

Lettre d'information

Avril – Mai – Juin 2026

Pharmacovigilance – Pharmaco épidémiologie – Information sur le médicament

Sommaire

Vos notifications

²
Syndrome de vasoconstriction
cérébrale réversible chez une
patiente sous METHYLPHENIDATE

Informations ANSM

²
Cas marquant –
DESLORATADINE et humeur
dépressive – idées suicidaires

Informations discutées lors de congrès

⁴
Hypersensibilité sous TYENNE®
(tocilizumab)

Chères lectrices, chers lecteurs,

1976-2026 : Comme annoncé sur le site du Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance (RFCRPV) Actualités – RFCRPV, l'association des CRPV a fêté ses 50 ans le 2 juin dernier.

Cela a été l'occasion de réunir les membres actuels des CRPV et le plaisir de retrouver les plus anciens qui ont tant apporté à notre réseau !

Le Réseau, au fil des décennies, s'est structuré et renforcé, formant aujourd'hui un maillage territorial solide et performant pour capter les signaux de sécurité (y compris faibles), avec une expertise unique.

Notre travail dépasse largement le simple recensement d'effets indésirables et la rédaction d'expertises. Au sein de chacune de nos régions et de nos établissements, nous participons activement à la prévention, à l'information et la formation sur la iatrogénie médicamenteuse et le bon usage des médicaments. Au fil de ces 50 années, plusieurs éléments ont ébranlé ou marqué l'histoire de la pharmacovigilance, de nos centres et de notre réseau (MEDIATOR®, LEVOTHYROX®, crise COVID 19). Mais ce réseau a su démontrer sa robustesse, son adaptabilité et sa résilience.

Cette journée a été l'occasion de redécouvrir l'histoire de la pharmacovigilance française depuis les années 70, organisation qui a été un modèle pour les autres pays. Plusieurs problématiques actuelles ont été abordées, notamment l'importance du rôle du RFCRPV dans la lutte contre la désinformation et sa place légitime dans le bon usage du médicament.

Une table ronde, réunissant Mme la Directrice Générale de l'ANSM, des pharmacologues, un représentant d'association de patients et un membre de la Revue Prescrire, a permis d'échanger et de réfléchir au sujet très actuel de «l'efficacité dans la surveillance des médicaments». Les échanges ont été très riches et ont permis de faire le point sur les attentes en termes de prévention et prise en charge de la iatrogénie médicamenteuse, domaine de compétence des CRPV. Il a été souligné l'importance de renforcer l'existant sans se disperser dans de nouvelles structures ou organisations.

La pharmacovigilance française forte de ses 50 ans d'expertise est prête pour affronter l'avenir et les nouveaux défis, en restant toujours au service des professionnels de santé et des patients.

Pour l'heure, nous vous proposons dans ce bulletin, un article sur un syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible sous METHYLPHENIDATE, un cas marquant relatif à la survenue d'humeur dépressive associée à des idées suicidaires sous DESLORATADINE et un point sur le biosimilaire du tocilizumab (TYENNE®) et la survenue de réactions d'hypersensibilité.

Bonne lecture et bel été !

Vos notifications au CRPV.

Syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible chez une patiente sous METHYLPHENIDATE

Une patiente de 44 ans a présenté une céphalée en coup de tonnerre sévère et soudaine pendant un exercice physique. Elle était traitée depuis environ deux ans par 54 mg de METHYLPHENIDATE (MPH) à libération prolongée deux fois par semaine pour un trouble déficitaire de l'attention/hyperactivité. Après des examens cliniques, biologiques et d'imagerie, les cliniciens ont conclu à un diagnostic hautement probable de syndrome de vasoconstriction cérébrale réversible (SVCR), probablement lié à l'utilisation de MPH. Les causes majeures de SVCR ont été écartées et le MPH a été interrompu. Le résultat a été favorable sous nimodipine. Deux autres cas de SVCR induits par le MPH sont enregistrés dans la base nationale de pharmacovigilance. Le SVCR est un effet indésirable signalé plus fréquemment qu'attendu avec le MPH dans la base de données internationale de pharmacovigilance, ce qui suggère un signal de pharmacovigilance. Compte tenu de sa pharmacodynamie, à savoir l'inhibition présynaptique de la recapture de la dopamine et de la noradrénaline, le MPH est théoriquement susceptible de contribuer à cet événement vasculaire.

Ce cas, grave et inattendu, a été adressé en tant que cas marquant à l'ANSM, ce qui n'a pas conduit à ce jour à des modifications réglementaires sur le MPH.

