l'extrait allergénique Acarizax®</i>
inj. = <i>injectable</i>	SQ-T = <i>unité spécifique pour l'extrait allergénique Grazax®</i>
instill. = <i>instillation</i>	SQ-U = <i>unité spécifique pour l'extrait allergénique Alutard SQ®</i>
i.ocul. = <i>intra-oculaire</i>	s.rétin. = <i>sous-rétinienne</i>
i.oss. = <i>intra-osseux</i>	subling. = <i>sublingual</i>
i.périt. = <i>intrapéritonéal</i>	supp. = <i>suppositoire</i>
i.pleur. = <i>intrapleural</i>	susp. = <i>suspension</i>
i.putam. = <i>intra-putaminal</i>	transderm. = <i>transdermique</i>
IR = <i>indice de réactivité</i>	TU = <i>unité de tuberculine</i>
irrig. = <i>irrigation</i>	U.H. = <i>usage hospitalier</i>
i.théc. = <i>intra-thécal</i>	UFC = <i>unité formant colonies</i>
i.tumor. = <i>intra-tumoral</i>	UIK = <i>unité inactivatrice de la kallidinogénase</i>
i.utér. = <i>intra-utérin</i>	urétr. = <i>urétral</i>
i.v. = <i>intraveineux</i>	UT = <i>unité de tarification (dans les tableaux comparatifs des prix)</i>
	vag. = <i>vaginal</i>



	vg = <i>génome de vecteur</i>

Intro 3. Médicaments génériques, biosimilaires, DCI et substitution

- Le terme “**médicament générique**” a un cadre légal bien défini en Belgique. Un médicament générique doit (1) contenir le même principe actif et le même dosage par unité que le médicament de référence (c.-à-d. être chimiquement équivalent), (2) avoir la même forme pharmaceutique et la même voie d’administration, et (3) avoir une biodisponibilité équivalente (c.-à-d. le même profil de concentration plasmatique en fonction du temps) que le médicament de référence (c.-à-d. être bioéquivalent). La bioéquivalence signifie en principe qu’il y a une équivalence thérapeutique. [Voir aussi *Folia d’avril 2012*].
- Un **médicament biosimilaire** est un médicament biologique dont « l’équivalence thérapeutique » avec le produit biologique de référence a été démontrée. L’approche classique, utilisée pour les médicaments génériques, qui consiste à démontrer l’équivalence thérapeutique par rapport au médicament de référence uniquement au moyen d’études de bioéquivalence, ne suffit pas pour les biosimilaires. La démonstration de l’équivalence **thérapeutique** entre un biosimilaire et son produit de référence repose sur des données cliniques supplémentaires, issues d’études comparatives directes, montrant l’équivalence des deux produits en termes de pharmacocinétique, pharmacodynamie, efficacité et sécurité. Les médicaments biologiques ayant généralement une structure plus complexe que les molécules de synthèse chimique, la structure du principe actif peut présenter une certaine variabilité. Les médicaments biosimilaires sont soumis aux mêmes exigences en matière de pharmacovigilance que les médicaments biologiques en général, avec une attention particulière à l’immunogénicité [voir *Folia d’avril 2014*].
- **Passage d’une spécialité à une autre** [voir *Folia d’avril 2012*]
 - Les spécialités originales et les génériques à base du même principe actif et qui ont le même dosage et la même forme galénique sont généralement interchangeables sans problèmes (passage d’une spécialité originale à un générique ou inversement, ou passage d’un générique à un autre générique). Le fait de passer d’une spécialité à une autre peut toutefois entraîner une certaine confusion chez les patients sous médication chronique, en raison par exemple du changement de dénomination, de couleur ou de goût. Lors du remplacement d’une spécialité par une autre, le médecin et le pharmacien ont un rôle important dans l’information et le suivi du patient pour s’assurer que celui-ci prenne correctement son traitement. Cela permet au patient de s’adapter à la nouvelle situation, et d’éviter qu’il ne prenne par exemple le même médicament deux fois sous des dénominations différentes.
 - **Dans certaines situations, il est préférable de ne pas passer d’une spécialité à une autre au cours d’un traitement chronique, ou de le faire très prudemment.** Cette approche est conseillée par l’AFMPS pour les médicaments suivants: médicament à marge thérapeutique-toxique étroite (voir *Intro.6.2*), médicaments oncologiques, antiépileptiques, systèmes transdermiques, produits à usage local, médicaments pour inhalation, contraceptifs oraux, méasalazine [voir https://www.afmps.be/sites/default/files/NOTE_DCI_2023_DEF.pdf (07/07/2023)]. Ces spécialités sont signalées par la mention “NO SWITCH” au niveau du groupe.
 - **Certains excipients (p.ex. certains colorants ou agents conservateurs, l’éthanol, l’aspartame, le gluten) peuvent poser des problèmes lors du passage d’une spécialité à une autre: il s’agit des “excipients à effet notoire”:** voir *Intro.2.11.6*.
 - Selon l’EMA, un biosimilaire est interchangeable à la fois avec le produit de référence et avec un autre biosimilaire du même produit de référence (EMA, 19/09/2022). Les biosimilaires d’un même produit de référence n’ayant pas fait l’objet d’une comparaison directe, il convient donc de rester vigilant quant à la possibilité d’une immunogénicité non souhaitée [*Geneesmiddelenbulletin 2022;56:101-4*].
 - L’AFMPS demande de notifier tout effet indésirable survenu lors du passage d’une spécialité à une



autre (passage de la spécialité originale au générique/biosimilaire ou inversement, ou passage d'un générique/biosimilaire à un autre générique/biosimilaire): voir *Intro.6.2.1*.

- **Prescription en Dénomination Commune Internationale (DCI)**
 - **Que mentionner sur la prescription en DCI?** Outre les données administratives habituelles, les données suivantes doivent figurer sur la prescription pour qu'elle soit valable: la Dénomination Commune Internationale du ou des principes actifs, la forme pharmaceutique ou la voie d'administration, le dosage, la dose journalière et la durée du traitement en semaines et/ou en jours (avec un maximum de 3 mois) [voir www.inami.fgov.be].
 - La **note reprenant les règles opérationnelles pour la prescription en DCI** (07/07/2023) est disponible sur le *site de l'AFMPS*. Cette note comprend notamment la liste des médicaments pour lesquels la prescription en DCI est déconseillée par l'AFMPS ("no DCI"), ainsi que la liste des médicaments pour lesquels il est déconseillé de passer d'une spécialité à une autre ("no switch"). Dans le Répertoire, ces mentions "no DCI" et "no switch" sont signalées dans les tableaux comparatifs des prix (affichage "par groupe") des spécialités concernées.
 - Pour toute prescription en DCI, le pharmacien est tenu de délivrer une spécialité appartenant au groupe des médicaments "les moins chers" (voir *Intro.5.7*).
 - En ce qui concerne la prescription en DCI, voir aussi le *site web de l'AFMPS (Prescription en dénomination commune internationale (DCI) et substitution)* et le *site web de l'INAMI (Prescrire en DCI: règles pour le pharmacien qui exécute la prescription)*.
- **La substitution** par le pharmacien consiste à remplacer le médicament prescrit par un autre médicament contenant la même substance active ou combinaison de substances actives, ayant le même dosage, le même mode d'administration et la même fréquence d'administration. La législation belge permet au pharmacien de substituer un médicament uniquement dans deux cas de figure:
 - **Substitution en cas de prescription d'antibiotiques/antimycosiques pour un traitement aigu:** le pharmacien doit délivrer un médicament appartenant au groupe des médicaments « les moins chers » (voir *Intro.5.7*). La substitution n'est pas permise si le prescripteur a mentionné sur la prescription une allergie à un excipient à effet notoire ou « non substituable pour raison thérapeutique ». Les raisons de l'objection thérapeutique doivent être mentionnées dans le dossier du patient. Voir aussi le *site web de l'AFMPS*.
 - **Substitution en cas d'indisponibilité temporaire d'un médicament** (symbole ⏰ dans le Répertoire): le pharmacien est autorisé à substituer un médicament temporairement indisponible sans l'accord préalable du prescripteur. **Attention !** Le pharmacien **doit avoir l'accord du prescripteur** pour les médicaments désignés par la mention « **no switch** » ou « **no DCI** » sur notre site web, et un suivi par le médecin est nécessaire dans ces cas-là. Pour savoir si un médicament est « no switch » ou « no DCI », voir l'affichage « par groupe » (symbole).

Intro 4. La prescription

Sans mention spécifique du prescripteur, une prescription est valable pendant précisément 3 mois à compter de la date de prescription, tant pour son exécution que pour son remboursement, qu'elle soit électronique ou papier. Le prescripteur peut, en mentionnant une "date de fin pour l'exécution" dans le champ prévu à cet effet, spécifier une durée de validité plus courte ou plus longue, mais la date de fin ne peut toutefois jamais dépasser 1 an après la date de prescription [voir *Folia d'octobre 2019*].

Un seul conditionnement de spécialité est remboursé par prescription (exceptions: insulines, enzymes pancréatiques, ...). Dans le cas d'une prescription en DCI valable (voir *Intro.3*), plusieurs conditionnements peuvent toutefois être remboursés par prescription, pour autant que le nombre d'unités total ne dépasse pas la durée de traitement mentionnée (maximum 3 mois).



Intro 5. Modalités de remboursement

Intro 5.1. Catégories de remboursement

Il existe **7 catégories de remboursement** pour les spécialités: A, B, C, Cs, Cx, Fa et Fb (*site web INAMI*). La catégorie de remboursement attribuée par l'INAMI indique dans quelle mesure l'assurance obligatoire intervient dans les frais.

- La catégorie A comprend les “spécialités d'importance vitale”. Depuis le 1er janvier 2026, le patient paie pour ces spécialités délivrées en officine ouverte au public une contribution personnelle (« contribution solidaire ») de 1 € (bénéficiaires de l'intervention majorée) ou de 2 € (assurés ordinaires). Auparavant, les spécialités en catégorie A étaient entièrement remboursées. *Voir Folia de décembre 2025.*
- La catégorie B comprend les “spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique”. Ces spécialités sont en grande partie remboursées. Depuis le 1er janvier 2026, le patient paie une contribution personnelle minimale (« contribution solidaire ») de 1 € (bénéficiaires de l'intervention majorée) ou de 2 € (assurés ordinaires) pour les spécialités délivrés en officine ouverte au public (*voir Folia de décembre 2025*). Le ticket modérateur des spécialités remboursées en catégorie B est soumis à un plafond (*voir Intro.5.2.*)
- Les catégories C, Cs et Cx comprennent les “médicaments destinés au traitement symptomatique”. Ces spécialités ne sont que partiellement remboursées, de manière décroissante de C à Cs jusque Cx. Le ticket modérateur des spécialités remboursées en catégorie C est soumis à un plafond (*voir Intro.5.2.*)
- Les catégories Fa et Fb indiquent des médicaments pour lesquels le remboursement d'un montant forfaitaire est prévu. Pour l'instant, les catégories de remboursement Fa et Fb ne sont utilisées qu'en milieu hospitalier (médicaments délivrés via la pharmacie hospitalière aux patients hospitalisés ou en soins ambulatoires à l'hôpital).

Parfois, le remboursement d'une spécialité varie en fonction de l'indication (exemple des statines, dont le remboursement varie selon que la statine est utilisée chez un patients souffrant d'hypercholestérolémie d'origine génétique ou chez un patient sans prédisposition génétique).

Pour en savoir plus sur les différents “chapitres” sous lesquels un médicament peut être remboursé, ainsi que sur le contrôle *a priori* et *a posteriori*, voir le *site web de l'INAMI*. Les conditions de remboursement fixées par l'INAMI pour les médicaments remboursés selon le chapitre II, IV ou VIII peuvent être affichées en cliquant sur le symbole ► ou ◀ au niveau de la spécialité dans le Répertoire (*voir Intro.2.11.19.*)

Intro 5.2. Plafonds du ticket modérateur

L'intervention personnelle du patient (ticket modérateur) est calculée à partir de la base de remboursement au niveau ex-usine.

Le **plafond du ticket modérateur** est le **montant maximal** payé par le patient comme ticket modérateur pour un médicament remboursé en catégorie B ou C. Ces montants maximum s'appliquent aux spécialités pharmaceutiques délivrées dans une pharmacie publique ou dans un hôpital à un patient en ambulatoire. Le tableau ci-dessous reprend les plafonds du ticket modérateur en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

Tableau Ia. Plafonds du ticket modérateur (en vigueur au 1er janvier 2026)

Catégorie de remboursement	Assuré ordinaire	Intervention majorée*
A	€ 2**	€ 1**
B/Fb	€ 12,80	€ 8,50
B/Fb- grands conditionnements***	€ 15,90	€ 10,50
C	€ 15,90	€ 10,50



Cs et Cx	Pas de plafond	Pas de plafond
----------	----------------	----------------

* En ce qui concerne “l'intervention majorée”, voir *le site Web de l'INAMI*

** Depuis le 1er janvier 2026, le patient paie une contribution personnelle (« contribution solidaire ») de 1 €/conditionnement (bénéficiaires de l'intervention majorée) ou de 2 €/conditionnement (assurés ordinaires) pour les médicaments remboursés en catégorie A et délivrés en officine ouverte au public. Ceci s'explique par une augmentation du ticket modérateur minimum, qui passe à au moins 1€/conditionnement pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, et à au moins 2€/conditionnement pour les assurés ordinaires pour les médicaments remboursés en catégorie A et délivrés en officine ouverte au public. *Voir Folia de décembre 2025.*

*** Par “grand conditionnement”, il faut entendre ici tout conditionnement public qui contient plus de 60 unités d'utilisation. Par “unité d'utilisation”, on entend l'unidose, ou en cas de multidose, l'unité standard, à savoir 1 g, 1 ml ou 1 dose.

Intro 5.3. Maximum à facturer

Pour certaines catégories de patients (p.ex. personnes à faible revenu, malades chroniques...), le **maximum à facturer** (MàF) s'applique. Cela signifie que pour ces patients et leur famille, l'intervention personnelle pour des prestations remboursées par l'INAMI (notamment les médicaments remboursables) est limitée à un montant annuel maximal. Une fois ce plafond atteint, ces patients n'ont plus à payer une intervention personnelle pour les médicaments remboursables en catégorie A, B ou C, ni pour le vaccin contre la grippe délivré dans une officine ouverte au public. Pour plus d'informations concernant le “maximum à facturer” voir www.inami.fgov.be (terme de recherche: “MAF”).

Intro 5.4. Remboursement de préparations magistrales

Certaines **préparations magistrales** sont remboursées par l'INAMI. Pour plus de détails, voir le *site web de l'INAMI*.


Intro 5.5. Interventions pour les patients hospitalisés

Pour les **patients hospitalisés**, l'intervention personnelle pour les spécialités pharmaceutiques remboursables est fixée forfaitairement à € 0,62 par journée d'hospitalisation (voir *site web de l'INAMI*).

Intro 5.6. Tarification à l'unité

Pour les **patients résidant en MRPA/MRS**, les spécialités remboursables sous forme orale solide doivent obligatoirement être tarifées à l'unité (p.ex. par comprimé) dans les pharmacies publiques. La délivrance de médicaments par unité n'est pas obligatoire. Pour le médecin, rien ne change: la prescription médicamenteuse classique reste d'application. La tarification à l'unité exige de mentionner la posologie sur la prescription ainsi que la durée du traitement [voir *site web de l'INAMI, Intro.2.11.4. et Folia d'avril 2015*].

Intro 5.7. “Prescrire bon marché” et “médicament le moins cher”

- Les règles relatives à la “prescription bon marché” et aux “médicaments les moins chers” ont été fixées par l'INAMI et ne concernent donc que les médicaments remboursés.
- Important pour le **prescripteur**: la notion de “**prescrire bon marché**”. Le **prescripteur** est encouragé à “**prescrire bon marché**”. Pour ce faire, il ou elle peut soit prescrire un médicament “bon marché” (ces médicaments sont signalés dans le Répertoire par le symbole ) , soit prescrire en DCI un médicament pour lequel le système du remboursement de référence est d'application. Pour en savoir plus: *voir site web INAMI*.
- Important pour le **pharmacien**: la notion de « **médicament le moins cher** ». Pour toute prescription en DCI (voir *Intro.3.*) ainsi que pour les antibiotiques et les antimycosiques prescrits pour le traitement d'une affection aiguë, le **pharmacien** est tenu de délivrer une spécialité appartenant au groupe de **médicament “le moins cher”**. Sur le site web du CBIP, les médicaments “les moins chers” apparaissent sur un fond vert



clair. Pour plus d'infos, voir site web INAMI: chercher sur “antibiotiques-antimycosiques-règles” ou sur “médicaments les moins chers”.

- **Note.** Dans le Répertoire, certains médicaments sont désignés par le symbole € : il s'agit des médicaments remboursés qui n'ont pas le statut “bon marché”.

Intro 6. Bon usage des médicaments et sécurité

Nous rappelons la règle des 5 B indispensables à l'administration d'un médicament:

- le Bon patient,
- le Bon médicament,
- à la Bonne dose,
- par la Bonne voie,
- au Bon moment, selon la prescription médicale.

