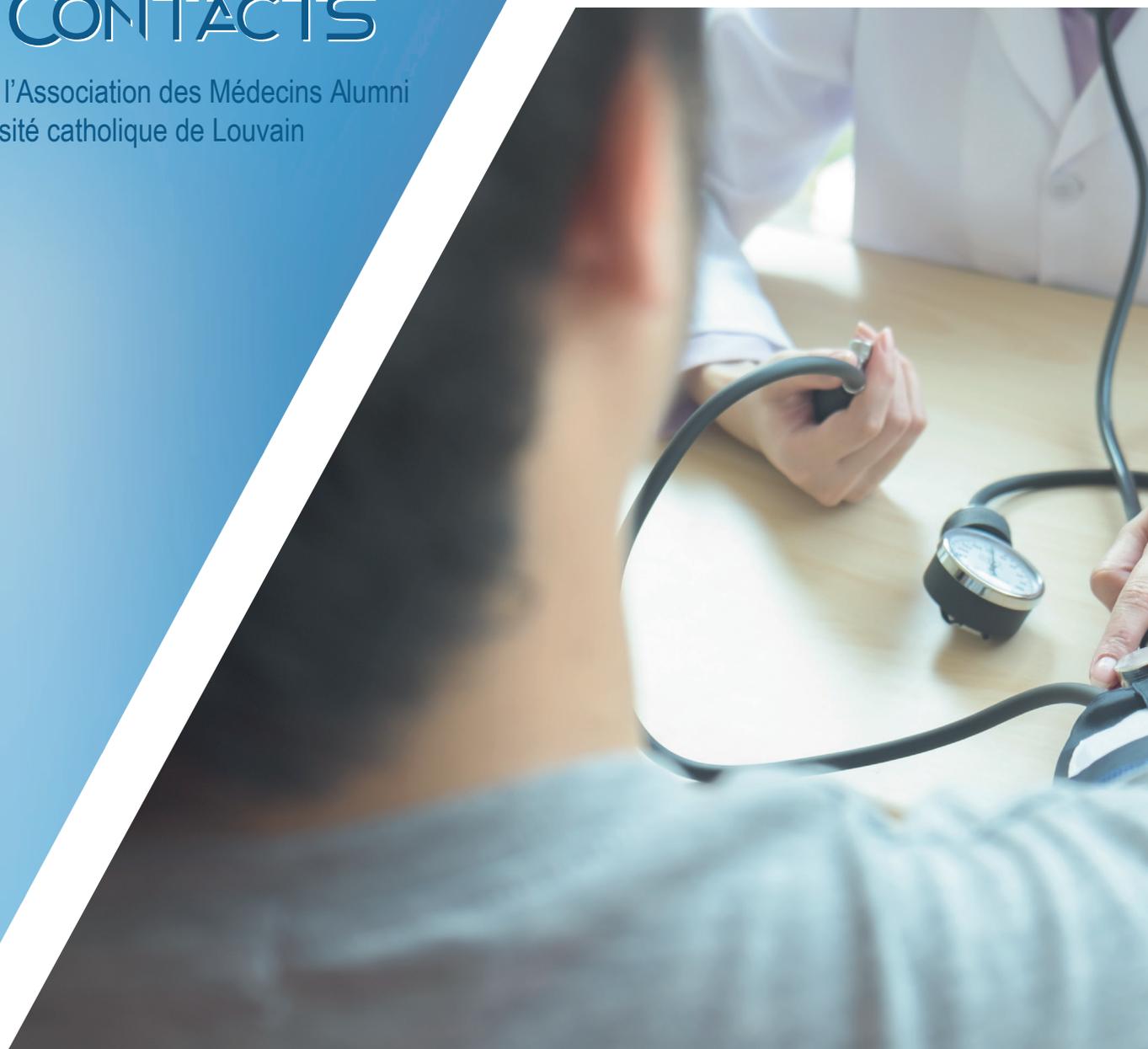


# Ama CONTACTS

Bulletin de l'Association des Médecins Alumni  
de l'Université catholique de Louvain