Ce cas a également fait l'objet d'une publication [1] que nous vous invitons à consulter pour en savoir plus sur cette problématique.

Le CRPV de Rennes en profite pour remercier les cliniciens pour leur collaboration.

I. Osmont MN, Malrain C, Ruellan AL, Benchikh A, Herlem E, Polard E, Scailteux LM. Reversible cerebral vasoconstriction syndrome in a methylphenidate-treated patient: a case report. BMC Neurol. 2024 Dec 31;24(1):494

Même si les cas graves et inattendus que vous nous signalez et que nous remontons à l'ANSM n'ont pas d'impact réglementaire direct ou ne conduisent pas à une communication de la part de l'ANSM, ils permettent de contribuer à une meilleure connaissance du risque médicamenteux. En effet, cette information peut être partagée dans la communauté médicale via des publications et via notre lettre d'information sur le médicament.

Informations ANSM.

Cas marquant – DESLORATADINE et humeur dépressive – idées suicidaires

Une enfant de 10 ans a pour seul antécédent une allergie aux graminées pour laquelle elle suit une désensibilisation. Il lui est prescrit de la DESLORATADINE (solution buvable, 2,5 ml 2/j). La patiente se plaint de l'apparition progressive de céphalées avec asthénie. Une agressivité et une irritabilité est constatée par ses proches. Un peu plus de 2 mois après introduction de la DESLORATADINE, une humeur dépressive s'installe avec idées suicidaires, alertant ses proches. Il existe alors, a priori, une rupture avec son état antérieur. Le traitement par DESLORATADINE est arrêté avec l'accord de l'allergologue. Une amélioration est constatée dans les 15 jours suivants.

Cette observation, issue d'un CRPV, a été discutée au sein du Comité Scientifique Permanent (CSP) Signal de l'ANSM de juillet 2025 [1]. En effet, si l'humeur dépressive est bien répertoriée comme effet indésirable (EI) dans les monographies de spécialités de DESLORATADINE, la présence d'idées suicidaires souligne la gravité potentielle de cet EI dans une population à risque (pédiatrie).

Informations ANSM (suite).

Données de la littérature

En 2018, une étude a décrit des cas de dépression sous DESLORATADINE, au travers de données de pharmacovigilance [2].

Il est attendu que la DESLORATADINE, antihistaminique de 3^{ème} génération, provoque moins d'EI sur le système nerveux central (SNC) que les antihistaminiques de 1^{ère} et 2^{ème} générations. Les auteurs rappellent que des symptômes tels que la somnolence et les hallucinations surviennent chez des patients traités par DESLORATADINE, suggérant un passage de ce médicament au travers de la barrière hémato-encéphalique.

Quarante-neuf cas de dépression/humeur dépressive sous DESLORATADINE ont été détectés dans la base de données mondiale de pharmacovigilance de l'OMS (Vigilyze). Les cas concernaient 28 femmes et 19 hommes (deux cas ne précisait pas le sexe) âgés de 3 à 81 ans (âge médian de 41 ans). Onze cas ont été jugés graves (décès ou hospitalisation). Chez les 26 patients pour lesquels des données sur le délai d'apparition des symptômes étaient disponibles, le délai médian d'apparition de la dépression était de 3 jours après introduction de la DESLORATADINE (plusieurs heures à 1 an). Au total, à l'issue de la période d'étude, 33 patients étaient partiellement ou totalement rétablis ; 30 avaient arrêté la DESLORATADINE. Chez 5 patients, les symptômes de dépression sont réapparus à la réadministration de DESLORATADINE. Outre la dépression, d'autres symptômes psychiatriques, tels que des hallucinations ou de l'anxiété, ont été signalés dans 18 des cas. Dans 6 dossiers, des pensées d'automutilation, des idées suicidaires ou des tentatives de suicide ont été signalées. Chez les enfants et les adolescents (n = 5), les symptômes signalés comprenaient l'irritabilité, les réactions de panique, l'hyperactivité, les troubles du comportement et les troubles de la concentration. L'irritabilité a également été signalée chez les adultes.

Données discutées au CSP et conclusion

Une revue des cas de dépression et de suicide a été réalisée dans le dernier PSUSA* de 2017. L'ajout du terme « dépression » n'a pas été retenu par le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) de l'agence européenne du médicament (EMA), car les cas n'étaient pas toujours médicalement confirmés ou le diagnostic clinique d'une dépression n'avait pu être clairement établi. Aussi, c'est le terme « humeur dépressive » qui figure dans les documents réglementaires.