Note concernant les médicaments périmés (pour plus de détails, voir *Folia de décembre 2018*):

- En principe, il n'est pas autorisé d'utiliser un médicament au-delà de sa date de péremption, car on ne dispose pas de données sur la stabilité du médicament au-delà de cette date.
- Cependant, de plus en plus d'études montrent que de nombreux médicaments périmés renferment encore minimum 90% de la teneur en principe actif indiquée sur l'emballage.
- Si un médicament périmé a été employé en situation d'urgence ou par distraction, il faut pouvoir rassurer le patient, en tenant compte de la stabilité du médicament, définie par des critères de qualité (propriétés physico-chimiques, qualité microbiologique, présence de composés de dégradation...), et de plusieurs autres aspects comme l'endroit de stockage, la forme pharmaceutique et l'emballage du médicament.
- L'utilisation de médicaments périmés à marge thérapeutique-toxique étroite doit se faire avec d'autant plus de prudence.
- Pour ce qui est des médicaments actuellement disponibles, aucun rapport concluant n'a fait état, à ce jour, d'une toxicité résultant de l'ingestion, de l'injection ou de l'application locale d'un médicament périmé [The Medical Letter 2026;68:5-7].

Intro 6.1. Ajustement posologique

La posologie de la plupart des médicaments doit être ajustée en fonction de l'individu, notamment en fonction de l'âge, des états pathologiques (insuffisance rénale et hépatique) et parfois de la prédisposition génétique. Un ajustement posologique peut également s'avérer nécessaire dans d'autres états pathologiques, autres que l'insuffisance rénale et hépatique, par exemple en cas d'insuffisance cardiaque, mais il n'existe pas de règles générales à ce sujet.

Bien entendu, la posologie d'un médicament devra parfois également être ajustée en cas d'utilisation concomitante de médicaments qui inhibent ou induisent le métabolisme du médicament en question: voir *Intro.6.3.* > Interactions pharmacocinétiques.

Intro 6.1.1. Âge

- **Enfants:**
 - **Pharmacocinétique** (source: *Kinderformularium*):
 - Chez les nouveau-nés, les systèmes enzymatiques sont encore immatures (faible activité du CYP450), mais se développent rapidement dans les premières semaines qui suivent la naissance. Chez les enfants entre 1 an et 6 ans, la capacité métabolique est plus importante que chez l'adulte pour certains médicaments.
 - Le débit de filtration glomérulaire (DFG) est fortement réduit à la naissance (prématurés: jusqu'à 1 ml/min/1,73 m², nouveau-nés à terme: 10-15 ml/min/1,73 m²). Les valeurs adultes sont atteintes après 2,5 à 5 mois.
 - En ce qui concerne la sécrétion tubulaire et la réabsorption tubulaire, les valeurs adultes sont atteintes après 6 à 12 mois.



- Le métabolisme du nourrisson subissant des modifications rapides au cours des premiers mois après sa naissance, des ajustements posologiques rapides peuvent s'avérer nécessaires pour éviter tout surdosage ou sous-dosage.
- **Pharmacodynamique:** la sensibilité des organes cibles chez le jeune enfant peut être très différente de celle chez l'adulte. La réponse au médicament peut varier, mais les différences de réponse entre enfants et adultes sont peu documentées (source: *Kinderformularium*).
- Calcul de la posologie pédiatrique:
 - Il n'existe pas de bonnes formules permettant de calculer la posologie à partir de la posologie adulte.
 - Le poids de l'enfant est assurément un meilleur repère pour calculer la posologie approximative que l'âge de l'enfant, mais la prudence reste de mise car cette estimation ne prend pas en compte certains paramètres tels que le degré de maturité des systèmes enzymatiques et des organes.
 - Pour certains médicaments, surtout en oncologie, on peut aussi utiliser la surface corporelle comme repère.
- La posologie pédiatrique n'est mentionnée dans ce Répertoire que pour les médicaments couramment utilisés dans ce groupe d'âge.
- Sources pour les posologies pédiatriques: le RCP, le *kinderformularium.nl* (Pays-Bas, gratuit) et le *British National Formulary (BNF) for children* (Royaume-Uni, payant).
- **Personnes âgées:**
 - La sensibilité des organes cibles se modifie; le plus souvent elle augmente. Les personnes âgées ont plus de difficultés à compenser une homéostasie perturbée, ce qui les rend plus sensibles par exemple à l'hypotension orthostatique, aux troubles électrolytiques ou à l'hypoglycémie.
 - Le devenir des médicaments est aussi modifié chez les personnes âgées: pour bon nombre de médicaments, le métabolisme est ralenti (ce qui ne devient généralement cliniquement pertinent qu'en présence d'une cirrhose), mais c'est la diminution de l'excrétion rénale qui est la plus importante (voir *Intro.6.1.2*).

Intro 6.1.2. Insuffisance rénale

- Chez les patients en insuffisance rénale, des variations pharmacocinétiques peuvent survenir, et la sensibilité des organes cibles peut être modifiée.
- Il faut surtout être attentif à la **diminution de l'excrétion rénale des médicaments**. Il peut en résulter une toxicité accrue, surtout si le médicament (ou son ou ses métabolites actifs) est entièrement ou fortement excrété dans l'urine et qu'il a une marge thérapeutique-toxique étroite (voir *Intro.6.2*).
- Il est important de prendre en compte la fonction rénale lors du choix d'un médicament et au moment de déterminer la posologie d'un médicament (en particulier un médicament à élimination rénale prédominante). Le *Geneesmiddelenbulletin* a publié un article de synthèse sur le traitement médicamenteux en cas de fonction rénale réduite (*Geneesmiddelenbulletin 2023;57(10):e2023.10.17*).
- Mesurer la fonction rénale [La Revue Prescrire 2020;40:515-21; *Geneesmiddelenbulletin 2023;57(10):e2023.10.17*]
 - Il existe plusieurs formules pour estimer la fonction rénale, telles que la formule de Cockcroft et Gault, la formule MDRD (*Modification of Diet in Renal Diseases*) et la formule CKD-EPI (*Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration*).
 - La formule Cockcroft et Gault, qui était classiquement utilisée, est aujourd'hui abandonnée.
 - La formule CKD-EPI est de plus en plus utilisée.
 - Les formules se basent notamment sur la créatininémie. Chez les personnes âgées, la masse musculaire, et donc la production de créatinine, est diminuée, de sorte que la créatininémie peut être faussement normale même en cas de diminution physiologique de la fonction rénale. C'est pourquoi les formules sont ajustées sur l'âge.
 - Les formules ont toutes leurs limites.
- **Dans le Répertoire, on qualifie l'insuffisance rénale**



- de “**légère**” lorsque le débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) se situe entre 60 et 90 ml/min/1,73m².
- de “**modérée**” lorsque le DFGe se situe entre 30 et 60 ml/min /1,73m².
- de “**sévère**” lorsque le DFGe se situe entre 15 et 30 ml/min/1,73m².
- Lorsque le DFGe est inférieur à 15 ml/min/1,73m², on parle d’insuffisance rénale terminale ou “*end-stage renal disease*” (ESRD).
- Pour les symboles des reins affichés au niveau des spécialités dans le Répertoire, et concernant la mention d’une contre-indication ou de la nécessité de réduire la dose en cas d’insuffisance rénale, voir *Intro.2.4.* et *Intro.2.9.*

Intro 6.1.3. Insuffisance hépatique

- En cas d’atteinte hépatique, la pharmacocinétique et la pharmacodynamie d’un médicament peuvent être modifiées, mais dans une proportion difficile à prévoir. Le foie a une grande capacité de réserve à métaboliser les médicaments, et on suppose qu’un ajustement des doses n’est nécessaire que lorsque la maladie hépatique chronique a évolué vers une cirrhose.
- Parmi les modifications pharmacocinétiques importantes dues à la cirrhose, on compte une diminution de l’effet de premier passage et une augmentation de la demi-vie due à une diminution de l’activité enzymatique hépatique. La cirrhose est en outre associée à une hypoalbuminémie et une augmentation du volume de distribution suite à un œdème. Souvent, les patients atteints de cirrhose présentent également un certain degré d’insuffisance rénale (voir *Intro.6.1.2.*).
- Les patients atteints de cirrhose sont souvent plus sensibles aux effets indésirables, tels que les troubles de la fonction rénale dus aux AINS ou les effets sédatifs dus aux opioïdes et aux substances psychotropes.
- Certains médicaments sont des prodrogues et sont métabolisés dans le foie en une molécule active; ils peuvent s’avérer moins efficaces en cas d’atteinte hépatique sévère.
- Dans la rubrique “Contre-indications” du Répertoire, l’atteinte hépatique n’est mentionnée que si cela est explicitement mentionné dans la rubrique “Contre-indications” du RCP ou dans le chapitre “*Levercirrose*” des *Commentaren Medicatiebewaking*; voir *Intro.2.4.*. Dans de rares cas, un médicament est contre-indiqué en cas d’atteinte hépatique selon le RCP alors qu’il est considéré comme « sûr » en cas de cirrhose selon l’évaluation néerlandaise. Dans ce cas, ceci est explicitement signalé dans notre rubrique “Contre-indications”: voir *Intro.2.4.*

Intro 6.1.4. Prédisposition génétique

- Il existe des variations génétiques au niveau d’enzymes qui interviennent dans le métabolisme de certains médicaments, mais aussi au niveau de protéines de transport et de récepteurs impliqués dans l’interaction d’un médicament avec un organe cible.
- En ce qui concerne les variations génétiques au niveau des enzymes qui peuvent influencer le métabolisme et donc la réponse à un médicament, c’est surtout le polymorphisme génétique au niveau de certaines isoenzymes du cytochrome P450 (entre autres le CYP2D6, le CYP2C9 et le CYP2C19, voir *Intro.6.3.*) qui est bien connu [voir *Folia d’août 2003 et décembre 2006*].
- Des variations génétiques au niveau des protéines de transport (telles que la P-gp) ont été décrites, mais la pertinence clinique de ces variations reste incertaine, sauf pour l’OATP1B1, une protéine de transport qui intervient dans l’absorption hépatique des statines. En particulier avec la simvastatine, une augmentation des concentrations plasmatiques et un risque accru de myopathie ont été observés chez les personnes présentant une fonction réduite de l’OATP1B1.
- Des facteurs génétiques peuvent influencer la survenue d’effets indésirables dus à certains médicaments [voir *Folia de février 2009*].

Intro 6.1.5. Suivi des concentrations plasmatiques (STP)

- Le suivi ou la détermination de la concentration plasmatique, ou sanguine dans certains cas, d’un



médicament (Suivi Thérapeutique Pharmacologique ou STP) peut être utile lorsque chacune des conditions suivantes est remplie:

- il s'agit d'un médicament à marge thérapeutique-toxique étroite;
 - la pharmacocinétique présente une forte variabilité interindividuelle ou est fortement influencée par des états pathologiques ou des interactions;
 - il existe une bonne corrélation entre la concentration, d'une part, et l'effet thérapeutique ou les effets indésirables, d'autre part;
 - il n'y a pas de moyen simple de mesurer l'effet.
- Le STP permet d'ajuster la posologie en fonction du patient, et peut être un outil pour évaluer notamment l'observance du traitement ou les interactions médicamenteuses.
 - Pour certains médicaments, par exemple les immunosuppresseurs tels que la ciclosporine, l'évérolimus, le mycophénolate, le sirolimus et le tacrolimus, les concentrations recherchées varient en fonction de l'âge, de l'indication et de l'utilisation concomitante d'autres médicaments.
 - Le Répertoire mentionne la valeur des concentrations plasmatiques thérapeutiques de la digoxine, du lithium, de la théophylline et de certains antiépileptiques (carbamazépine, oxcarbazépine, phénobarbital, phénytoïne et acide valproïque). La détermination de la concentration plasmatique (ou sanguine dans certains cas) peut également s'avérer utile pour d'autres médicaments, tels que par exemple l'adalimumab, les aminoglycosides, les glycopeptides, l'infliximab, la lamotrigine, le méthotrexate et le voriconazole.
 - Pour l'interprétation des concentrations plasmatiques ou sanguines, une concertation avec le biologiste clinicien est souvent souhaitable.

Intro 6.2. Effets indésirables

- Bon nombre d'effets indésirables liés aux médicaments sont souvent sans gravité, mais des réactions très graves, pouvant être fatales, sont possibles. Certains effets indésirables sont prévisibles à partir des propriétés pharmacologiques du médicament ou de la classe de médicaments; ils sont généralement dose-dépendants. D'autres effets indésirables ne sont pas prévisibles ("idiosyncrasiques"), étant souvent d'origine immunologique ou génétique; parfois, le mécanisme de survenue n'est pas connu.
- Seuls les principaux effets indésirables (fréquents ou graves) sont mentionnés dans ce Répertoire, en s'appuyant sur le RCP et le Martindale comme sources principales (*voir Intro.2.5.*); pour plus de détails, les RCP ou des ouvrages spécialisés doivent être consultés.
- Pour certains médicaments, la différence entre la dose thérapeutique et la dose toxique est faible: ce sont **des médicaments avec une marge thérapeutique-toxique étroite**. Même une légère augmentation des concentrations plasmatiques, par exemple en raison d'une interaction, peut provoquer des effets indésirables potentiellement fatals. Il s'agit des médicaments suivants.
 - Les médicaments figurant sur la liste des "médicaments à marge thérapeutique-toxique étroite" de l'AFMPS: aminoglycosides, certains antiarythmiques (amiodarone, disopyramide, flécaïnide, lidocaïne, propafénone, sotalol), certains antiépileptiques (carbamazépine, phénobarbital, phénytoïne, oxcarbazépine, primidone, acide valproïque), clozapine, colchicine, digoxine et métildigoxine, certains immunosuppresseurs (azathioprine, ciclosporine, évérolimus, mycophénolate, sirolimus et tacrolimus), lévothyroxine, lithium, théophylline et les antagonistes de la vitamine K (acénocoumarol, phenprocoumon, warfarine) [*voir https://www.afmps.be/sites/default/files/NOTE_DCI_2023_DEF.pdf (version 07/07/2023)*]. Pour ces médicaments, il est déconseillé de passer d'une spécialité à une autre sans prendre de précautions (mention « no switch » dans les tableaux comparatifs de prix (affichage "par groupe")).
 - Les médicaments susceptibles de provoquer des effets indésirables graves: les antiépileptiques autres que ceux mentionnés dans la liste de l'AFMPS (*voir ci-dessus*), les immunosuppresseurs et les antiarythmiques, les antitumoraux, les opioïdes, les anticoagulants oraux directs (AOD), les insulines, les glinides et les sulfamidés hypoglycémisants (sulfonylurées), ainsi que les médicaments



susceptibles de provoquer un allongement de l'intervalle QT et des torsades de pointes.

Intro 6.2.1. Pharmacovigilance

La pharmacovigilance, c.-à-d. la détection d'effets indésirables des médicaments après leur commercialisation, est nécessaire étant donné que le profil d'innocuité du médicament n'est généralement pas suffisamment connu au moment de sa commercialisation.