## #103



- ▶ LA MÉDECINE GÉNÉRALE À L'UCL
- ▶ DE SEMMELWEIS ... À PITTET
- ▶ INTERVIEW : CASSIAN MINGUET





Bulletin de l'Association des Médecins Alumni  
de l'Université catholique de Louvain

N°103

## SOMMAIRE

### EDITORIAL

#### La médecine générale à l'UCL

Dominique Pestiaux ..... 2

### HISTOIRE DE LA MÉDECINE

#### De Semmelweis .... à Pittet

Jean-Claude Debongnie ..... 4

### LES INTERVIEWS DE L'AMA-UCL

Cassian Minguet ..... 6

### LA MÉDECINE AUX CONFINS DE LA SCIENCE ET DE L'ART

Carl Vanwelde ..... 8

# EDITORIAL

## La médecine générale à l'UCL

Dominique Pestiaux

Dans les années 1970, il fallait demander l'autorisation au professeur Sonnet pour faire un stage de médecine générale de quinze jours et une commission de médecine générale présidée par le professeur Arcq voyait le jour. Que de chemin parcouru depuis pour cette discipline aujourd'hui reconnue comme spécialité à part entière, répondant ainsi aux trois missions de l'université, à savoir, l'enseignement, la recherche et le service à la communauté.

**Pour l'enseignement**, les départements de médecine générale ont souvent été précurseurs dans les facultés de médecine, en s'investissant rapidement dans l'enseignement de la lecture critique, de l'EBM ou encore en mettant en places des pédagogies innovantes. A l'UCL, l'implication du CAMG (Centre Académique de Médecine Générale) dans de nombreux secteurs et le développement de la maîtrise complémentaire ont permis de mieux faire connaître cette discipline pour un choix positif de la spécialisation et aussi collaborer avec de nombreux acteurs des cliniques Saint-Luc pour apprendre à mieux se connaître. **Pour la recherche**, en Belgique, c'est surtout en Flandres que celle-ci s'est développée voyant se réaliser de nombreuses thèses de doctorat, une très grande quantité de publications dans les revues les plus prestigieuses ou encore la participation à des réseaux internationaux de recherche en soins de santé primaire. Chez nous, priorité depuis de nombreuses années, la présence de chercheurs seniors capables de superviser les recherches des plus jeunes est encore insuffisante et les doctorats peu nombreux. Comme le souligne Cassian Minguet dans l'interview de ce numéro, il s'agit sans doute d'un véritable défi pour le futur bien compris par notre doyen qui a obtenu l'ouverture d'un poste temps plein dont la priorité sera placée plus spécifiquement sur la recherche. **Pour le service à la communauté**, le réseau santé-Louvain de médecine générale, structure officielle de la faculté est un moyen important de promouvoir la médecine générale dans la communauté et auprès des maîtres de stage qui sont à l'UCL aux environs d'un bon millier. La question de la création d'une consultation de médecine générale offrant les différentes dimensions de cette pratique au départ de la CMGU (Consultation de Médecine Générale d'Urgence) actuellement hébergée dans des containers sur le site des cliniques Saint-Luc va se poser avec la construction d'une nouvelle tour sensée héberger les activités du CAMG. Une pratique de médecine générale comprenant toutes les caractéristiques de celle-ci serait de nature à offrir aux stagiaires un outil de qualité pour l'apprentissage de la discipline, mais aussi pour l'évaluation de ceux-ci dans un contexte académique offrant la possibilité de soigner des patients.