A noter que la mention humeur dépressive/dépression/idées suicidaires ne figure pas dans les monographies de la LORATADINE, qui est la *pro-drug* de la DESLORATADINE. Ces effets sont bien mentionnés dans les monographies d'autres spécialités antihistaminiques (ex : cétirizine).

Conclusion

Les membres du CSP sont favorables à :

- l'ajout d'une mise en garde en section 4.4 (Mises en garde particulières et précautions d'emploi) de la monographie et dans la notice pour les spécialités en procédure nationale se positionnant en PMF (prescription médicale facultative) (demande sollicitée par le laboratoire pour des petits conditionnements de comprimés sur 7 jours chez l'adulte) ;
- la demande d'un commentaire dans le PSUSA prévu en 2026 sur ce risque pour proposer de renforcer les informations existantes également au niveau européen ;
- la surveillance de ce risque dans le PSUR* de LORATADINE qui sera soumis en mai 2027 ;
- **la nécessité de sensibiliser les professionnels de santé à la survenue éventuelle de ces complications.**

*Pour rappel, le PSUR (Periodic safety update report) est le document d'évaluation de l'ensemble des données d'efficacité et de sécurité d'un médicament recueillies au niveau européen et international par le titulaire de l'AMM sur une période donnée et rédigé par celui-ci. Le nouveau format est appelé PBRER pour « Periodic Benefit-Risk Evaluation Report ». Il est défini au niveau européen. Le PSUSA (pour PSUR single assessment) est une évaluation unique des données du PSUR, soumise annuellement par le titulaire de l'autorisation de mise en marché.

1. <https://ansm.sante.fr/uploads/2025/09/18/20250701-cr-csp-pharmacovigilance-bon-uage-formation-restreinte-signal.pdf>
2. Boer J, Ederveen E, Grundmark B. Desloratadine and depression, a drug safety signal based on worldwide spontaneous reporting of side effects. Ups J Med Sci. 2018 Sep;123(3):174-178.

Informations discutées lors de congrès.

Hypersensibilité sous TYENNE® (tocilizumab)

Contexte du travail présenté en congrès.

Les monographies des spécialités de tocilizumab mentionnent l'hypersensibilité (HS) comme un effet indésirable (EI) attendu et fréquent. Nous avons été interpellés car plusieurs dizaines de cas d'HS, sous TYENNE® (biosimilaire du ROACTEMRA®, princeps de tocilizumab) ont été déclarés à différents CRPV en France depuis sa mise sur le marché en février 2024. Ces cas ont été transmis à l'ANSM selon la procédure des « cas marquants » [1]. Trente-huit cas d'HS sous TYENNE® ont également été recensés au niveau des pays membres de l'Union Européenne.

Après un cas déclaré au CRPV de Rennes en octobre 2024 [2], nous avons analysé tous les cas de réactions allergiques sous TYENNE® déclarés dans la base nationale de pharmacovigilance (BNPV) [3]. Ainsi, entre février 2024 (date de commercialisation du TYENNE®) et décembre 2024, 35 cas d'HS sous TYENNE® ont été déclarés (contre 17 cas sur une période similaire en 2023 exclusivement sous ROACTEMRA®). La quasi-totalité des patients avaient précédemment reçu du ROACTEMRA®, souvent pendant des années et bien toléré. La majorité des cas est survenue durant la 1ère cure de TYENNE® et étaient des cas comportant un critère de gravité (dont 3 chocs anaphylactiques et 6 réactions anaphylactiques). Chez 4 patients, la ré-administration de TYENNE® a induit une nouvelle réaction d'HS (= rechallenge positif), sans que la réaction ne soit plus grave que la précédente. Six patients ont pu reprendre le ROACTEMRA®, sans récurrence d'EI. Deux patients ont eu des tests allergologiques cutanés. Ces tests sont revenus positifs à la fois pour TYENNE® et pour ROACTEMRA® confirmant une allergie au tocilizumab, apparue après administration du TYENNE®.

À noter que, depuis notre analyse, un autre cas de réaction anaphylactique sous TYENNE® est survenu à Rennes en février 2025, avec des tests allergiques cutanés positifs uniquement pour TYENNE® et négatifs pour le ROACTEMRA®, en faveur d'une HS spécifique au TYENNE®. Un cas a été déclaré au CRPV de Brest en août 2025, mais sans détail sur le bilan allergologique.