- **La notification spontanée d'effets indésirables:** voir *Folia de septembre 2020* et le e-learning "Notification d'effets indésirables" dans *L'Auditorium*.
 - Les notifications spontanées à un centre de pharmacovigilance sont essentielles pour détecter les « signaux » d'effets indésirables à un stade précoce. Un « signal » est une information sur un événement indésirable nouveau ou peu documenté qui a été associé à un médicament et qui exige des recherches supplémentaires, notamment pour en déterminer la causalité, la fréquence et les groupes à risque.
 - Ces signaux peuvent conduire à des mesures qui doivent garantir une utilisation plus sûre du médicament. En Belgique, un système de notification spontanée est géré par le Centre de Pharmacovigilance (la division "Vigilance") de l'AFMPS.
- **Que notifier?**
 - Réactions graves: réactions fatales ou potentiellement fatales; réactions nécessitant une hospitalisation ou une prolongation de celle-ci ; réactions entraînant une invalidité ou une incapacité significative ; anomalie congénitale.
 - Réactions inattendues: réactions dont la nature, la gravité et/ou l'évolution ne correspondent pas à ce qui est mentionné dans le RCP du médicament.
 - Réactions connues mais dont la fréquence, la gravité et/ou l'évolution sont inattendues.
 - Réactions survenues dans des situations particulières: après administration du médicament à des groupes vulnérables, p.ex. enfants, femmes enceintes ou allaitantes, personnes âgées; après administration de vaccins; lors du passage d'un médicament "original" à un médicament "générique" ou inversement; après administration d'un médicament soumis à une surveillance particulière (signalé par le symbole ▼ , voir ci-dessous) et en cas d'usage "inapproprié" ou "off-label".
 - "Erreurs médicamenteuses": il s'agit d'erreurs non intentionnelles qui causent - ou sont susceptibles de causer - un préjudice au patient. Il s'agit le plus souvent d'erreurs dans la prescription, la délivrance, le stockage, la préparation et l'administration d'un médicament.
- **Comment notifier?**
 - Aller sur www.afmps.be/fr/effet_indesirable pour notifier toute suspicion d'effet indésirable et pour notifier les erreurs médicamenteuses **avec** effet indésirable.
 - Adresser un courriel à medication-errors@fagg.be pour notifier les erreurs médicamenteuses **sans** effet indésirable.
- **Qui peut notifier?** Les médecins, pharmaciens, dentistes, infirmier(ère)s et sages-femmes, ainsi que les patients eux-mêmes (ou leurs proches), peuvent notifier des effets indésirables.
- Les **Direct Healthcare Professional Communication (DHPC)** sont des courriers envoyés directement aux professionnels de la santé par les firmes pharmaceutiques, afin de les informer de risques potentiels et des mesures pour limiter ces risques, généralement à la demande de l'EMA ou de l'AFMPS. Les DHPC peuvent être consultées sur le *site web de l'AFMPS*, et sont annoncées dans la newsletter du CBIP (le « Weekly Folia »).
- **Le symbole "triangle noir" (▼)** attire l'attention sur les spécialités qui font l'objet d'une surveillance supplémentaire. Ce symbole est attribué au niveau européen aux médicaments autorisés selon la « procédure nationale » et « centralisée » (voir le site web de l'EMA : *Medicines under additional monitoring* et *List of medicines under additional monitoring*). Il s'agit des spécialités à base d'un nouveau principe actif, des nouveaux médicaments biologiques, des médicaments enregistrés sous certaines conditions ou dans



des circonstances exceptionnelles, et des médicaments pour lesquels des études d'innocuité sont exigées au fabricant. Le Centre de Pharmacovigilance suit ces médicaments de près. En cas de suspicion d'effet indésirable avec ces médicaments, il est très important de le notifier, même en cas de doute quant à la relation de causalité. Les spécialités conservent le symbole en principe pendant 5 ans, mais ce délai peut être prolongé. Le symbole figure dans le RCP et la notice des spécialités concernées, et est également repris dans le Répertoire au niveau des spécialités concernées. Pour la liste mise à jour mensuellement des médicaments affichant ce symbole, voir le *site web de l'AFMPS* ou la page « *Notifier des effets indésirables* » sur notre site.

- Le symbole ▼ attire l'attention sur les spécialités qui font l'objet de **Risk Minimization Activities (RMA)**. Il s'agit d'activités additionnelles de minimisation des risques, telles que du matériel éducatif et des brochures, imposées par l'autorité qui octroie l'AMM [pour plus de détails, voir *Folia de mars 2015*]. En cliquant sur ce symbole, on accède au site web de l'AFMPS où on peut télécharger les documents relatifs aux spécialités concernées.
- Les effets indésirables des médicaments font partie des aspects généralement abordés dans nos articles Folia. Les articles Folia qui se concentrent spécifiquement sur ce sujet sont classés sous la rubrique « Pharmacovigilance ».

Intro 6.2.2. Allongement de l'intervalle QT et torsades de pointes

Voir *Folia de septembre 2024*.

Les torsades de pointes sont des tachycardies ventriculaires dont l'issue peut être fatale. Elles sont généralement associées à un allongement de l'intervalle QT à l'électrocardiogramme (ECG). C'est la raison pour laquelle on accorde beaucoup d'attention à l'allongement de l'intervalle QT provoqué par des médicaments. Pour interpréter l'intervalle QT, il faut tenir compte de la fréquence cardiaque. Pour ce faire, on utilise l'intervalle QT corrigé (QTc), qui est la valeur corrigée à une fréquence cardiaque de 60 battements par minutes. Ces valeurs sont généralement calculées automatiquement. *On parle d'un intervalle QT long lorsque la valeur du QTc est > 450 ms (homme) ou > 460 ms (femme).*

- **Situations et facteurs de risque de torsades de pointes**
 - Le lien entre un allongement de l'intervalle QT à l'ECG et l'apparition d'une arythmie est un processus complexe, et l'arythmie ne survient généralement qu'en présence de plusieurs facteurs de risque ou dans certaines situations à risque.
 - **Situations à risque:**
 - prise simultanée de deux médicaments allongeant l'intervalle QT,
 - prise simultanée d'un médicament allongeant l'intervalle QT avec un médicament qui inhibe son métabolisme,
 - prise simultanée d'un médicament allongeant l'intervalle QT avec un médicament bradycardisant (p.ex. l'ivabradine, les inhibiteurs de la cholinestérase utilisés dans la maladie d'Alzheimer). Les β -bloquants (à l'exception du sotalol), le diltiazem et le vérapamil ne posent probablement pas de problème dans ce cadre, malgré leur effet bradycardisant.
 - prise simultanée d'un médicament allongeant l'intervalle QT avec un médicament susceptible de provoquer des troubles électrolytiques (p.ex. les diurétiques augmentant la perte de potassium).
 - **Les facteurs de risque sont:**
 - âge > 65 ans
 - sexe féminin
 - cardiopathies (insuffisance cardiaque, ischémie, hypertrophie du myocarde, bradycardie, bloc auriculo-ventriculaire du deuxième et troisième degré),
 - troubles électrolytiques (hypokaliémie, hypomagnésémie et, dans une moindre mesure, hypocalcémie). Il est important de rappeler que ces troubles électrolytiques peuvent être liés à la prise de médicaments (diurétiques, laxatifs...) ou à des diarrhées, des vomissements ou une affection hépatique ou rénale)



- maladie thyroïdienne
- syndrome du QT long congénital ou **antécédents** familiaux évocateurs d'allongement de l'intervalle QT.
- *Médicaments associés à un risque d'allongement de l'intervalle QT : comment ces médicaments sont-ils définis dans le Répertoire ?*
 - Dans le *Tableau Ib.* figurent les médicaments associés à un risque d'allongement de l'intervalle QT, et donc de torsades de pointes.
 - La liste se base principalement sur la liste "Known risk of Tdp" sur le site web de *CredibleMeds®* (www.crediblemeds.org) ainsi que sur la liste "High risk" dans *Stockley's Drug Interactions*; pour les médicaments portant le symbole ▼, ainsi que pour les médicaments spécifiques au marché belge, le RCP est utilisé.
 - Les médicaments pour lesquels est mentionné un "risque potentiel" dans le tableau sont des médicaments qui ont été associés à un allongement de l'intervalle QT, mais dont l'impact clinique est moins clair.
 - Pour nombre de médicaments, il manque les données nécessaires pour évaluer le risque d'allongement de l'intervalle QT.
 - Ce n'est pas parce qu'un médicament ne figure pas dans ce tableau que tout risque d'allongement de l'intervalle QT peut nécessairement être exclu.
- Le groupe de recherche indépendant à l'origine de *CredibleMeds®* a développé un outil d'aide à la décision en ligne pour l'évaluation du risque d'allongement de l'intervalle QT chez les patients individuels: *MedSafety Scan®* (www.medsafetyscan.org). En fonction des caractéristiques du patient et de la liste de médicaments du patient, l'outil fait une estimation du risque d'allongement de l'intervalle QT chez ce patient. En plus d'estimer le risque d'un allongement de l'intervalle QT, l'outil identifie également les médicaments et les interactions médicamenteuses qui contribuent à ce risque. Des actions sont ensuite également proposées, permettant de réduire le risque d'allongement de l'intervalle QT.

Tableau Ib. Médicaments à risque d'allongement de l'intervalle QT et de torsades de pointes (liste non exhaustive)

<p>1.2.3.: ivabradine 1.2.4.: ranolazine. 1.8.: plusieurs antiarythmiques, surtout le disopyramide, le flécaïnide, le sotalol et le vernakalant; l'amiodarone provoque rarement des torsades de pointes.</p>
<p>3.4.1.: dompéridone (surtout à doses > 30 mg par jour) 3.4.2.: ondansétron (surtout à doses élevées par voie i.v.); risque potentiel aussi pour les autres antagonistes 5HT₃.</p>
<p>5.6.2.: terlipressine</p>
<p>8.3.: méthadone</p>
<p>9.2.2.: hydroxychloroquine</p>
<p>10.2.: plusieurs antipsychotiques, surtout le dropéridol, la lévomépromazine, le pimozide, le sertindol, le sulpiride, l'halopéridol à doses élevées 10.3.: citalopram, escitalopram 10.4.: guanfacine, pitolisant 10.11.1.: donépézil; risque potentiel pour la galantamine et la rivastigmine</p>
<p>11.1.2.: érythromycine (surtout par voie i.v.), azithromycine, clarithromycine 11.1.5.: ciprofloxacine, lévofloxacine, moxifloxacine 11.1.8.5.: bédaquiline 11.2.3.: fluconazole; risque potentiel pour l'itraconazole, le posaconazole, le voriconazole 11.3.2.: artéméther + luméfantrine, quinine</p>



11.3.4.: pentamidine 11.4.3.: risque potentiel pour l'atazanavir, le fostemsavir, le lopinavir, la rilpivirine et les associations de ces substances
12.4.1.: hydroxyzine
13.1.1.3.: oxaliplatine 13.2.1.: inotuzumab ozogamicine 13.2.3.: bosutinib, céritinib, crizotinib, entrectinib, ivosidénib, lenvatinib, nilotinib, osimertinib, quizartinib, ribociclib, selpercatinib, tépotinib, vandétanib, vémurafénib; risque potentiel pour l'asciminib, le cabozantinib, le dabrafénib, le dasatinib, l'encorafénib, le giltéritinib, le lapatinib, le lorlatinib, la midostaurine, le pazopanib, le sorafénib, le sunitinib 13.4.: anagrélide, arsenic trioxyde
18.1.1.: propofol
20.2.: bérotralstat

Intro 6.2.3. Effets indésirables anticholinergiques

- **Quels sont les “effets indésirables anticholinergiques”?**
 - **Effets indésirables périphériques aigus:** principalement sécheresse de la bouche (avec risque accru de caries dentaires à long terme); sécheresse oculaire, mydriase et troubles de l'accommodation; diminution de la sudation; nausées et vomissements, constipation; rétention urinaire; rarement tachycardie et arythmies.
 - **Effets indésirables centraux aigus:** difficultés de concentration, sédation; agitation, hallucinations; délire.
 - Selon certaines données, un **traitement prolongé par des anticholinergiques chez des personnes âgées en bonne santé cognitive** fait plus que doubler **le risque de déclin cognitif ou de démence**. Aucune conclusion ne peut être tirée sur l'effet d'un traitement prolongé par anticholinergiques chez les personnes âgées dont la cognition est déjà réduite. Pour plus de détails, voir *Folia de novembre 2024*.
- **Quels sont les médicaments concernés? ***
 - Certains médicaments sont classés dans ce Répertoire comme “anticholinergiques” (syn. antagonistes des récepteurs muscariniques ou atropiniques) étant donné que l'effet recherché avec ces médicaments repose sur leurs propriétés anticholinergiques. Il s'agit des médicaments suivants:
 - bromhydrate de butylhyoscine (butylscopolamine) dans les crampes abdominales (très rarement effets indésirables anticholinergiques centraux) ;
 - anticholinergiques dans les troubles de la fonction vésicale: darifénacine, fésotérodine, oxybutynine (surtout par voie orale), solifénacine, toltérodine ;
 - anticholinergiques inhalés dans l'asthme et la BPCO (peu d'effets indésirables anticholinergiques systémiques) ;
 - anticholinergiques dans la maladie de Parkinson: bipéridène, procyclidine, trihexyphénidyle,
 - certains mydriatiques et cycloplégiques,
 - atropine.
 - Bon nombre d'autres médicaments ont des propriétés anticholinergiques mais ne sont pas utilisés pour ces propriétés; ils sont néanmoins également associés à des effets indésirables anticholinergiques. Il s'agit surtout des médicaments suivants :
 - certains antidépresseurs: antidépresseurs tricycliques (amitriptyline, clomipramine, dosulépine, imipramine, mélitracène, nortriptyline) et paroxétine (ISRS);
 - certains antihistaminiques H₁: chlorphénamine, diphenhydramine, diménhydrinate, doxylamine, hydroxyzine et méclozine;



- certains antipsychotiques: surtout les phénothiazines lévomépromazine et prothipendyl, et les antipsychotiques atypiques clozapine, olanzapine, quétiapine; dans une moindre mesure, le pimozide;
- également (dans une moindre mesure): carbamazépine et oxcarbazépine.
- ***sources:** Duran et al (2013), Martindale, outil GheOP3S (version 2; tableau A), échelle Anticholinergic Cognitive Burden (ACB).
- **Contre-indications des médicaments ayant des propriétés anticholinergiques:** (facteurs de risque de) glaucome à angle fermé; œsophagite par reflux, hypertrophie prostatique, atonie intestinale, iléus paralytique, colite ulcéreuse sévère, myasthénie grave.
- La prudence est surtout de rigueur chez les enfants et les personnes âgées car ils sont plus sensibles aux effets indésirables anticholinergiques; une diminution de la dose peut être indiquée et l'association de différentes substances ayant un effet anticholinergique doit être évitée. Autres situations à risque: hyperthermie, sténose du pylore, tachycardie (p.ex. due à une hyperthyroïdie ou à une insuffisance cardiaque), hypertension artérielle et infarctus aigu du myocarde. Une sédation exagérée peut se manifester en cas d'association avec d'autres médicaments à effet sédatif ou avec l'alcool.

Intro 6.2.4. Syndrome sérotoninergique

- Nous résumons ici quelques points essentiels. Pour plus de détails, voir les *Folia de novembre 2025* pour notre **article consacré au syndrome sérotoninergique**.
- **Le syndrome sérotoninergique résulte d'un excès d'activité de la sérotonine dans le système nerveux. Il est potentiellement grave, mais des formes plus légères existent également. Les manifestations peuvent être très diverses.**
- Le syndrome sérotoninergique se caractérise par la triade suivante:
 - troubles neuromusculaires: clonies (contractions musculaires rythmiques et répétées; signe le plus fréquent), hyperréflexie, myoclonies, tremblements, hypertonie/rigidité,
 - dysfonctionnement du système autonome: hypersudation, diarrhée, hyperthermie, frissons, tachycardie, et
 - altération des facultés mentales: agitation, anxiété, confusion, manie.
- La clonie est la principale caractéristique diagnostique, après l'agitation et la transpiration excessive.
- Les cas graves de syndrome sérotoninergique s'observent habituellement en cas de prise de **deux ou plusieurs médicaments sérotoninergiques**, qui augmentent la concentration de sérotonine dans le cerveau via un mécanisme différent. Les cas potentiellement mortels ont principalement été décrits avec l'association IMAO + ISRS. Le syndrome sérotoninergique peut également se produire **au début d'un traitement par un médicament sérotoninergique suivant de trop près l'arrêt d'un autre médicament sérotoninergique**.
- Le syndrome sérotoninergique se manifeste habituellement **dans les 24 heures, voire le plus souvent dans les 6 heures, qui suivent le début d'un traitement par un médicament sérotoninergique, un changement de dose ou un surdosage**.
- **L'arrêt rapide du médicament responsable** est extrêmement important. Dans les cas de syndrome sérotoninergique modérément sévère, il est recommandé de garder le patient au moins 6 heures en observation à l'hôpital. **Un syndrome sérotoninergique sévère constitue une urgence, nécessitant des soins intensifs de soutien à l'hôpital**.
- **Les principaux médicaments sérotoninergiques* sont:**
 - amphétamines: dexamphétamine, lisdexamfétamine
 - les antidépresseurs suivants:
 - les ISRS (citalopram, escitalopram, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline)
 - les IRSN (duloxétine, venlafaxine)
 - certains ATC: clomipramine, imipramine
 - vortioxétine
 - millepertuis (*Hypericum perforatum*)



- trazodone
- les IMAO suivants: phénelzine et moclobémide
- la chlorphénamine
- la dapoxétine (ISRS)
- le dextrométorphan
- le linézolide (inhibiteur de la MAO)
- bleu de méthylène (inhibiteur de la MAO)
- les opioïdes suivants: fentanyl, méthadone, péthidine, tramadol
- drogues: la cocaïne, ecstasy.
- **Autres médicaments pour lesquels un risque de syndrome sérotoninergique a été suggéré, mais le mécanisme n'est pas clair ou les preuves sont limitées***:
 - les antidépresseurs suivants:
 - les ATC suivants: amitriptyline, dosulépine, nortriptyline, mélitracène (attention: les autres ATC sont mentionnés parmi les « principaux médicaments sérotoninergiques »)
 - la bupropione
 - la mirtazapine
 - le lithium
 - les inhibiteurs de la MAO-B utilisés dans la maladie de Parkinson: sélégiline, rasagiline et safinamide (note: la sélégiline perd sa sélectivité à des doses > 10 mg par jour)
 - le méthylphénidate
 - les opioïdes suivants: buprénorphine, codéine, morphine, oxycodone et tapentadol (attention: certains opioïdes sont mentionnés parmi les « principaux médicaments sérotoninergiques »)
 - les triptans

* source : *Stockley Drug Interactions* (tableau 36.3.).