Les évolutions récentes de la médecine générale au sein de notre faculté ont conduit à une « académisation » ou « universitarisation » de cette spécialité. De nombreuses preuves existent prouvant qu'un investissement plus important dans

#### AMA CONTACTS

Bulletin de l'Association des Médecins Alumni de  
l'Université catholique de Louvain

#### COMITÉ DE RÉDACTION :

Martin Buysschaert, André Bosly, Roger Detry,  
Daniel Vanthuyne, Dominique Pestiaux

#### EDITEUR RESPONSABLE :

Martin Buysschaert  
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15 –  
1200 Bruxelles

#### COORDINATION DE L'ÉDITION :

Coralie Gennuso

#### REPORTAGE PROMOTION :

© freepik

Les articles signés n'engagent que leurs auteurs.  
Nous appliquons la nouvelle orthographe,  
grâce au logiciel Recto-Verso développé par les  
linguistes informaticiens du Centre de traitement  
automatique du langage de l'UCL (CENTAL).

#### ADRESSE DE CONTACT :

AMA-UCL  
Tour Vésale, niveau 0  
Avenue E. Mounier 52, Bte B1.52.15  
1200 Bruxelles  
Tél. 02/764 52 71  
Fax 02/764 52 78  
secretariat-ama@uclouvain.be  
<http://sites.uclouvain.be/ama-ucl/>

les soins de santé primaires est bon pour les patients et les systèmes de santé (figure 1). Un usage plus important de la médecine générale est associé avec des coûts moindres, une plus grande satisfaction des patients, moins d'hospitalisations et de visites dans les salles d'urgence et... surtout une diminution de la mortalité.<sup>(1)</sup> C'est sans doute la meilleure réponse à la fragmentation des soins, l'hospitalo-centrisme ou la marchandisation de ceux-ci. (OMS, 2008) Comme le précise le professeur Marie-Dominique Beaulieu (Université Montréal) : « Partager la relation médecin-patient avec d'autres professionnels dans des modèles de pratique collaborative est sans doute la stratégie la plus efficace pour préserver le caractère unique de la profession de médecin généraliste, l'étendue de la pratique, la vue globale d'une situation et le point de vue privilégié pour assurer des soins continus et intégrés. »

L'interview du Docteur Cassian Minguet, nouveau directeur du CAMG-UCL, montre des perspectives encourageantes pour le futur de la médecine générale au sein de notre faculté. Et les défis sont nombreux pour une équipe rajeunie et enthousiaste, soutenue par nos autorités facultaires.

**Nous vous souhaitons une bonne lecture de ce numéro.**



Les soins de santé primaire ont été un des meilleurs job en médecine, et cela peut encore être le cas dans le futur. En fait, les soins de santé primaires doivent susciter, pour la prochaine génération, l'intérêt des meilleurs candidats- ou bien le chaos et l'inefficience du système de santé U.S. pourra seulement s'aggraver.

**The Need for Reinvention**  
Thomas H. Lee, M.D.

Perspective  
NOVEMBER 13, 2008

THE FUTURE OF PRIMARY CARE

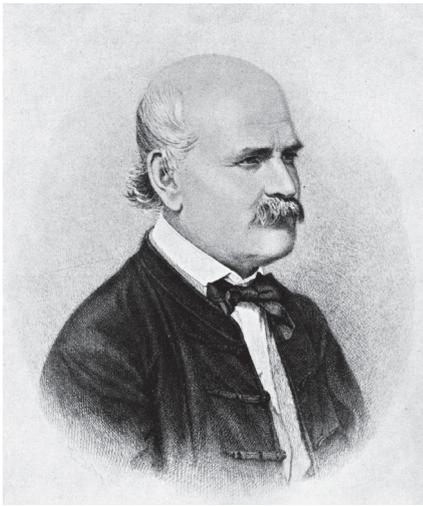
02/11/2017

<sup>(1)</sup> Koller C. Primary Care Spending Rate - A lever for encouraging investment in Primary Care. *N.Engl.J.Med.* 377; 18 November 2, 2017. 1709-11.