Suite à ce travail et après échanges avec l'ANSM, plusieurs hypothèses ont été soulevées :

Hypothèse d'une hyperimmunogénicité du biosimilaire comparé au biologique de référence

Cette HS pourrait être induite par la formulation du biosimilaire. D'après le Code de Santé Publique, un médicament biologique est défini comme suit « tout médicament dont la substance active est produite à partir d'une source biologique ou en est extraite ». Cela comprend donc les vaccins, certains antibiotiques, les hormones, les médicaments dérivés du sang, les anticorps monoclonaux, ...

Tout comme les génériques pour les médicaments issus de la chimie, les médicaments biologiques peuvent être brevetés 20 ans après la mise sur le marché du médicament biologique « princeps » sous le terme de « biosimilaire ». *Un médicament biosimilaire est un « médicament biologique de même composition qualitative et quantitative en substance active et de même forme pharmaceutique qu'un médicament biologique de référence »* (Code de Santé Publique).

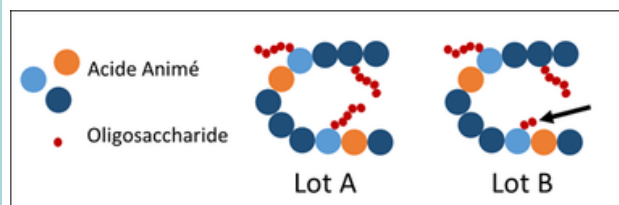


Figure 1 : Nombre de glycosylation différents entre les lots A et B

Cependant, la production des médicaments biologiques suit un processus très complexe car elle utilise des sources biologiques (cellules, champignons, animaux) qui ne sont pas strictement identiques génétiquement d'un individu à l'autre. Ainsi, des variations dans la synthèse du médicament (par exemple nombre d'ajout d'oligosaccharides au cours de la glycosylation post-traductionnelle [Figure 1]) peuvent apparaître entre le médicament biologique et le biosimilaire ou entre les différents lots d'un médicament de référence ou d'un médicament biosimilaire [4].

Informations discutées lors de congrès (suite).

Hypothèse d'une hyperimmunogénicité du biosimilaire comparé au biologique de référence (suite).

Bien qu'à ce jour les arguments soient insuffisants pour montrer que la fréquence des réactions d'HS soit supérieure pour le biosimilaire TYENNE® par rapport au ROACTEMRA®, le rapport de l'ANSM de 2011 était resté prudent sur le risque d'immunisation à l'introduction d'un biosimilaire après la prescription du traitement biologique de référence : « ... pour un même patient, les changements multiples ou fréquents de traitement entre médicaments déclarés similaires (incluant le médicament de référence), pourraient exposer à un risque plus élevé de réponse immunologique contre la protéine d'intérêt thérapeutique et rendre difficile le suivi des effets indésirables, en particulier d'origine immunitaire. » [5].

Toutefois, le dernier état des lieux sur les médicaments biosimilaires publié par l'ANSM en 2022 précise que : « Les données issues de la pharmacovigilance n'ont pas mis en évidence de différences dans la nature, la gravité ou la fréquence des effets indésirables entre médicaments biosimilaires et médicaments de référence au cours des quinze dernières années. Il en résulte ainsi aucune spécificité ou exigence supplémentaire de pharmacovigilance des médicaments biosimilaires, le suivi des médicaments biosimilaires restant identique à celui des médicaments de référence. » [6].

L'étude de la littérature ne semble pas montrer de surrisque d'EI ou d'immunogénicité entre les biosimilaires et les princeps. Une étude observationnelle espagnole publiée en 2026 a évalué l'efficacité et la sécurité du switch de ROACTEMRA® vers TYENNE® chez 38 patients atteints d'artérite à cellules géantes [7]. La majorité des patients étaient asymptomatiques (92 %), voire en rémission complète de leur maladie grâce au tocilizumab (82 %). Après un suivi moyen de 8 mois, 95 % des patients avaient continué le TYENNE® sans présenter de réactions d'HS.

Une étude norvégienne NOR-SWITCH publiée en 2017, s'est intéressée lors d'un essai randomisé contrôlé, à l'efficacité et à la sécurité dans un contexte de switch de princeps d'infliximab vers le biosimilaire. Les patients ayant changé le princeps d'infliximab vers le biosimilaire ne présentent pas plus d'inefficacité de traitement (aggravation de la maladie chez 26 % des patients dans le bras « princeps » et chez 30 % des patients dans le bras « biosimilaire ») ni d'EI graves (10 % dans le bras « princeps » et 9 % dans le bras « biosimilaire ») ou d'effets immunogènes, en accord avec les études précédentes sur le biosimilaire d'infliximab [8].