Intro 6.2.5. Syndrome malin des antipsychotiques

- Voir *Folia de février 2008 et Folia d'avril 2021*.
- Le syndrome malin des antipsychotiques (auparavant appelé syndrome malin des neuroleptiques) est un effet indésirable rare mais très grave des antipsychotiques. Ce syndrome a également été décrit en cas d'association d'antipsychotiques avec du lithium, et en cas d'arrêt brutal de la lévodopa, des agonistes dopaminergiques ou des inhibiteurs de la COMT.
- Le risque est plus élevé au début du traitement, après une augmentation de la dose ou en cas d'usage de doses élevées administrées par voie parentérale. Parmi les facteurs de risque, on compte entre autres la déshydratation et des antécédents du syndrome malin des antipsychotiques.
- Le syndrome se caractérise par l'apparition assez subite d'une rigidité extrapyramidale, de mouvements involontaires et d'hyperthermie, souvent associés à une dysarthrie, une dysphagie et une atteinte aiguë de la fonction rénale. Des troubles de la conscience et un dérèglement du système nerveux autonome peuvent également survenir. Le syndrome peut avoir une issue fatale en raison d'une insuffisance rénale et d'une hyperthermie associée à une tachycardie.
- Une hospitalisation d'urgence s'impose, nécessitant des soins intensifs de soutien.

Intro 6.2.6. Réactions cutanées graves aux médicaments

- Pour plus de détails, notamment concernant les médicaments les plus fréquemment impliqués, voir *Folia de mai 2021*.
- Le syndrome de Stevens-Johnson (SSJ) et la nécrolyse épidermique toxique (NET, syn. syndrome de Lyell), le syndrome DRESS (*Drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*) et la pustulose exanthématique aiguë généralisée (PEAG) sont les principaux types de **réactions cutanées graves aux médicaments**. Celles-ci peuvent être associées à une morbidité prononcée, voire engager le pronostic vital.
- Les **mesures essentielles pour réduire ou prévenir la morbidité et la mortalité aiguës, et pour éviter les**





effets à long terme sont: reconnaître rapidement le problème, identifier et arrêter le médicament suspect, et ne plus jamais administrer le médicament suspecté. **Une réaction cutanée grave aux médicaments nécessite une prise en charge urgente et spécialisée à l'hôpital.**

- Le **SSJ** et la **NET** sont des variantes de nécrolyse épidermique (décollement cutané affectant < 10% de la surface corporelle pour le SSJ, > 30 % pour la NET). Les réactions cutanées sont fréquemment précédées d'une détérioration de l'état général, de fièvre, de symptômes pseudo-grippaux, de symptômes près des yeux, du nez, de la gorge et des oreilles, et de douleurs cutanées.
- Le **syndrome DRESS** comprend des symptômes cliniques hétérogènes, consistant en des atteintes d'organes (en particulier le foie), s'accompagnant éventuellement de réactions cutanées et d'anomalies biologiques. La phase prodromique (avec fièvre, lymphadénopathie, symptômes de type grippal, sensation de brûlure, démangeaisons) peut survenir jusqu'à 2 semaines avant les réactions cutanées.
- La **PEAG** est caractérisée par de nombreuses petites pustules stériles, principalement non folliculaires. Les réactions cutanées surviennent simultanément à une forte fièvre et une leucocytose.

Intro 6.2.7. Hyperkaliémie

Voir aussi les Folia d'avril 2010.

- L'hyperkaliémie (concentration sérique de potassium ou $K^+ > 5,5$ mmol/l) peut provoquer des problèmes cardiaques graves (allant jusqu'à des arythmies ventriculaires) et des problèmes neuromusculaires (faiblesse musculaire allant jusqu'à la paralysie).
- L'hyperkaliémie sévère ($K^+ > 6,5$ mmol/l, ou $K^+ > 6,0$ mmol/l s'accompagnant de modifications à l'ECG) est une situation potentiellement fatale nécessitant une prise en charge immédiate en milieu hospitalier, sous monitoring cardiaque.
- Lorsque la fonction rénale est normale, le potassium excédentaire est facilement éliminé. L'hyperkaliémie est le plus souvent due à la conjonction de plusieurs facteurs parmi lesquels les plus importants sont l'insuffisance rénale (attention chez les personnes âgées et les diabétiques) et la prise de certains médicaments.
- Les groupes de médicaments pouvant causer une hyperkaliémie sont entre autres: les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), les sartans (y compris le complexe sacubitril/valsartan), les diurétiques d'épargne potassique, les suppléments potassiques, les héparines, les AINS. Par ailleurs, les médicaments suivants peuvent également être associés à une hyperkaliémie: la ciclosporine, la drospirénone, les érythropoïétines, le tacrolimus et le triméthoprim. Ces médicaments ne peuvent pas être utilisés chez les patients présentant une hyperkaliémie pré-existante. Certains médicaments contiennent des sels de potassium (p.ex. Eziclen® contient du sulfate de potassium, Gaviscon Advance Munt® du bicarbonate de potassium, Uralyt U® du citrate de potassium).
- Les suppléments potassiques et les diurétiques d'épargne potassique doivent être utilisés avec la plus grande prudence chez les patients atteints d'insuffisance rénale. Toutes les spécialités de ces groupes sont assorties du symbole  ou  (voir Intro.2.4.).
- La prudence s'impose lors de l'utilisation concomitante de plusieurs médicaments cités ci-dessus (p.ex. la spironolactone à faible dose en association à un IECA dans l'insuffisance cardiaque). Il faut éviter d'utiliser concomitamment des suppléments potassiques et des diurétiques d'épargne potassique.

Intro 6.2.8. Convulsions et crises d'épilepsie provoquées par des médicaments

- Parmi les médicaments qui peuvent provoquer des convulsions et des crises d'épilepsie, on compte notamment les antidépresseurs (ATC et apparentés, ISRS), les antipsychotiques (plus fréquemment avec la clozapine), la bupropione, les médicaments du TDAH et de la narcolepsie, les quinolones, la théophylline, le tapentadol, le tramadol. Le risque accroît lorsque ces médicaments sont associés entre eux. Chez les patients ayant une consommation abusive d'alcool, ces médicaments peuvent renforcer le risque de convulsions en cas d'arrêt brutal de la consommation d'alcool.



- La prudence est de rigueur chez les patients ayant des antécédents de convulsions.
- Des convulsions peuvent également survenir en cas d'hypoglycémie liée à des antidiabétiques.
- Parmi les médicaments susceptibles de provoquer des convulsions lorsque leur usage chronique est soudainement arrêté, on compte notamment les benzodiazépines, les Z-drugs, les barbituriques.

Intro 6.2.9. Crises de porphyrie provoquées par des médicaments

- Certains médicaments peuvent provoquer une crise de porphyrie aiguë (avec des symptômes abdominaux sévères, des douleurs, des convulsions ...). La porphyrie regroupe des affections reposant sur un trouble de la biosynthèse de l'hème, un constituant important de l'hémoglobine et d'autres protéines telles les enzymes du cytochrome P450.
- Beaucoup de médicaments ne sont pas sans risque chez les patients atteints de porphyrie. Il s'agit par exemple des inducteurs puissants du cytochrome P450 qui stimulent la synthèse de l'hème défectueux au niveau du foie (p.ex. les barbituriques, la phénytoïne). Pour d'autres médicaments, on ne connaît pas le mécanisme à l'origine de la crise aiguë de porphyrie.
- Etant donné la rareté de cette affection et les informations contradictoires dans la littérature, la porphyrie n'est mentionnée pour aucun médicament comme contre-indication dans le Répertoire. Pour obtenir des informations sur la porphyrie, vous pouvez consulter le site web *International Porphyria Network* (<https://porphyrianeet.org/en>). Ce site renvoie à la *base de données norvégienne* pour plus d'informations sur les médicaments et la porphyrie hépatique aiguë.

Intro 6.2.10. Symptômes extrapyramidaux

Voir aussi dans les *Folia april 2021* notre article sur les mouvements anormaux d'origine médicamenteuse.

- Des symptômes extrapyramidaux ont surtout été décrits avec les antipsychotiques (moins avec les antipsychotiques atypiques) et avec les gastroprokinétiques. Des symptômes extrapyramidaux ont également été décrits avec la cinnarizine.
- Principaux **symptômes extrapyramidaux aigus**:
 - dystonie: augmentation persistante ou intermittente du tonus musculaire, résultant dans des mouvements répétés de rotation ou de torsion, p.ex. au niveau des paupières ou de la nuque;
 - acathisie: agitation motrice continue et involontaire;
 - parkinsonisme: syndrome hypokinétique-hypertonique.
- Une **dyskinésie tardive** peut apparaître après des mois, voire des années d'utilisation. La dyskinésie tardive se caractérise par des mouvements anormaux du visage et de la bouche (dyskinésies oro-bucco-linguales), parfois aussi des membres. Dans les cas graves, des troubles de la parole, des difficultés à manger, à avaler ou à respirer peuvent apparaître. La dyskinésie tardive est souvent invalidante et stigmatisante, et parfois irréversible. En ce qui concerne la dyskinésie tardive due aux antipsychotiques chez l'enfant, voir *Folia de février 2026*.
- L'administration d'un anticholinergique permet d'améliorer les symptômes de dystonie. Dans le traitement des autres symptômes extrapyramidaux, le recours aux anticholinergiques est cependant très peu documenté.
- Les enfants et les personnes âgées présentent un plus grand risque de symptômes extrapyramidaux.

Intro 6.2.11. Hémolyse due à un déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD)

- Le déficit en glucose-6-phosphate déshydrogénase (G6PD) (favisme) est une maladie héréditaire causée par une anomalie (mutation) du gène G6PD. Ce déficit augmente la sensibilité des globules rouges aux dommages oxydatifs induits par des médicaments, avec risque de survenue d'hémolyse et d'anémie. Il existe de nombreuses variantes du déficit en G6PD, dont les manifestations cliniques sont variables.
- L'incidence du déficit en G6PD est faible parmi les populations autochtones des pays d'Europe du Nord (0,1 %), mais elle est plus élevée notamment en Afrique subsaharienne (8 %; variant de 3 à 23 %).
- Quels sont les médicaments concernés? (Source : *Commentaren Geneesmiddelenbewaking*, dernière



consultation le 04/04/2025)

- **Un certain nombre de médicaments doivent être évités, en raison du risque d'hémolyse, dans toutes les formes de déficit en G6PD:** bleu de méthylène, rasburicase, sulfadiazine argentique (crème). Ceci est mentionné dans le Répertoire, soit dans la rubrique "Contre-indications" (lorsque le déficit en G6PD figure parmi les contre-indications dans le RCP), soit dans la rubrique « Précautions particulières » (lorsque le déficit en G6PD n'est pas repris comme contre-indication dans le RCP).
- **D'autres médicaments sont seulement à éviter en cas de déficit en G6PD associé à une anémie hémolytique chronique, mais peuvent toutefois être administrés à doses thérapeutiques dans les variantes moins sévères:** acide acétylsalicylique, acide ascorbique (vitamine C), les quinolones, cotrimoxazole, phytoménadione (vitamine K), glibenclamide, hydroxychloroquine, isoniazide, nitrofurantoïne, paracétamol, sulfasalazine, thiamphénicol. Ceci est mentionné dans les rubriques "Effets indésirables" et "Précautions particulières" du médicament dans le Répertoire.
- Les gouttes oculaires au chloramphénicol sont à éviter chez les patients atteints d'un déficit en G6PD, en raison de l'augmentation possible du risque de cataracte.

Intro 6.3. Interactions des médicaments

- Sont mentionnés ici les principes généraux concernant les interactions médicamenteuses. Pour savoir comment ces principes généraux sont appliqués dans le Répertoire, voir *Intro.2.8*.
- Voir aussi les modules e-learning
 - *Interactions - (pas) si simples?*
 - *Interactions - les 'usual suspects'*
 - *Prise en charge des interactions dans la pratique.*
- L'effet d'un médicament peut être influencé par d'autres médicaments mais il peut aussi être influencé par l'alimentation, l'alcool et la fumée de cigarette.
 - Pour les interactions entre les médicaments et l'alcool, voir les *Folia de mars 2017*.
 - Pour plus d'informations sur les moments de prise des médicaments par rapport aux repas, voir notre série d'articles « Chaque médicament au bon moment » dans les *Folia de décembre 2023* (Partie 1 : (le matin) à jeun), les *Folia d'avril 2024* (Partie 2 : lors des repas) et les *Folia de juin 2024* (Partie 3 : à distance des repas), ainsi que notre *Folia Quiz « Chaque médicament au bon moment »*.
- L'administration de plusieurs médicaments est souvent utile, et parfois nécessaire pour obtenir un effet additif (par exemple dans l'hypertension). Parfois, une interaction est souhaitée et les médicaments sont combinés dans une association fixe, un médicament inhibant le métabolisme de l'autre (exemples: lévodopa + inhibiteur de la dopadécarboxylase, nirmatrelvir + ritonavir (un inhibiteur du CYP3A4), elvitégravir ou darunavir + cobicistat (un inhibiteur du CYP3A4)).
- L'administration de deux ou plusieurs médicaments, et en particulier la polymédication, peuvent toutefois entraîner des interactions indésirables ou entraver l'observance thérapeutique. Nous nous intéressons ci-dessous surtout aux interactions indésirables dont la pertinence clinique est estimée en fonction de leur gravité et de leur fréquence d'apparition. **Il est souvent difficile de prédire l'impact clinique d'une interaction**, la variabilité interindividuelle étant importante. En outre, la survenue d'interactions, ainsi que le degré de sévérité des interactions, sont fortement influencés par d'autres facteurs tels que les pathologies sous-jacentes, l'âge, la prédisposition génétique, les traitements médicamenteux concomitants, la dose et la durée d'utilisation.
- L'association de médicaments qui présentent des interactions doit toujours faire l'objet d'une évaluation du rapport bénéfice/risque. L'administration concomitante constitue rarement une contre-indication. Une surveillance adéquate du patient permet souvent d'administrer quand même certains médicaments de manière concomitante, moyennant néanmoins parfois un ajustement de la posologie. Il faut être particulièrement prudent lorsqu'il s'agit de médicaments dont la marge thérapeutique-toxique est étroite (voir *Intro.6.2*). Lorsque l'impact peut être cliniquement significatif, la meilleure option consiste souvent à utiliser un médicament alternatif ou à arrêter (temporairement) un médicament moins nécessaire.



- Pour certains groupes de médicaments très spécialisés présentant une très forte probabilité d'interactions, il existe des sites Web utiles et libres d'accès:
 - concernant les médicaments contre le VIH www.hiv-druginteractions.org,
 - concernant les médicaments contre l'hépatite B et C www.hep-druginteractions.org,
 - concernant les antitumoraux <https://www.cancer-druginteractions.org> (n'est plus mis à jour depuis juin 2022),
 - concernant les médicaments utilisés dans la COVID-19 <https://www.covid19-druginteractions.org/>

Les interactions peuvent être de nature pharmacodynamique ou pharmacocinétique. L'importance des interactions pharmacodynamiques est souvent sous-estimée, probablement parce que contrairement aux interactions pharmacocinétiques, elles ne peuvent pas être détectées par mesure des concentrations plasmatiques.

Interactions pharmacodynamiques

- On parle d'interactions pharmacodynamiques lorsque l'administration de plusieurs médicaments ou l'administration de médicaments avec des aliments ou de l'alcool p.ex., entraîne une **modification de la réponse, sans que les concentrations des médicaments concernés ne soient modifiées dans l'organisme**.
- Les effets des médicaments peuvent être potentialisés ou inhibés par d'autres médicaments. Il s'agit p.ex. d'une compétition au niveau d'un récepteur (un agoniste et un antagoniste), de l'action de plusieurs médicaments sur un même organe cible (p.ex. le cerveau, entraînant une sédation excessive), ou de médicaments qui agissent à différents niveaux d'un même système (p.ex. en perturbant l'homéostasie cardio-vasculaire ou le processus normal de coagulation).
- Les interactions pharmacodynamiques sont souvent un effet de classe, alors que les interactions pharmacocinétiques sont plus souvent spécifiques à un médicament en particulier.
- Comme pour les interactions pharmacocinétiques, les interactions pharmacodynamiques sont surtout importantes pour les médicaments à marge thérapeutique-toxique étroite (*voir Intro.6.2.*).

Interactions pharmacocinétiques

- Les interactions pharmacocinétiques peuvent avoir lieu au niveau de l'absorption, de la distribution, du métabolisme et de l'excrétion d'un médicament. On parle **d'interactions pharmacocinétiques lorsque la concentration d'un médicament (le "médicament cible") est modifiée dans l'organisme** par un autre médicament ou p.ex. par l'alimentation ou par l'alcool.
- **La modification de la concentration d'un médicament dans l'organisme n'entraîne pas nécessairement une modification significative de la réponse clinique** et les modifications mineures des concentrations seront souvent sans conséquences.
- **L'augmentation de la concentration** d'un médicament a évidemment plus d'importance lorsque le "médicament cible" est susceptible de provoquer des effets indésirables potentiellement fatals, tels que les médicaments ayant une marge thérapeutique-toxique étroite (*voir Intro.6.2.*). Avec ces substrats, il convient également d'être vigilant vis-à-vis d'interactions pharmacodynamiques.
- Une **diminution des concentrations plasmatiques** peut entraîner un échec thérapeutique, ce qui peut jouer un rôle très important avec les médicaments à marge thérapeutique-toxique étroite ou avec les contraceptifs par exemple.
- Il convient d'être très attentif aux interactions qui entraînent une accélération ou un ralentissement du **métabolisme** hépatique du substrat ("médicament cible").
 - Le ralentissement du métabolisme par des inhibiteurs enzymatiques peut renforcer la réponse, tandis que l'accélération du métabolisme par des inducteurs enzymatiques atténue la réponse.
 - Des exceptions sont possibles. Pour un certain nombre de médicaments, appelés « prodrogues », la transformation en métabolite actif est nécessaire pour obtenir l'effet (par exemple, le clopidogrel, la codéine, le tamoxifène, le prasugrel). Pour ces médicaments, les conséquences de l'inhibition et de l'induction enzymatique sont inversées : le ralentissement du métabolisme par des inhibiteurs enzymatiques entraîne une diminution de la transformation en médicament actif et peut donc atténuer la réponse. Pour les médicaments se transformant en métabolites actifs mais qui sont eux-mêmes actifs (par exemple le tramadol), la situation est plus complexe et les conséquences de l'induction ou de l'inhibition enzymatique sont difficiles à prévoir.



- **Interactions impliquant le CYP450**
 - Le métabolisme hépatique des médicaments se fait principalement sous l'influence du système cytochrome P450 (CYP) dans lequel interviennent plusieurs isoenzymes CYP. Chez l'être humain, ce sont surtout les isoenzymes CYP1A2, CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6 et CYP3A4 qui interviennent dans le métabolisme des médicaments fréquemment utilisés. Le *Tableau 1c* et Le *Tableau 1e* reprennent les principaux substrats, inhibiteurs et inducteurs de ces isoenzymes CYP.
 - Certains médicaments sont métabolisés exclusivement ou principalement par l'une de ces isoenzymes, mais un médicament est souvent le substrat de plusieurs isoenzymes.
 - Les médicaments, l'alcool, le tabagisme, le jus de pamplemousse/pomélo et les extraits de plantes peuvent renforcer (induire) ou diminuer (inhiber) l'activité de ces isoenzymes. Certains inhibiteurs ou inducteurs sont plus puissants ou moins puissants que d'autres, leur effet dépend aussi de leur concentration et donc de la dose utilisée. Par ailleurs, cet effet varie aussi beaucoup d'un individu à l'autre. Il est clair que l'impact d'un inhibiteur ou d'un inducteur peut être plus important si le "médicament cible" (le substrat) est métabolisé exclusivement ou principalement par une seule isoenzyme, et si la marge thérapeutique-toxique est étroite.
 - Les interactions au niveau des isoenzymes CYP peuvent être étudiées *in vitro*, en mesurant les concentrations plasmatiques, ou en étudiant la réponse à un médicament. Une modification *in vitro* ou une modification de la concentration plasmatique ne donne cependant pas toujours lieu à une modification cliniquement significative de la réponse.
- **Interactions impliquant des protéines de transport membranaires**
 - La glycoprotéine P (P-gp) est une pompe dépendant de l'ATP, présente dans certaines membranes cellulaires, qui élimine des substances étrangères des cellules. La P-gp diminue l'absorption intestinale des substrats, augmente leur élimination hépatique et rénale, et diminue la diffusion au niveau de la barrière hémato-encéphalique des substrats dans le cerveau. Les inducteurs de la P-gp diminuent les concentrations plasmatiques de leurs substrats; les inhibiteurs augmentent la concentration plasmatique de leurs substrats. Le *Tableau 1d* et Le *Tableau 1e* reprennent les principaux substrats, inhibiteurs et inducteurs de la P-gp. Plusieurs de ces substrats, inhibiteurs et inducteurs de la P-gp le sont également pour l'isoenzyme CYP3A4.
 - À l'inverse de la P-gp, les transporteurs **OAT (organic anion transporters)** et **OATP (organic anion transporting polypeptides)** facilitent l'entrée des substrats dans la cellule. Ces transporteurs sont situés sur les membranes cellulaires de divers organes. Au niveau du rein, ces transporteurs (surtout OAT1 et OAT3) sont impliqués dans l'excrétion rénale de certains médicaments : ils diminuent les concentrations plasmatiques du médicament. Le probénécide étant un inhibiteur de l'OAT1 et de l'OAT3, il peut diminuer l'excrétion rénale de certains médicaments (par exemple, les pénicillines, certaines céphalosporines, le méthotrexate). Au niveau du foie, l'OATP1B1 et l'OATP1B3 jouent un rôle important dans l'absorption de certains médicaments. La ciclosporine étant un inhibiteur de l'OATP1B1 et de l'OATP1B3, elle peut augmenter les concentrations plasmatiques des statines, du bosentan et de l'ambrisentan. Certains inhibiteurs de la protéase du VIH (atazanavir + ritonavir ; lopinavir + ritonavir) et le roxadustat sont des inhibiteurs de l'OATP et peuvent donc augmenter les concentrations plasmatiques des statines. Les interactions impliquant l'inhibition de l'OATP sont souvent complexes et donc imprévisibles.

Tableau 1c. Les isoenzymes CYP avec leurs substrats, inhibiteurs et inducteurs

Les substrats, les inhibiteurs et les inducteurs avec lesquels on s'attend à des interactions cliniques particulièrement importantes sont indiqués en gras. Bien évidemment, cela ne signifie pas que les interactions avec les médicaments qui ne sont pas mis en gras soient dénuées de risques. Pour plus d'informations, voir *Intro.6.3*.

	Substrats	Inhibiteurs (↑ concentration plasmatique du substrat)	Inducteurs (↓ concentration plasmatique du substrat)
--	------------------	--	---



CYP1A2	<ul style="list-style-type: none"> • Agomélatine, amitriptyline, anagrélide, clomipramine, clozapine, caféine, dacarbazine, duloxétine, fézolinétant, flécaïnide, fluvoxamine, frovatriptan, halopéridol, imipramine, lidocaïne, mélatonine, naproxène, olanzapine, pifénidon, pomalidomide, propranolol, rasagiline, riluzol, ropinirol, ropivacaïne, théophylline, tizanidine, warfarine, zolmitriptan 	<ul style="list-style-type: none"> • Ciprofloxacine, déférasirox, fluvoxamine, ritléctinib, rucaparib, vemurafenib 	<ul style="list-style-type: none"> • Acalabrutinib, carbamazépine, phénobarbital, fumée de cigarettes, phénytoïne, lazertinib, momélotinib, primidone, rifampicine, ritonavir, teriflunomide
CYP2B6	<ul style="list-style-type: none"> • Artéméther, bupropione, cyclofosfamide, éfavirenz, eskétamine, ifosfamide, kétamine, méthadone, névirapine, propofol, tramadol (prodrogue) 	<ul style="list-style-type: none"> • Clopidogrel, momélotinib, thiotépa, ticlopidine, voriconazol 	<ul style="list-style-type: none"> • Carbamazépine, cénobamate, éfavirenz, ivosidénib, momélotinib, rifampicine, ritonavir
CYP2C8	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarone, dabrafénib, enzalutamide, étrasimod, lopéramide, montélukast, paclitaxel, pioglitazon, repaglinide, roxadustat, 	<ul style="list-style-type: none"> • Abirateron, clopidogrel, co-trimoxazol, déférasirox, linzagolix, selpercatinib, tériflunomide, triméthoprime, tucatinib 	<ul style="list-style-type: none"> • Ivosidénib, rifampicine



	sélexipag, tucatinib		
CYP2C9	<ul style="list-style-type: none"> Abrocitinib, acénocoumarol, acide valproïque, amitriptyline, atomoxétine, avatrombopag, célécoxib, diclofénac, étrasimod, fluoxétine, flurbiprofène, gliclazide, glimepiride, ibuprofène, indométacine, irbésartan, losartan, méloxicam, phénobarbital, phenprocoumone, phénytoïne, piroxicam, siponimod, warfarine 	<ul style="list-style-type: none"> Amiodaron, asciminib, capécitabine, ceritinib, co- trimoxazole, fluconazole, fluvoxamine, miconazole, noscapine, rucaparib, sulfaméthoxazole, tégafur, voriconazole 	<ul style="list-style-type: none"> Apalutamide, bosentan, carbamazépine, dabrafenib, enzalutamide, ivosidénib (ivosidénib), phénobarbital, phénytoïne, primidon, rifampicine, ritonavir
CYP2C19	<ul style="list-style-type: none"> Abrocitinib, acide valproïque, amitriptyline, atomoxétine, brivaracetam, citalopram, clobazam, clomipramine, clopidogrel (prodrogue), co- trimoxazol, cyclophosphamide , diazépam, escitalopram, ésoméprazole, imipramine, labetalol, lansoprazol, mavacamten, oméprazole, pantoprazole, phénobarbital,phé 	<ul style="list-style-type: none"> Cénobamate, esoméprazole, fluconazole, fluoxetine, fluvoxamine, isoniazide, modafinil, oméprazole, rucaparib, ticlopidine, topiramate, voriconazole 	<ul style="list-style-type: none"> Apalutamide, efavirenz, enzalutamide, ivosidénib, rifampicine



	<p>nytoïne, progestérone proguanil, propranolol, rabéprazole, venlafaxine, voriconazole, warfarine</p>		
CYP2D6	<ul style="list-style-type: none"> Amitriptyline, aripiprazole, atomoxétine, carvédilol, chlorphénamine, citalopram, clomipramine, clozapine, codéine (prodrogue), darifénacine, dextrométhorphan e, dihydrocodéine, donépézil, duloxétine, éliglustat, escitalopram, éthylmorphine (prodrogue), flécaïnide, fluoxétine, fluvoxamine, galantamine, halopéridol, imipramine, métoproclamide, métoprolol, nébivolol, nortriptyline, ondansétron, oxycodone, palonosétron, paroxétine, pomalidomide, propafénone, propranolol, ranolazine, rispéridone, tamoxifène (prodrogue), tétrabénazine, timolol, 	<ul style="list-style-type: none"> Abiratérone, amiodarone, bérotalstat, bupropion, célécoxib, cinacalcet, citalopram, diphényhydramine, duloxétine, escitalopram, fédratinib, fluoxétine, fluvoxamine, mirabegron, paroxétine, pitolisant, propafénone, ranolazine, ritonavir, sertraline, terbinafine, vemurafenib, venlafaxine 	



	<p>toltérodine, tramadol (prodrogue), uméclidinium, venlafaxine, zuclopenthixol</p>		
CYP3A4	<ul style="list-style-type: none"> • Abémaciclib, abiratérone, acalabrutinib, alectinib, alfentanil, almotriptan, alprazolam, amiodarone, amlodipine, apixaban, aprépitant, aripiprazole, asciminib, atazanavir, atogépant, atorvastatine, avanafil, avatrombopag, axitinib, bosentan, bosutinib, brigatinib, bromocriptine, budésonide, buprénorphine, cabazitaxel, cabergoline, cabozantinib, cannabidiol, capivasertib, carbamazépine, cariprazine, chlormadinone, céritinib, ciclosporine, clarithromycine, clobazam, clopidogrel, cobimétinib, codéine, colchicine, crizotinib, cyclofosfamide, dabrafénib, 	<ul style="list-style-type: none"> • Amiodarone, aprépitant (pendant les 3 jours de traitement), asciminib, bérotralstat, capivasertib, céritinib, ciprofloxacine, clarithromycine, cobicistat, crizotinib, darunavir, diltiazem, entrectinib, érythromycine, fluconazole, fluvoxamine, fosaprépitant (pendant les 3 jours de traitement), idébénone, idéalisib, imatinib, isavuconazole, itraconazole, ivacaftor, kétoconazole, létermovir, lopinavir, netupitant, nilotinib, pamplémousse/po mélo, posaconazol, ranolazine, ribociclib, ritlectinib, ritonavir, rucaparib, selpercatinib, ticagrélor, 	<ul style="list-style-type: none"> • Apalutamide, aprepitant (après la fin du traitement), bosentan, carbamazépine, cénobamate, dabrafénib, éfavirenz, enzalutamide, etravirine, fosaprépitant (après la fin du traitement), ivosidénib, lorlatinib, lumacaftor, mitotane, modafinil, névirapine, oxcarbazépine, phénobarbital, phénytoïne, primidon, rifabutine, rifampicine, rifamycine, topiramate (haute dose), millepertuis, vemurafenib



	darifénacine, darolutamide, daru navir, dasatinib , desfésotérodine, désogestrel, dexaméthasone, diazépam, diénogest, diltiazem, disopyramide , docetaxel , dolutegravir, dompéridone , donépézil , drospirénone, dutastéride, ébastine, élériptan, élexacaftor, eliglustat, encorafénib , enfortumab vedotin , enzalutamide , entrectinib , éplérénone, éravacycline, ergotamine, erlotinib , erythromycine , eskétamine, ésoméprazole, estradiol, estriol, éthinylestadiol, éthosuximide , étonogestrel, étoposide , étrasimod, éverolimus , exémestane , fédrationib , félodipine, fentanyl , fésotérodine, finastéride, finérénone, fingolimod, flurazépam, fluticasone,	tucatinib , vérapamil, voriconazole	
--	--	---	--



	<p>fosaprépitant, galantamine, gefitinib, gestodène, giltéritinib, granisétron, guanfacine, halopéridol, hydrocortisone, ibrutinib, idelalisib, ifosfamide, imatinib, indacatérol, irinotécan, isavuconazole, itraconazole, ivabradine, ivacaftor, ivermectine, ivosidénib, ixazomib, kétamine, kétoconazole, kinidine, kinine, lapatinib, lansoprazole, larotrectinib, lazertinib, lenvatinib, lercanidipine, létermovir, létrozole, lévonorgestrel, lidocaïne, linagliptine, lopéramide, lopinavir, loratadine, lorlatinib, luméfantrine, macitentan, maraviroc, maribavir, mavacamten, méfloquine, méthadone, méthylprednisolo ne, midazolam,</p>		
--	---	--	--



	<p>midostaurine, mifépristone, mirabégron, modafinil, mométasone, naldémédine, naloxone, nétupitant, névirapine, nicardipine, nifédipine, nilotinib, nimodipine, nirmatrelvir, nomégestrol, norelgestromin, oestrogenen, oestroprogestagen en, olaparib, oméprazole, ondansétron, osimertinib, oxybutynine, oxycodone, paclitaxel, palbociclib, pantoprazole, pazopanib, pemigatinib, pérampanel, pimozide, pitolisant, pomalidomide, ponatinib, prednisone, prednisolone, progestagenen, quetiapine, ranolazine, réboxétine, régorafénib, rilpivirine, ribociclib, rifabutine, rifaximine, rimégépant, riociguat, riprétinib, rispéridone,</p>		
--	---	--	--



	<p>ritonavir, rivaroxaban, ruxolitinib, salmétérol, saxagliptine, sélexipag, selpercatinib, sélumétinib, sertindole, sildénafil, silodosine, simvastatine, siponimod, sirolimus, sitagliptine, solifenacine, sonidégit, sorafénib, sufentanil, sunitinib, tacrolimus, tadalafil, tamoxifène, tamsulosine, terbinafine, testostérone, tezacaftor, ticagrélor, thiotépa, tiagabine, ticlopidine, tofacitinib, toltérodine, tolvaptan, topiramate, trabectédine, trastuzumab- emtansine, trazodon, triamcinolone, triazolam, triméthoprim, tucatinib, ulipristal, upadacitinib, vandétanib, vardénafil, velpatasvir, vémurafénib,</p>		
--	---	--	--



	vénetoclax, venlafaxine, vérapamil, vibégron, vilantérol, vinblastine, vincristine, vinorelbine, vismodégib, voclosporine, voriconazol, voxilaprévir, yohimbine, zanubrutinib, zolpidem, zonisamide, zopiclone		
--	---	--	--

Tableau Id. Substrats, inhibiteurs et inducteurs de la glycoprotéine P (P-gp)

Les substrats, les inhibiteurs et les inducteurs avec lesquels on s'attend à des interactions cliniques particulièrement importantes sont indiqués en gras. Bien évidemment, cela ne signifie pas que les interactions avec les médicaments qui ne sont pas mis en gras soient dénuées de risques. Pour plus d'informations, voir Intro.6.3.