Enfin, une étude pharmacoépidémiologique utilisant les données du SNDS (Système National des Données de Santé de l'Assurance Maladie) a suivi des patients ayant switché des princeps de rituximab, étanercept ou adalimumab vers les biosimilaires correspondants. Les auteurs ne retrouvent pas davantage d'arrêts de traitement ni d'effets indésirables à l'issue du switch [9]. Il ne semble pas y avoir plus d'EI immunogènes avec les biosimilaires [10].

Hypothèse d'une sur-déclaration due au biais de notoriété (suite).

La recrudescence des cas d'HS sous TYENNE® pourrait être due au biais de notoriété. Le biais de notoriété survient lorsque « les cas ont une plus forte probabilité d'être signalés s'ils sont exposés à un facteur perçu comme pouvant être la cause de l'événement étudié » [11].

L'effet de notoriété a pour conséquence une augmentation des notifications après médiatisation d'un effet indésirable associé à un médicament (publication d'une étude scientifique, alerte de sécurité des agences réglementaires destinée aux professionnels de santé ou au public, article ou discussion dans les médias publics ou les réseaux sociaux) [12]. La mise à disposition de TYENNE®, premier biosimilaire du ROACTEMRA®, a peut-être été accompagnée de ce biais.

Actions entreprises par l'ANSM et l'agence européenne du médicament (EMA).

Au cours de l'année 2025, l'ANSM a analysé les données fournies par le laboratoire Fresenius Kabi (titulaire de l'AMM de TYENNE®) et a conclu que les profils de glycosylation et de glycation des lots de produits finis ainsi que des lots de substance active associés sont considérés comparables entre ROACTEMRA® et TYENNE®.

Informations discutées lors de congrès (suite).

Le laboratoire Fresenius Kabi a fourni dans son rapport de sécurité, une revue des cas d'HS identifiés au niveau européen, incluant les cas rapportés dans un contexte de switch de ROACTEMRA® vers TYENNE®. Bien que cette revue n'ait pas permis à ce stade de conclure à un risque accru d'HS lors du switch, l'identification par certains autres pays européens de cas supplémentaires dans un contexte de switch après la date de clôture du rapport de sécurité (la plupart sans récurrence de l'effet après retour à un traitement par ROACTEMRA®) a conduit le Comité pour l'Evaluation des Risques en matière de Pharmacovigilance (PRAC) à demander un approfondissement des données relatives à la qualité pharmaceutique de TYENNE®.

Le PRAC a par conséquent adopté les mesures suivantes :

- une revue des données qualité doit être fournie par le laboratoire Fresenius Kabi via une procédure européenne spécifique, répondant à une liste de questions rédigée par les pays rapporteurs de ROACTEMRA® et TYENNE® (Allemagne et Suède) et validée au niveau européen. Ces questions portent notamment sur la description et l'impact des éventuelles modifications des paramètres qualité depuis l'AMM, l'analyse détaillée du processus de fabrication et tout aspect lié à la qualité qui pourrait différer de ROACTEMRA® (produits de dégradation, profil des impuretés, analyse des niveaux de glycosylation et glycation de la substance) et leur potentiel immunogène. Le laboratoire devra aussi décrire les paramètres des lots les plus concernés. La revue qualité doit être déposée par le laboratoire sous 10 mois, et sera évaluée par le CHMP au dernier trimestre 2026.
- une nouvelle revue cumulative des cas d'HS, avec un focus particulier sur les cas rapportant un contexte de switch, doit être apportée pour le prochain rapport de sécurité par l'ensemble des titulaires d'AMM de produits à base de tocilizumab (ROACTEMRA® et biosimilaires (TYENNE®, AVTOZMA®, commercialisé en France depuis décembre 2025 et TOCILIZUMAB STADA® actuellement non commercialisé en France)).

Sollicité sur la question, le groupement d'intérêt scientifique EPI-PHARE (CNAM – ANSM) a conclu à la non faisabilité de réaliser une étude pharmacoépidémiologique pertinente utilisant les données du SNDS.