Substrats	Inhibiteurs (↑ concentration plasmatique du substrat)	Inducteurs (↓ concentration plasmatique du substrat)
Acalabrutinib, afatinib, alfentanil, ambrisentan, amisulpride, amitriptyline, apixaban, atazanavir, atogépan, atorvastatine, azithromycine, bérotralstat, budésoude, canagliflozine, carvédilol, céritinib, cétirizine, ciclosporine, citalopram, clopidogrel, cobimétinib, colchicine, dabigatran, dabrafénib, dasatinib, daunorubicine, desloratidine, dexaméthasone, digoxine, diltiazem, docétaxel, dompéridone, doxorubicine, dropéridol, édoxaban, élétriptan, eliglustat, emtricitabine, erlotinib, érythromycine, éthinylestradiol, étoposide, évérolimus, fentanyl, fexofénadine, fidaxomicine, géfitinib, gilteritinib, glécaprévir, imatinib, indacatérol, irinotécan, itraconazole, lapatinib, larotrectinib, ledipasvir, lénacapavir, lenvatinib, linagliptine, lopéramide, loratadine, maraviroc, méfloquine, méthylprednisolone,	Amiodarone, azithromycine, bérotralstat, ciclosporine, clarithromycine, diltiazem, erdafitinib, érythromycine, glécaprévir, idébénone, isavuconazole, itraconazole, ivacaftor, ivosidénib, kétoconazole, lapatinib, ledipasvir, lénacapavir, momélotinib, pibrentasvir, propafénone, ranolazine, ritonavir, rucaparib, tépotinib, ticagrélor, tucatinib, vandétanib, velpatasvir, vénetoclax, vérapamil, vibégron, voclosporine, voxilaprévir	Carbamazépine, ivosidénib, millepertuis, rifampicine



mirabégron, mitomycine , morphine , naldémédine, naloxone, nilotinib , niraparib , nintédanib , nortriptyline, ondansétron , odévixibat, oséltamivir, paclitaxel , paroxétine, pibrentasvir, pomalidomide , posaconazole , prednisone, raltégravir, ranolazine, rélugolix, rifampicine, rifaximine, rimégépan, riociguat, riprétinib, rispéridone, ritonavir, rivaroxaban , saxagliptine, sertraline, silodosine, sirolimus , sitagliptine, sofosbuvir, sorafénib , sunitinib , tacrolimus , talazoparib , ténofovir, tépotinib , ticagrélor, tolvaptan, topotécan , trabectédine , tucatinib , uméclidinium, velpatasvir, vibégron, vénetoclax , venlafaxine, vérapamil, vilantérol, vinblastine , vincristine , vinorelbine , vismodégib , voxilaprèvir		
--	--	--

Le Tableau Ie. (Liste alphabétique des substrats, inhibiteurs et inducteurs des isoenzymes CYP et P-gp)

Les substrats, les inhibiteurs et les inducteurs avec lesquels on s'attend à des interactions cliniques particulièrement importantes sont indiqués en caractères gras. Bien évidemment, cela ne signifie pas que les interactions avec les médicaments qui ne sont pas mis en gras soient dénuées de risques. Pour plus d'informations, voir *Intro.6.3.*

	Substrat de	Inhibiteur de	Inducteur de
abémaciclib	3A4		
abiratérone	3A4	2D6	
abrocitinib	2C9 2C19		
acalabrutinib	3A4 P-gp	3A4	1A2
acénocoumarol	2C9		
acide valproïque	2C9 2C19		
afatinib	P-gp		
agomélatine	1A2		
alectinib	3A4		
alfentanil	3A4 P-gp		
almotriptan	3A4		
alprazolam	3A4		
ambrisentan	P-gp		
amiodarone	2C8 3A4	2C9 2D6 3A4 P-gp	
amisulpiride	P-gp		



amitriptyline	1A2 2C9 2C19 2D6 P-gp		
amlodipine	3A4		
anagrélide	1A2		
apalutamide			2C9 2C19 3A4
apixaban	3A4 P-gp		
aprépitant	3A4	3A4 (pendant les 3 jours de traitement)	2C9 3A4 (après la fin du traitement)
aripiprazole	2D6 3A4		
artéméther	2B6		
asciminib	3A4	3A4 2C9	
asénapine		3A4	
atazanavir	3A4 P-gp		
atogépant	3A4 P-gp		
atomoxétine	2C9 2C19 2D6		
atorvastatine	3A4 P-gp		
avanafil	3A4		
avatrombopag	2C9 3A4		
axitinib	3A4		
azithromycine	P-gp	P-gp	
bérolstat	P-gp	2D6 3A4 P-gP	
bosentan	3A4		2C9 3A4
bosutinib	3A4		
brigatinib	3A4		
brivaracétam	2C19		
bromocriptine	3A4		
budésonide	3A4 P-gp		
buprénorphine	3A4		
bupropione	2B6	2D6	
cabazitaxel	3A4		
cabergoline	3A4		
cabozantinib	3A4		
canagliflozine	P-gp		
cannabidiol	3A4		
capivasertib	3A4	3A4	



caféine	1A2	1A2	
capécitabine		2C9	
carbamazépine	3A4		1A2 2B6 2C9 3A4 P-gp
cariprazine	3A4		
carvédilol	2D6 P-gp		
célécoxib	2C9	2D6	
cénobamate		2C19	2B6 3A4
céritinib	3A4 P-gp	2C9 3A4	
cétirizine	P-gp		
chlormadinone	3A4		
ciclosporine	3A4 P-gp	P-gp	
cinacalcet		2D6	
ciprofloxacine		1A2 3A4	
citalopram	2C19 2D6 P-gp	2D6	
clarithromycine	3A4	3A4 P-gp	
clobazam	2C19 3A4		
clomipramine	1A2 2C19 2D6		
clopidogrel (prodrogue)	2C19 3A4 P-gp	2B6 2C8	
clozapine	1A2 2D6		
cobicistat		3A4	
cobimétinib	3A4 P-gp		
codéine (prodrogue)	2D6 3A4		
colchicine	3A4 P-gp		
co-trimoxazole	2C19	2C8 2C9	
crizotinib	3A4	3A4	
cyclophosphamide	2B6 2C19 3A4		
dabigatran	P-gp		
dabrafénib	2C8 3A4 P-gp		2C9, 3A4
dacarbazine	1A2		
darifénacine	2D6 3A4		
darunavir	3A4	3A4	
darolutamide	3A4		
dasatinib	3A4 P-gp		
daunorubicine	P-gp		



déférasirox		1A2 2C8	
desfésotérodine	3A4		
desloratadine	P-gp		
désogestrel	3A4		
dexaméthasone	3A4 P-gp		
dextrométhorphane	2D6		
diazépam	2C19 3A4		
diclofénac	2C9		
diénogest	3A4		
digoxine	P-gp		
dihydrocodéine	2D6		
diltiazem	3A4	3A4 P-gp	
diphenhydramine		2D6	
disopyramide	3A4		
docétaxel	3A4 P-gp		
dolutégravir	3A4		
dompéridone	3A4 P-gp		
donépézil	2D6 3A4		
doxorubicine	P-gp		
dropéridol	P-gp		
drospirénone	3A4		
duloxétine	1A2 2D6	2D6	
dutastéride	3A4		
ébastine	3A4		
édoxaban	P-gp		
éfavirenz	2B6		2B6 2C19 3A4
élétriptan	3A4 P-gp		
élexacaftor	3A4		
éliglustat	2D6 3A4 P-gp		
emtricitabine	P-gp		
encorafénib	3A4		
enfortumab vedotin	3A4		
entrectinib	3A4	3A4	
enzalutamide	2C8 3A4		2C9 2C19 3A4



éplérénone	3A4		
éravacycline	3A4		
erdafitinib	2C9 3A4	P-gp	
ergotamine	3A4		
erlotinib	3A4 P-gp		
érythromycine	3A4 P-gp	3A4 P-gp	
escitalopram	2C19 2D6	2D6	
eskétamine	2B6 3A4		
ésoméprazole	2C19 3A4	2C19	
estradiol	3A4		
estriol	3A4		
estrogènes	3A4		
estroprogestatifs	3A4		
éthynylestradiol	3A4 P-gp		
éthosuximide	3A4		
éthylmorphine (prodrogue)	2D6		
étonogestrel	3A4		
étoposide	3A4 P-gp		
étrasimod	2C8 2C9 3A4		
étravirine			3A4
évérolimus	3A4 P-gp		
exémestan	3A4		
fédrationib	3A4	2D6	
félodipine	3A4		
fentanyl	3A4 P-gp		
fésotérodine	3A4		
fexofénadine	P-gp		
fézolinétant	1A2		
fidaxomicine	P-gp		
finastéride	3A4		
finérénone	3A4		
finolimod	3A4		
flécaïnide	1A2 2D6		
fluconazole		2C9 2C19 3A4	



fluoxétine	2C9 2D6	2C19 2D6	
flurazépam	3A4		
flurbiprofène	2C9		
fluticasone	3A4		
fluvoxamine	1A2 2D6	1A2 2C9 2C19 2D6 3A4	
fosaprépitant	3A4	3A4 (pendant les 3 jours de traitement)	3A4 (après la fin du traitement)
frovatriptan	1A2		
fumée de cigarettes			1A2
galantamine	2D6 3A4		
géfítinib	3A4		
gestodène	3A4		
giltéritinib	3A4 P-gp		
glécaprévir	P-gp	P-gp	
gliclazide	2C9		
glimépiride	2C9		
granisétron	3A4		
guanfacine	3A4		
halopéridol	1A2 2D6 3A4		
hydrocortisone	3A4		
ibuprofène	2C9		
ibrutinib	3A4		
idébénone		3A4 P-gp	
idélalisib	3A4	3A4	
ifosfamide	2B6 3A4		
imatinib	3A4 P-gp	3A4	
imipramine	1A2 2C19 2D6		
indacatérol	3A4 P-gp		
indométacine	2C9		
irbésartan	2C9		
irinotécan	3A4 P-gp		
isavuconazole	3A4	3A4, P-gp	
isoniazide		2C19	
itraconazole	3A4 P-gp	3A4 P-gp	



ivabradine	3A4		
ivacaftor	3A4	3A4 P-gp	
ivermectine	3A4		
ivosidénib	3A4	P-gp	2B6 2C8 2C9 2C19 3A4 P-gp
ixazomib	3A4		
kétamine	2B6 3A4		
kétoconazole	3A4	3A4 P-gp	
labétalol	2C19		
lansoprazole	2C19 3A4		
lapatinib	3A4 P-gp	P-gp	
lazertinib	3A4		1A2
larotrectinib	3A4 P-gp	3A4	
lédipasvir	P-gp	P-gp	
lénacapavir	3A4 P-gp	3A4 P-gp	
lenvatinib	3A4 P-gp		
lercanidipine	3A4		
létermovir	3A4	3A4	2C19
létrozole	3A4		
lévonorgestrel	3A4		
lidocaïne	1A2, 3A4		
linagliptine	3A4 P-gp		
linzagolix		2C8	
lopéramide	2C8 3A4 P-gp		
lopinavir	3A4	3A4	
loratidine	3A4 P-gp		
lorlatinib	3A4		3A4
losartan	2C9		
lumacaftor			3A4
luméfántrine	3A4		
macitentan	3A4		
maraviroc	3A4 P-gp		
maribavir	3A4	P-gp	
mavacamten	2C19 3A4		



méfloquine	3A4 P-gp		
mélatonine	1A2		
méloxicam	2C9		
méthadone	2B6 3A4		
méthylprednisolone	3A4 P-gp		
métoclopramide	2D6		
métoprolol	2D6		
miconazole		2C9	
midazolam	3A4		
millepertuis			2C19 3A4 P-gp
midostaurine	3A4		
mifépristone	3A4		
mirabégron	3A4 P-gp	2D6	
mitomycine	P-gp		
mitotane			3A4
modafinil	3A4	2C19	3A4
momélotinib		2B6 P-gp	1A2 2B6
mométasone	3A4		
montélukast	2C8		
morphine	P-gp		
naldémédine	3A4 P-gp		
naloxone	3A4 P-gp		
naproxène	1A2		
nébivolol	2D6		
nétupitant	3A4	3A4	
névirapine	2B6 3A4		3A4
nicardipine	3A4		
nifédipine	3A4		
nilotinib	3A4 P-gp	3A4	
nimodipine	3A4		
nintédanib	P-gp		
niraparib	P-gp		
nirmatrelvir	3A4		
nomégestrol	3A4		



norelgestromine	3A4		
norfloxacin		1A2	
nortriptyline	2D6 P-gp		
noscapine		2C9	
odéxibat	P-gp		
olanzapine	1A2		
olaparid	3A4		
oméprazole	2C19 3A4	2C19	
ondansétron	2D6 3A4 P-gp		
oséltamivir	P-gp		
osimertinib	3A4		
oxcarbazépine			3A4
oxybutynine	3A4		
oxycodone	2D6 3A4		
paclitaxel	2C8 P-gp 3A4		
palbociclib	3A4		
pamplemousse		3A4	
palonosétron	2D6		
pantoprazole	2C19 3A4		
paroxétine	2D6 P-gp	2D6	
pazopanib	3A4		
pemigatinib	3A4		
phénobarbital	2C19		1A2 2C9 3A4
phenprocoumon	2C9		
phénytoïne	2C9 2C19		1A2 2C9 3A4
pérampanel	3A4		
pibrentasvir	P-gp	P-gp	
pimozide	3A4		
pioglitazone	2C8		
pirfénidone	1A2		
piroxicam	2C9		
pitolisant	3A4	2D6	3A4
pomalidomide	1A2 2D6 3A4 P-gp		
pomélo		3A4	



ponatinib	3A4		
posaconazole	P-gp	3A4	
prednisone	3A4 P-gp		
prednisolone	3A4		
primidone			1A2 2C9 3A4
progestérone	2C19		
progestatifs	3A4		
proguanil	2C19		
propafénone	2D6	2D6 P-gp	
propofol	2B6		
propranolol	1A2 2D6 2C19		
quétiapine	3A4		
quinidine	3A4		
quinine	3A4		
rabéprazole	2C19		
raltégravir	P-gp		
ranolazine	2D6 3A4 P-gp	2D6 3A4 P-gp	
rasagiline	1A2		
répaglinide	2C8		
reboxétine	3A4		
régorafénib	3A4		
rélugolix	P-gp		
ribociclib	3A4	3A4	
rifabutine	3A4		3A4
rifampicine	P-gp		1A2 2B6 2C8 2C9 2C19 3A4 P-gp
rifamycine			3A4
rifaximine	3A4 P-gp		
riluzole	1A2		
rilpivirine	3A4		
rimégé pant	3A4 P-gp		
riociguat	2C8 3A4 P-gp		
riprétinib	3A4 P-gp		
rispéridone	2D6 3A4 P-gp		



ritlécitinib	1A2 3A4		
ritonavir	3A4 P-gp	2D6 3A4 P-gp	1A2 2B6 2C9
rivaroxaban	3A4 P-gp		
ropinirole	1A2		
ropivacaïne	1A2		
roxadustat	2C8		
rucaparib		1A2 2C9 2C19 3A4 P-gp	
ruxolitinib	3A4		
salmétérol	3A4		
saxagliptine	3A4 P-gp		
sélexipag	2C8 3A4		
selpercatinib	3A4	2C8 3A4	
sélumétinib	3A4		
sertindole	3A4		
sertraline	P-gp	2D6	
sildénafil	3A4		
silodosine	3A4 P-gp		
simvastatine	3A4		
siponimod	2C9 3A4		
sirolimus	3A4 P-gp		
sitagliptine	3A4 P-gp		
sofosbuvir	P-gp		
solifénacine	3A4		
sonidégib	3A4		
sorafénib	3A4 P-gp		
sufentanil	3A4		
sulfaméthoxazole		2C9	
sunitinib	3A4 P-gp		
tacrolimus	3A4 P-gp		
tadalafil	3A4		
talazoparib	P-gp		
tamoxifène (prodrogue)	2D6 3A4		
tamsulosine	3A4		
tégafur		2C9	



ténofovir	P-gp		
tépotinib	P-gp	P-gp	
terbinafine	3A4	2D6	
tériflunomide		2C8	1A2
testostérone	3A4		
tétrabénazine	2D6		
tezacaftor	3A4		
théophylline	1A2		
thiotépa	3A4	2B6	
tiagabine	3A4		
ticagrélor	3A4 P-gp	3A4 P-gp	
ticlopidine	3A4	2B6 2C19	
timolol	2D6		
tizanidine	1A2		
tofacitinib	3A4		
toltérodine	2D6 3A4		
tolvaptan	3A4 P-gp		
topiramate	3A4	2C19	3A4 (à fortes doses)
topotécan	P-gp		
trabectédine	3A4 P-gp		
tramadol	2B6 2D6		
trastuzumab emtansine	3A4		
trazodone	3A4		
tréprostinil	2C8		
triamcinolone	3A4		
triazolam	3A4		
triméthoprime	3A4	2C8	
tucatinib	2C8 3A4 P-gp	2C8 3A4 P-gp	
ulipristal	3A4		
uméclidinium	2D6 P-gp		
upadacitinib	3A4		
vandétanib	3A4	P-gp	
vardénafl	3A4		
velpatasvir	3A4 P-gp	P-gp	



vémurafénib	3A4	2D6	3A4
vénétoclax	3A4 P-gp	P-gp	
venlafaxine	2D6 2C19 3A4 P-gp	2D6	
vérapamil	3A4 P-gp	3A4 P-gp	
vibégron	3A4 P-gp	P-gp	
vilantérol	3A4 P-gp		
vinblastine	3A4 P-gp		
vincristine	3A4 P-gp		
vinorelbine	3A4 P-gp		
vismodegib	3A4 P-gp		
voclosporine	3A4	P-gp	
voriconazole	2C19 3A4	2B6 2C9 2C19 3A4	
voxilaprévir	3A4 P-gp	P-gp	
warfarine	1A2 2C9 2C19		
yohimbine	3A4		
zanubritinib	3A4		
zolmitriptan	1A2		
zolpidem	3A4		
zonisamide	3A4		
zopiclone	3A4		
zuclopenthixol	2D6		

Intro 6.4. Médicaments pendant la grossesse

- Sont expliqués ci-dessous les principes généraux concernant l'utilisation des médicaments pendant la grossesse. Pour savoir comment ces principes généraux sont appliqués dans le Répertoire, voir *Intro.2.6*.
- Voir aussi *Folia de décembre 2006 et Folia de février 2019*.
- L'**acide folique** est administré en période pré- et péri-conceptionnelle (jusqu'à la fin du 1er trimestre), pour prévenir les anomalies du tube neural (voir *14.2.2.6*).
- **Certains vaccins non vivants** sont explicitement recommandés aux femmes enceintes par le Conseil Supérieur de la Santé (CSS): le vaccin contre la grippe (voir *12.1.1.5*), le vaccin contre la coqueluche (voir *12.1.2.3*) et, en l'absence d'une vaccination antérieure, la primovaccination contre le tétanos (voir *12.1.2.1*). Le CSS recommande la vaccination contre la COVID-19 chez les femmes enceintes présentant des comorbidités ou susceptibles de présenter une grossesse à haut risque, quel que soit le stade de la grossesse (voir *12.1.1.16*). En ce qui concerne la vaccination de la femme enceinte contre le VRS pour protéger le nourrisson, voir *12.1.1.18*. Il est préférable de ne pas administrer de vaccin vivant pendant la grossesse (voir *12.1*. > Grossesse et allaitement).
- **Toujours évaluer le rapport bénéfice/risque pour la mère et l'enfant à naître** lorsqu'un traitement médicamenteux s'avère nécessaire chez la femme enceinte. Cette évaluation doit également prendre en compte les risques, pour la mère et l'enfant, du non-traitement de la mère. Dans un certain nombre de cas, les bénéfices du traitement (chronique) l'emportent sur les risques éventuels (p.ex. en cas d'épilepsie,



d'asthme sévère ou dans certains états dépressifs très sévères).