En l'absence d'arguments en faveur d'une hyperimmunogénicité et l'absence de nouveaux cas déclarés aux CRPV de Rennes et Brest depuis août 2025, la spécialité TYENNE® sera reproposée aux patients du CHU de Rennes nécessitant un traitement par tocilizumab, avec un maintien du ROACTEMRA® au livret pour les cas d'antécédents d'HS.

Bibliographie

1. ANSM. L'identification et le traitement des signaux. May 29, 2026. <https://ansm.sante.fr/page/identification-et-le-traitement-des-signaux>
2. Tim G, André C, Picard S, Rochefort-Morel C, Fontaine C. Choc anaphylactique au TYENNE : imputabilité du tocilizumab ou du biosimilaire? Revue Française d'Allergologie. 2025;65:104479.
3. Levivier J. Poster abstracts. Fundamemntal Clinical Pharma. 2025;39(S1):e70023.
4. Prugnaud JL, Trouvin JH. Les biosimilaires. Springer; 2011.
5. AFSSAPS. Des médicaments issus des biotechnologies aux médicaments biosimilaires: état des lieux - juillet 2011. July 2011. <https://www.omedit-paysdelaloire.fr/wp-content/uploads/2020/07/201107-ANSM-Rapport-biosimilaires.pdf>
6. ANSM. État des lieux sur les médicaments biosimilaires. February 2022. <https://ansm.sante.fr/uploads/2022/05/11/20220511-rs-biosimilaires-vf-06052022.pdf>
7. Loricera J, Molina-Collada J, Nieto JC, et al. Switching from Originator Tocilizumab to Biosimilar in Giant Cell Arteritis: Evaluation of Effectiveness and Safety in a Multicenter Cohort of 38 Patients. Drugs Aging. 2026;43(3):277-284.
8. Jørgensen KK, Olsen IC, Goll GL, et al. Switching from originator infliximab to biosimilar CT-P13 compared with maintained treatment with originator infliximab (NOR-SWITCH): a 52-week, randomised, double-blind, non-inferiority trial. The Lancet. 2017;389(10086):2304-2316.
9. Jourdain H, Hoisnard L, Sbidian E, Zureik M. Utilisation du Rituximab et réaction d'hypersensibilité: une étude à partir des données du Système national des données de santé. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. 2023;71:101428.
10. Iskit AB. Biosimilars and interchangeability: Regulatory, scientific, and global perspectives. European Journal of Pharmaceutical Sciences. 2025;213:107224.
11. Bégaud B. Dictionary of Pharmacoepidemiology. Wiley; 2000.
12. Pariente A, Gregoire F, Fourrier-Reglat A, Haramburu F, Moore N. Impact of Safety Alerts on Measures of Disproportionality in Spontaneous Reporting Databases: The Notoriety Bias. Drug Safety. 2007;30(10):891-898.

Pensez à nous déclarer vos effets indésirables

Côtes d'Armor et Ile et Vilaine
Centre Régional de Pharmacovigilance,
Pharmaco-épidémiologie
et Information sur le Médicament
CHU Pontchaillou
2 rue Henri Le Guilloux
35033 RENNES CEDEX 9
Tel : 02.99.28.43.63 – Fax : 02.99.28.24.26
Courriel : pharmacovigilance@chu-rennes.fr

Finistère et Morbihan
Centre Régional de Pharmacovigilance
et Information sur le Médicament
de Bretagne Occidentale
CHU de Brest – Hôpital du Morvan
2 avenue Foch
29609 BREST Cedex
Tel : 02.98.34.79.75 – Fax : 02.98.34.79.77
Courriel : crpv.brest@chu-brest.fr



<https://www.linkedin.com/company/r%C3%A9seau-fran%C3%A7ais-des-centres-r%C3%A9gionaux-de-pharmacovigilance/posts/>



https://www.instagram.com/reseau_crpv/



<https://www.rfcrpv.fr/>



Ont participé à cette lettre : **Le CRPV de Rennes** (Sylvie PICARD, Camille ANDRE, Séverine LEJOP, Marie-Noëlle OSMONT, Elisabeth POLARD-RIOU, Louise TRIQUET) **et le CRPV de Brest** (Ophélie PIERRE-CARDON, Deborah DAMEE, Greta GOURIER, Corinne GUIHARD, Hélène JANTZEM, Tomas SOBINOVSKY).

Diffusion : Lettre envoyée aux professionnels de santé de Bretagne ISSN-Dépôt légal juillet 2026.

Le comité de rédaction de ce bulletin appartient au Réseau Français des Centres Régionaux de Pharmacovigilance : RFCRPV