- Dans la mesure du possible, on choisira un médicament qui a déjà fréquemment été utilisé et qui bénéficie d'un long recul d'utilisation, et n'ayant été associé à aucun effet nocif. En période de grossesse, sont par exemple considérés comme choix le plus sûr: le paracétamol en cas de fièvre ou de douleur, et les pénicillines en cas d'infections. Dans tous les cas, on recherchera toujours la dose minimale efficace et on s'efforcera de limiter autant que possible la durée du traitement.
- Le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) adopte souvent une position défensive (p.ex. "ne pas utiliser faute de données suffisantes"). Pour un même principe actif, et en s'appuyant sur les mêmes données, les RCP des différentes spécialités émettent parfois des avis différents (allant d'une contre-indication absolue à l'utilisation "si les bénéfices escomptés l'emportent sur le risque"). Le CBIP utilise donc d'autres sources que le RCP comme source principale pour les avertissements repris dans le Répertoire (voir *Intro.2.6.*).
- **Terminologie.** Le terme "tératogène" fait classiquement référence au risque d'anomalies congénitales structurelles (absence ou malformation d'un organe), mais il est de plus en plus utilisé pour désigner toutes les conséquences négatives possibles de l'exposition à un médicament pendant la grossesse : les anomalies congénitales structurelles, mais aussi les fausses couches ou mortinaissances, les naissances prématurées, les retards de croissance, ainsi que les effets pharmacologiques chez le nouveau-né et les troubles du développement chez l'enfant en croissance.
- **Risque de base.** Toute femme enceinte présente un risque de base de 10 à 15 % d'avoir une fausse couche et un risque de 2 à 4 % d'avoir un bébé avec une anomalie congénitale, même en l'absence de prise médicamenteuse. En administrant un médicament à une femme enceinte, il faut donc se demander si ce médicament augmente le risque de base. Dans notre article « *Quels médicaments augmentent le risque d'avortement spontané ?* », publié dans les *Folia d'octobre 2025*, nous mentionnons les « médicaments tératogènes avec un risque de fausse couche avéré », les « médicaments tératogènes avec un risque associé très probable de fausse couche », les « médicaments qui interfèrent avec l'implantation utérine de l'embryon » et les « médicaments qui induisent des contractions utérines ».
- **Problématique.** Un effet nocif sur l'enfant à naître n'a été démontré de façon certaine que pour quelques médicaments (voir plus loin). Pour la plupart des médicaments, la situation n'est pas claire et l'innocuité ne peut être garantie : par exemple, l'expérience chez l'être humain est inexistante ou insuffisamment documentée (c'est particulièrement le cas des médicaments récemment introduits), ou seules des anomalies anecdotiques ont été signalées, ce qui ne permet pas de tirer des conclusions. Souvent, il n'existe que des informations provenant d'études chez l'animal: elles ne peuvent être extrapolées à l'être humain que dans une mesure très limitée, mais peuvent donner une notion des mécanismes de toxicité. En règle générale, lorsque la substance est tératogène, une augmentation de la posologie et/ou de la durée de traitement va de pair avec une augmentation du risque d'anomalies congénitales et de troubles fonctionnels. Certains médicaments ou leurs métabolites peuvent s'avérer nocifs s'ils sont pris avant la conception. Cela peut être le cas des médicaments à longue demi-vie (p.ex. l'acitrétine, l'amiodarone).
- Le risque lié à la prise d'un médicament dépend souvent du **stade de la grossesse**. Il faut noter que les médicaments embryotoxiques/foetotoxiques à longue demi-vie (tels que l'acitrétine, l'amiodarone) doivent être arrêtés bien avant la conception, en passant éventuellement à un autre médicament.
 - Au cours du **premier trimestre de la grossesse (en principe, jusqu'à 12 semaines après le premier jour des dernières menstruations)**, deux périodes sont importantes.
 - La **période entre la conception et l'implantation complète** (période d'environ deux semaines post-conception, donc jusqu'à environ 28 jours après le premier jour des dernières menstruations). S'il y a exposition à un tératogène pendant cette période, le principe du "tout ou rien" s'applique probablement toujours: soit l'exposition est suivie d'une fausse couche, soit d'une grossesse présentant le même risque de base d'avoir un enfant atteint d'anomalies congénitales que dans une grossesse non exposée.
 - La **suite du premier trimestre de la grossesse (en principe, jusqu'à 12 semaines après le premier jour des dernières menstruations)**. En cas d'administration pendant cette période, il existe pour



un certain nombre de médicaments un risque démontré d'anomalies structurales: c'est le cas par exemple de certains antiépileptiques (le risque étant le plus grand avec l'acide valproïque, mais documenté aussi pour le topiramate notamment), de plusieurs antitumoraux, du méthotrexate (même utilisé à faibles doses dans les affections inflammatoires).

- Des antagonistes de la vitamine K, des hormones sexuelles, de certains immunosuppresseurs (p.ex. l'acide mycophénolique), du misoprostol, des rétinoïdes oraux (p.ex. acitrétine, isotrétinoïne), du thalidomide (et par analogie également le lénalidomide et le pomalidomide), de la vitamine A à doses élevées, du finastéride et du dutastéride, et du lithium. Pour plus de détails, voir la rubrique "*Grossesse et allaitement*" de ces médicaments dans le Répertoire.
- Administrés au cours du **deuxième trimestre (en principe semaine 13 à 26 de la grossesse) et du troisième trimestre (en principe semaine 27 à 40 de la grossesse)**, certains médicaments peuvent provoquer des troubles fonctionnels. C'est le cas par exemple des IECA, des sartans, des antagonistes de la vitamine K, des β -bloquants, des AINS, des salicylés, des tétracyclines, des antithyroïdiens et de l'amiodarone. Pour plus de détails, voir la rubrique "*Grossesse et allaitement*" de ces médicaments dans le Répertoire. Par exemple, l'acide acétylsalicylique à forte dose et les AINS sont contre-indiqués à partir de la 20^e semaine de grossesse.
- L'utilisation au cours des **dernières semaines de la grossesse** de benzodiazépines et de Z-drugs, d'opioïdes, d'antidépresseurs et d'antipsychotiques peut entraîner des effets pharmacologiques nocifs chez le nouveau-né, notamment des symptômes de sevrage. Pour plus de détails, voir la rubrique "*Grossesse et allaitement*" de ces médicaments dans le Répertoire.
- En cas d'administration **peu de temps avant l'accouchement**, certains médicaments peuvent influencer les contractions (p.ex. effet inhibiteur sur les contractions avec les β_2 -mimétiques) ainsi que les saignements (p.ex. augmentation avec les ISRS, les IRSN, la vortioxétine, l'acide acétylsalicylique et les AINS). Pour plus de détails, voir la rubrique "*Grossesse et allaitement*" de ces médicaments dans le Répertoire.
- Les médicaments administrés à la mère **pendant l'accouchement** peuvent poser des problèmes aigus chez le nouveau-né. C'est notamment le cas des opioïdes et des anesthésiques par voie locale et systémique. Pour plus de détails, voir la rubrique "*Grossesse et allaitement*" de ces médicaments dans le Répertoire.
- On s'intéresse également de plus en plus à la possibilité de *behavioural teratology*, c'est-à-dire l'apparition de troubles neurologiques du développement (retards de développement, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et troubles du spectre autistique) chez des enfants exposés in utero à un médicament. Jusqu'à présent, ce risque a surtout été décrit avec certains antiépileptiques (en particulier l'acide valproïque, le phénobarbital, la phénytoïne et le topiramate), et paraît le plus important avec l'acide valproïque [voir *Folia de mars 2015* et *Folia d'avril 2023*]. Concernant le topiramate: voir *Folia de février 2024*.
- Futurs pères et exposition médicamenteuse: quels sont les risques? [voir aussi *Folia de mai 2024*]
 - Certains médicaments, tels que le finastéride et les ISRS, peuvent altérer la qualité du sperme. Cet effet est généralement réversible après l'arrêt du traitement.
 - Il ressort d'études limitées que le risque tératogène n'est pas majoré par les médicaments pris par le père peu avant la conception, à l'exception peut-être du valproate. Certaines données suggèrent un risque accru de troubles neurodéveloppementaux chez les enfants dont le père a pris du valproate dans les trois mois précédant la conception [voir *Folia de mai 2024* et *étude française (novembre 2025)*] alors que d'autres études récentes ne montrent pas de risque accru (*Lareb*).
- Pour un certain nombre de médicaments, les autorités sanitaires ont pris des **mesures de minimisation des risques afin d'éviter l'exposition in utero: voir symbole ▼ au niveau des spécialités**. Il s'agit des spécialités à base d'acide valproïque, de topiramate, d'acitrétine, d'isotrétinoïne, de thalidomide, de pomalidomide, de lénalidomide, d'acide mycophénolique, de macitentan, de mavacamten, de vismodégib, de sonidéigib, de fingolimod, d'ozanimod, de ponésimod, de siponimod, d'hydroxycarbamide (dans la



drépanocytose), de léflunomide ou de térlflunomide (la liste peut ne pas être exhaustive).

Intro 6.5. Médicaments pendant l'allaitement

- Sont expliqués ci-dessous les principes généraux concernant l'utilisation des médicaments pendant l'allaitement. Pour savoir comment ces principes généraux sont appliqués dans le Répertoire, voir *Intro.2.6.*
- Certains médicaments possédant une **toxicité organique intrinsèque** et étant excrétés dans le lait maternel à des concentrations élevées, sont en principe contre-indiqués pendant la période d'allaitement: p.ex. les antitumoraux, le lithium.
- La prudence est également de rigueur avec les médicaments **ayant un effet sédatif**: p.ex. les opioïdes (*voir Folia de décembre 2006* concernant la codéine), les benzodiazépines et les *Z-drugs*, et les antihistaminiques sédatifs.
- La plupart des médicaments peuvent être utilisés pendant la période d'allaitement à condition de **surveiller** l'enfant; il est important de poursuivre l'allaitement dans la mesure du possible.
- Le **moment de la prise du médicament** est important, surtout en cas de prise unique ou occasionnelle. Pour les médicaments à courte durée d'action (courte demi-vie ou sans libération prolongée), il est conseillé d'administrer si possible le médicament immédiatement après l'allaitement: comme la concentration du médicament dans le lait maternel suit généralement la concentration dans le plasma, on évite ainsi le pic de concentration lors de l'allaitement suivant.
- Certains médicaments **stimulent la lactation** (les antagonistes dopaminergiques tels que la dompéridone, le métoclopramide, les antipsychotiques). La dompéridone est parfois utilisée pour favoriser la lactation, mais la question de savoir si cela présente des avantages cliniquement pertinents est controversée [*voir Folia de novembre 2017*].
- Certains médicaments peuvent **inhiber la lactation**: surtout les médicaments avec effet dopaminergique, les médicaments ayant des propriétés vasoconstrictrices et peut-être aussi les diurétiques et les antihistaminiques [*voir Folia de mai 2023*].
- Pour **la bromocriptine et la cabergoline**, des dérivés de l'ergot de seigle, l'inhibition de la lactation est mentionnée **comme indication dans le RCP**. La bromocriptine et la cabergoline peuvent être utilisées lorsque l'inhibition de la lactation est souhaitée par la femme ou pour des raisons médicales, et que les mesures non médicamenteuses sont insuffisantes (pour la bromocriptine, l'indication dans le RCP est limitée aux femmes chez qui l'allaitement doit être évité). En post-partum, de rares cas d'effets indésirables graves cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques ont été rapportés chez la mère. Voir aussi le *chapitre 6.8. du Répertoire* et les *Folia de novembre 2014*.

Intro 6.6. Médicaments chez la personne âgée

Les personnes âgées: un groupe vulnérable, d'utilisateurs de nombreux médicaments

- Bien que les personnes âgées forment un groupe très hétérogène, elles sont généralement plus vulnérables face aux médicaments. Plusieurs facteurs s'additionnent : une multimorbidité souvent associée à une polymédication, un risque accru d'interactions médicamenteuses et une sensibilité accrue aux effets indésirables, due à des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques (notamment liées à une altération des fonctions rénale et hépatique).
- De plus, les patients âgés et ceux souffrant de multimorbidité sont fréquemment exclus des études cliniques, limitant ainsi les données disponibles pour évaluer correctement la balance bénéfice-risque des médicaments dans cette population.

Prescription appropriée: quels défis et quels outils pour y parvenir?

- Pour un patient donné, **une prescription est considérée comme appropriée lorsque** la balance bénéfice-risque de chaque médicament est connue et jugée acceptable, que les doses prescrites sont correctes et que la forme du médicament est adaptée pour favoriser l'observance.
- Plusieurs types de problèmes peuvent se présenter:



- Sur-médication et poursuite inutile d'un traitement en chronique.
- Sous-médication: un risque ou une pathologie n'est pas traité alors qu'un traitement approprié serait justifié.
- Forme et/ou posologie non adaptée au patient.
- Présence d'effets indésirables et/ou d'interactions médicamenteuses.
- Cascades médicamenteuses: un effet indésirable est interprété comme étant un nouveau problème médical, générant la prescription d'un nouveau médicament. Pour éviter les cascades médicamenteuses, il est important d'envisager que tout nouveau symptôme puisse être causé par un médicament, en particulier peu de temps après une instauration ou une modification de dose. Pour un aperçu des cascades médicamenteuses problématiques les plus courantes, voir *Folia de décembre 2025*.
- Problèmes d'observance.
- La sécurité des médicaments est un critère particulièrement crucial pour les personnes âgées vulnérables, souvent affectées par une multimorbidité et exposées à la polymédication. Une **revue de médication régulière** est recommandée, notamment chez les patients âgés qui prennent plus de cinq médicaments de façon chronique, ainsi qu'en cas d'événements suggérant un usage inapproprié (chute, malaise, ...). Dans ces situations, un léger bénéfice potentiel sur les symptômes ou le risque à long terme ne suffit pas toujours à justifier les inconvénients du traitement, et l'arrêt de certains médicaments doit parfois être envisagé (*Deprescribing*; voir *Intro.6.7*), mais il est essentiel d'en discuter au préalable avec le patient (et éventuellement son entourage). Des outils tels que les critères STOPP/START, la liste de Beers, le MAI ou GheOPS existent pour évaluer l'adéquation de chaque médicament pour un patient donné (voir aussi *Intro.6.7*).
- Un **Formulaire thérapeutique**, dans lequel les médicaments sont sélectionnés pour une population de patients spécifique, est également un moyen de promouvoir l'usage rationnel des médicaments. L'utilisation d'un tel formulaire est recommandée par plusieurs organisations telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Le **Formulaire de soins aux personnes âgées** est une **liste de médicaments spécialement sélectionnés pour les personnes très âgées** : pour plus d'informations sur ce Formulaire et pour plus d'explications sur la rubrique « Patients âgés » dans le Répertoire, voir *Intro.2.7*.

Intro 6.7. "Deprescribing"

- La "déprescription" fait partie intégrante du processus de prescription. Lorsqu'un médicament est devenu inadéquat ou inutile, il faut envisager sa réduction ou son arrêt. Il est essentiel d'en discuter avec le patient (et éventuellement son entourage).
- Une **revue de médication régulière** est recommandée chez les patients qui prennent plus de cinq médicaments de façon chronique, ainsi qu'en cas d'événements suggérant un usage inapproprié (chute, malaise, ...). Pour plus d'informations à ce sujet, *Folia de septembre 2024* (Les différents entretiens de Bon Usage des Médicaments, BUM) et voir *Folia d'avril 2023* (Revue de médication par le pharmacien de référence: nouvelle initiative).
- Des outils tels que les critères STOPP/START, la liste de Beers, le MAI ou GheOPS existent pour évaluer l'adéquation de chaque médicament pour un patient donné.
- Lorsque l'arrêt de médicaments est envisagé, il est préférable, si possible:
 - de diminuer ou stopper un seul médicament à la fois, selon la priorité des problèmes,
 - de procéder au retrait graduel et progressif du médicament (sauf en cas d'effets indésirables dangereux) tout en surveillant l'apparition de symptômes de sevrage ainsi que la réapparition du problème qui était traité par le médicament.
- Voir aussi *BUM Revue de la Médication* et Auditorium (e-learning):
 - *Médicaments chez la personne âgée – Revue de la médication*
 - *Médicaments chez la personne âgée – Déprescription*
 - *Sevrage des benzodiazépines*



- *Sevrage progressif des opioïdes*
- *Arrêt progressif des antidépresseurs*
- *Médicaments et risque de chute*

Intro 7. Intoxications médicamenteuses et urgences médicales

Intro 7.1. Intoxications médicamenteuses

Voir 20.1. (pour les antidotes) et les *Folia de janvier 2011*.

Pour toute information, on peut contacter à tout moment le Centre Antipoisons (tél. 070 245 245). Le Centre Antipoisons dispose également d'une réserve de certains antidotes (plus d'informations via www.centreantipoisons.be/).

Dans chaque RCP, la rubrique 4.9. Surdosage informe sur les symptômes de surdosage et les mesures à prendre dans ce cas.

En cas d'intoxication médicamenteuse, une prise en charge méthodique et un traitement s'imposent (voir aussi le *site web du Centre Antipoisons*).

- Il convient en premier lieu de contrôler les *fonctions vitales* et de prendre si nécessaire les mesures classiques de soutien. Une diminution de l'état de conscience due à une hypoglycémie, au monoxyde de carbone ou à des morphiniques doit être immédiatement repérée et traitée de manière adéquate. Cela vaut aussi pour les convulsions provoquées par des intoxications.

- La *gravité* de l'intoxication doit ensuite être évaluée: identification du médicament, quantité et moment de la prise, prise concomitante d'autres substances, telles que drogues ou alcool. Les informations obtenues à l'anamnèse ne sont cependant pas toujours fiables, en particulier en cas d'auto-intoxication intentionnelle, et la gravité de la situation peut être sous-estimée. Les renseignements obtenus à partir de l'examen clinique sont également importants. Il faut toutefois être attentif au fait que l'absence de symptômes peut être faussement rassurante (p.ex. en cas d'intoxication au paracétamol). En cas d'intoxication intentionnelle, une évaluation et une aide psychiatriques urgentes s'imposent.

- Il existe des *antidotes spécifiques* pour un nombre limité d'intoxications. Les antidotes spécifiques sont administrés en milieu hospitalier, rarement en première ligne. Les hôpitaux prenant en charge des cas d'intoxication aiguë doivent bien entendu disposer d'une série d'antidotes. Le Centre Antipoisons peut aider la pharmacie hospitalière à établir une liste des antidotes les plus appropriés au traitement des intoxications aiguës. Les antidotes autorisés en tant que médicaments sont mentionnés dans le chapitre 20.1.

- Certaines techniques permettent de **contrecarrer l'absorption gastro-intestinale de médicaments ou d'en accélérer l'élimination**. En l'absence d'études randomisées contrôlées, les recommandations suivantes ont été établies sur base d'un consensus d'experts. Le Centre Antipoisons belge donne des conseils aux professionnels de la santé: "*Prise en charge des intoxications aiguës: principes généraux*" (dernière consultation le 04/03/2024).

- Le *charbon activé*, comme médicament adsorbant, est utile en cas d'ingestion orale d'une quantité potentiellement dangereuse d'un toxique s'il est administré dans l'heure qui suit l'intoxication; un intérêt éventuel en cas d'administration plus tardive n'est pas exclu. En cas d'intoxication avec un médicament sous forme de comprimés à libération prolongée, le charbon activé peut encore être utile plusieurs heures après la prise. Il convient de tenir compte d'un risque de pneumonie d'aspiration avec le charbon activé chez les patients présentant une diminution de l'état de conscience ou des vomissements.
- Le *lavage gastrique* ne peut pas être effectué de manière systématique. Des facteurs tels que la gravité de l'intoxication, la probabilité que le lavage gastrique entraîne l'élimination d'une quantité cliniquement significative du médicament (entre autres en fonction du délai après la prise) et le risque de la procédure (entre autres aspiration, traumatisme de l'œsophage) doivent être pris en considération.
- Le *déclenchement de vomissements au moyen de sirop d'ipeca* n'a plus de place.
- Un *lavage intestinal* par du polyéthylène glycol est parfois proposé dans certaines intoxications par des médicaments à libération prolongée.
- L'utilisation de *laxatifs* dans les intoxications n'est pas argumentée.



- La *diurèse forcée* par diurétiques de l'anse (voir 1.4.1.2.) ou la *diurèse alcaline* sont rarement indiquées, et concernent uniquement les produits qui sont éliminés tels quels par le rein et sont réabsorbés au niveau tubulaire (une diurèse alcaline peut par exemple être indiquée chez certains patients présentant une intoxication aux salicylates).
- Une *hémodialyse* et *d'autres techniques d'épuration* peuvent être utiles pour certains médicaments spécifiques.
- *L'administration intraveineuse d'une émulsion lipidique* peut être utile dans les intoxications sévères aux anesthésiques locaux; la place dans d'autres intoxications n'est pas clairement établie.
- Dans certaines intoxications, on peut également utiliser du **glucose hypertonique avec de l'insuline**.

Intro 7.2. Médicaments de la trousse d'urgence du généraliste

Il n'est pas facile de déterminer le contenu rationnel d'une trousse d'urgence. Les exigences d'un médecin pratiquant à proximité d'un hôpital disposant d'un service d'urgence spécialisé et d'un service d'aide médicale urgente (SAMU) seront différentes de celles d'un médecin pratiquant loin d'un tel hôpital.

Il faut aussi tenir compte des exigences liées à la conservation de certains médicaments, ainsi que des dates de péremption à respecter.

Le Groupe de Travail "Développement Recommandations de Bonne Pratique Première Ligne" (WOREL) a publié des guides de pratique clinique pour la prise en charge des urgences en première ligne, **incluant des recommandations sur le contenu de la trousse d'urgence pour le médecin généraliste (voir aussi Tableau If.)**:

- "Guide de pratique clinique pour la prise en charge des urgences en première ligne de soins (contenu de la trousse d'urgence) (partie 1)" (Cloetens H et al., 13/11/2020; *accessible ici*):
 - *Convulsions chez l'enfant et l'adulte*;
 - *Choc anaphylactique chez l'enfant et l'adulte*;
 - *Agitation chez l'adulte: probablement due à un psychose*;
 - *Agitation chez l'adulte: sans signes de psychose ni suspicion de psychose*.
- "Guide de pratique clinique pour la prise en charge des urgences en première ligne de soins (contenu de la trousse d'urgence) (partie 2)" (Cloetens H et al., 21/09/2022; *accessible ici*):
 - *Œdème pulmonaire aigu cardiogénique en situation d'urgence (en attente d'une hospitalisation)*;
 - *Syndrome coronarien aigu (SCA) en situation d'urgence (en attente d'hospitalisation)*;
 - *Hypoglycémie aiguë chez un patient présentant une diminution de la conscience*.

Note: Le pharmacien peut délivrer des médicaments à usage humain pour la trousse d'urgence d'un prescripteur s'ils ont été prescrits sur un document papier original, daté et signé, reprenant le nom et l'adresse du prescripteur, ainsi que la mention "trousse d'urgence" (AR du 21 janvier 2009).

Tableau If. Que contient la trousse d'urgence du généraliste? (source: WOREL)

1. Convulsions chez l'enfant et l'adulte (voir <i>ebpracticenet</i>)
<ul style="list-style-type: none">• ampoules de midazolam pour voie intramusculaire : midazolam 15 mg/3 ml et éventuellement aussi une ampoule spécifique pour les enfants jusqu'à 25 kg : midazolam 5 mg/5 ml• éventuellement une ampoule de diazépam et une rectiole (CNK1717602)• éventuellement oxygène sous forme liquide avec masque à oxygène
2. Choc anaphylactique chez l'enfant et l'adulte (voir <i>ebpracticenet</i>)
<ul style="list-style-type: none">• adrénaline (syn. épinéphrine): un auto-injecteur pour les enfants et un auto-injecteur pour les adultes OU adrénaline amp. 1 mg/ml (1/1.000). Attention à la durée de conservation à température ambiante:<ul style="list-style-type: none">• les auto-injecteurs: 2 ans (Epipen®) ou 22 mois (Jext®)• les ampoules d'adrénaline: 6 mois• salbutamol en aérosol doseur 100 µg• méthylprednisolone 40 mg/ml• méthylprednisolone 125 mg/2 ml



<ul style="list-style-type: none">• méthylprednisolone comprimés de 32 mg• chambre d'inhalation• chambre d'inhalation enfant (Babyhaler)• éventuellement oxygène sous forme liquide avec masque à oxygène
3. Agitation chez l'adulte: sans signes de psychose ni suspicion de psychose (voir ebpracticenet)
<ul style="list-style-type: none">• comprimés de lorazépam 1 mg et 2,5 mg (sous forme Expidet ou éventuellement comprimés à avaler habituels)• ampoules de midazolam 15 mg/3 ml (ou 5 mg/5 ml) ou éventuellement ampoules de lorazépam (4 mg/4 ml)* <p>*Les ampoules de lorazépam doivent être conservées au réfrigérateur.</p>
4. Agitation chez l'adulte: probablement due à un psychose (voir ebpracticenet)
<ul style="list-style-type: none">• comprimés (fondants) de rispéridone 1 mg ou 2 mg; ou comprimés d'halopéridol 5 mg• comprimés de lorazépam 1 mg et 2,5 mg (sous forme Expidet ou éventuellement comprimés à avaler habituels)• ampoules de midazolam 15 mg/3 ml (ou 5 mg/5 ml) ou éventuellement des ampoules de lorazépam (4 mg/ml)*• ampoules d'halopéridol 5 mg/ml <p>* Les ampoules de lorazépam doivent être conservées au réfrigérateur.</p>
5. Œdème pulmonaire aigu cardiogénique en situation d'urgence (en attente d'une hospitalisation) (voir ebpracticenet)
<ul style="list-style-type: none">• comprimés de nitrate d'isosorbide sublingual 5 mg• ampoules de furosémide 20 mg/2 ml• ampoules de morphine 10 mg/ml• éventuellement oxygène sous forme liquide avec masque à oxygène
6. Syndrome coronarien aigu (SCA) en situation d'urgence (en attente d'hospitalisation) (voir ebpracticenet)
<ul style="list-style-type: none">• comprimés d'acide acétylsalicylique, de préférence sous forme soluble, au moins 160 mg (325 mg au maximum)• ampoules de morphine 10 mg/ml• éventuellement oxygène sous forme liquide, lunettes et masque à oxygène
7. Hypoglycémie aiguë chez un patient présentant une diminution de la conscience (voir ebpracticenet)
<ul style="list-style-type: none">• glucose i.v. (premier choix): dose de départ minimale 5 g, 10 à 15 g au total suffit normalement. Ampoules disponibles à 10%, 20%, 30% ou 50%• matériel pour l'administration i.v.• éventuellement du glucagon (hypokit): 1 ampoule de 1 mg + 1 ml de solution OU poudre nasale de 3 mg

Intro 7.3. Traitement des réactions anaphylactiques en première ligne

- Les réactions anaphylactiques sont toujours potentiellement fatales. La survenue d'une réaction anaphylactique doit être considérée comme une urgence, et il convient dans la pratique ambulatoire d'appeler les services de secours au numéro 112.
- Parmi les **médicaments susceptibles de provoquer des réactions anaphylactiques**, on compte: les IECA et les sartans, les pénicillines, les céphalosporines, l'acide acétylsalicylique, les AINS, les agents chimiothérapeutiques, les produits de contraste, les anesthésiques locaux, les vaccins (voir 12.1. > Précautions particulières). Des réactions croisées sont possibles, par exemple entre les différentes



pénicillines, entre les différents AINS ou entre les pénicillines et certaines céphalosporines.

- Les β -bloquants peuvent aggraver l'évolution d'une réaction anaphylactique et diminuer la réponse à l'adrénaline.
- **Prise en charge de l'anaphylaxie** [source: "Guide de pratique clinique pour la prise en charge des urgences en première ligne de soins" (*partie 1, 2020, WOREL, sur Ebpracticenet*)]:
 - **En cas de problèmes hémodynamiques ou de problèmes respiratoires, une prise en charge en urgence est nécessaire.**
 - **L'adrénaline (syn. épinéphrine) est l'élément essentiel du traitement et doit être administrée immédiatement en cas de suspicion de choc anaphylactique.**
 - **Dose d'adrénaline:** voir *Tableau Ig*.
 - **Formes pharmaceutiques:** l'adrénaline est disponible sous forme d'auto-injecteurs et d'ampoules:
 - Auto-injecteurs (stylo prérempli) à usage intramusculaire contenant 0,15 mg adrénaline/dose (pour l'usage chez l'enfant <20 kg) ou contenant 0,3 mg adrénaline/dose (pour l'usage chez l'enfant >20 kg et l'adulte): voir 1.9.1.. Durée de conservation à température ambiante: 22 mois (Jext®), 2 ans (Epipen®).
 - Ampoules à 1 mg d'adrénaline/ml: voir 1.9.1.. Durée de conservation à température ambiante: 6 mois (durée de conservation au frigo: 3 ans).
 - **Conclusion du WOREL concernant le choix entre auto-injecteurs ou ampoules:** "Les auto-injecteurs peuvent être utilisés par les patients comme par les prestataires de soins. Ils sont conviviaux et ils existent avec des doses ajustées pour les enfants (0,15 mg/dose) et pour les adultes (0,30 mg/dose). Comme les médecins généralistes ne sont appelés à administrer de l'adrénaline que moins d'une fois tous les 10 ans (pour l'anaphylaxie), le choix de la solution la plus conviviale peut certainement être envisagé, mais le prix en est élevé."
 - **Effets indésirables:** l'adrénaline peut être associée à des effets indésirables tels qu'une ischémie myocardique, des arythmies cardiaques et une crise hypertensive, mais ceux-ci sont rares en cas d'administration intramusculaire de doses correctes.
 - **Voie d'administration:**
 - L'administration intramusculaire au niveau de la face latérale de la cuisse est à préférer à l'administration sous-cutanée en raison d'une meilleure absorption en cas d'hypotension.
 - Une injection intraveineuse ne peut être effectuée que par une équipe spécialisée.

Tableau Ig. Dose d'adrénaline (syn. épinéphrine)

- De l'**oxygène** est administré à haut débit au moyen d'un masque à oxygène, s'il est disponible.
- L'inhalation de **β 2-mimétiques à courte durée d'action** est recommandée pour soulager les symptômes respiratoires dus à la bronchoconstriction, en cas d'effet insuffisant de l'adrénaline sur la bronchoconstriction.
- Les corticostéroïdes ne sont plus considérés comme un élément essentiel de la prise en charge aiguë de l'anaphylaxie. Il n'est pas suffisamment prouvé que les corticostéroïdes aient un effet positif sur la mortalité, et les données probantes concernant leur capacité à raccourcir la durée de la réaction anaphylactique et à empêcher une détérioration tardive, sont de faible qualité. Le guideline du WOREL conclut que l'administration d'un corticostéroïde peut être "envisagée", mais son administration par le médecin généraliste n'est pas considérée prioritaire. Si l'on décide d'administrer un corticostéroïde, la méthylprednisolone est recommandée à la dose de 2 mg/kg, jusqu'à un maximum de 125 mg par voie intramusculaire (de préférence sans conservateur), ou 32 mg par voie orale.
- Le guideline du WOREL ne sélectionne pas d'antihistaminique H₁ pour la trousse d'urgence.

Intro Liste des références