## De Semmelweis ... à Pittet

De 1848 ... à 1995

De Vienne ... à Genève



« Semmelweis et Destouches : deux destins maudits » est le titre d'un chapitre consacré à Semmelweis dans le livre récent de JM. Fabiani : 30 histoires insolites qui ont fait la médecine (1). En 1924, Louis-Ferdinand Destouches (connu plus tard sous le nom de Céline) écrit et publie sa thèse de médecine qui décrit

sur un style épique la vie de Semmelweis (2).

Ignace Semmelweis, né en 1818, hongrois d'origine, a fait ses études de médecine à Vienne, avec comme professeurs, Skoda, célèbre interniste qui écrira un traité de l'auscultation, et Rokitsansky, non moins célèbre anatomo-pathologiste qui, après Morgagni et l'école anatomo-clinique française du début du siècle, insiste sur le fait que les symptômes sont le signe externe de lésions dans les organes et les tissus.

À l'époque, le milieu médical était très conservateur et la liberté académique n'existait pas. Diplômé en 1844, refusé comme assistant en médecine et en chirurgie, il obtient un poste en obstétrique chez le Pr Klein, dans une des deux maternités. Les deux maternités, où en fait seules les mères pauvres et les fille-mères accouchent, sont assez semblables, avec chacune environ 3.500 naissances par an. La mortalité par fièvre puerpérale est 10 fois plus élevée dans la maternité de Klein : 600 décès sur un an versus 60. En octobre 1842, la mortalité a atteint 29% des accouchées. Semmelweis a cherché à comprendre. Il ne croit ni aux « miasmes » (émanations malsaines de substances en décomposition, source de maladies), ni au caractère épidémique (la mortalité est très faible lors des accouchements en ville). Il n'y avait pas de variation saisonnière. La seule différence entre les deux maternités voisines est que l'une formait les sages-femmes qui

pratiquaient donc les accouchements et que l'autre (celle de Semmelweis) formait les étudiants à l'accouchement.

Un drame lui apporte la solution : le Pr Kolletschka, professeur d'anatomie, décède d'une infection généralisée après s'être blessé avec un bistouri en salle de dissection. Et les lésions constatées à l'autopsie sont identiques à celles des patientes mortes de fièvre puerpérale. Les changements septiques sont donc liés à des particules de cadavre, reconnaissables à leur odeur. Et les étudiants, qui ne disposent bien sûr pas d'eau courante en salle d'autopsie, les transportent jusqu'au col utérin des parturientes. Les mains sont donc infectantes et Semmelweis impose le lavage des mains par une solution de chlorure de chaux jusqu'à disparition des mauvaises odeurs. Le taux d'infections chute de plus de 50% pour devenir identique dans les deux maternités.

Malgré cela, il sera révoqué par son patron, chassé de Vienne, deviendra quelques années plus tard patron d'obstétrique à Budapest, souffrira de démence et mourra à l'âge de 47 ans.

Comment expliquer son insuccès, le refus de sa théorie ? Certes, le milieu était conservateur. Certes, nous étions près de dix ans avant la démonstration par Pasteur que les bactéries sont la cause de la putréfaction. Mais Semmelweis en était aussi responsable. D'une part, il n'a pas fait de publications, et ce n'est que 15 ans plus tard qu'il publiera son livre : *Etiologie et prophylaxie de la fièvre puerpérale*. D'autre part, il avait un caractère entier et agressif, prenant toute critique comme un rejet personnel. Il écrira : « Le destin m'a choisi pour être le missionnaire de la vérité ». Il traitera ses adversaires d'assassins.

Et puis, viendront Pasteur et la découverte des bactéries, Lister et la découverte de l'antisepsie. Mais l'histoire n'est pas finie.

En 1995, Georges Pittet, infectiologue et hygiéniste à l'Hôpital Universitaire de Genève se rend compte que c'est un mauvais respect de l'hygiène des mains qui est à l'origine des infections nosocomiales. Avoir accès à l'eau et au savon est difficile au moment de chaque contact entre patients et soignants. C'est alors qu'il invente avec

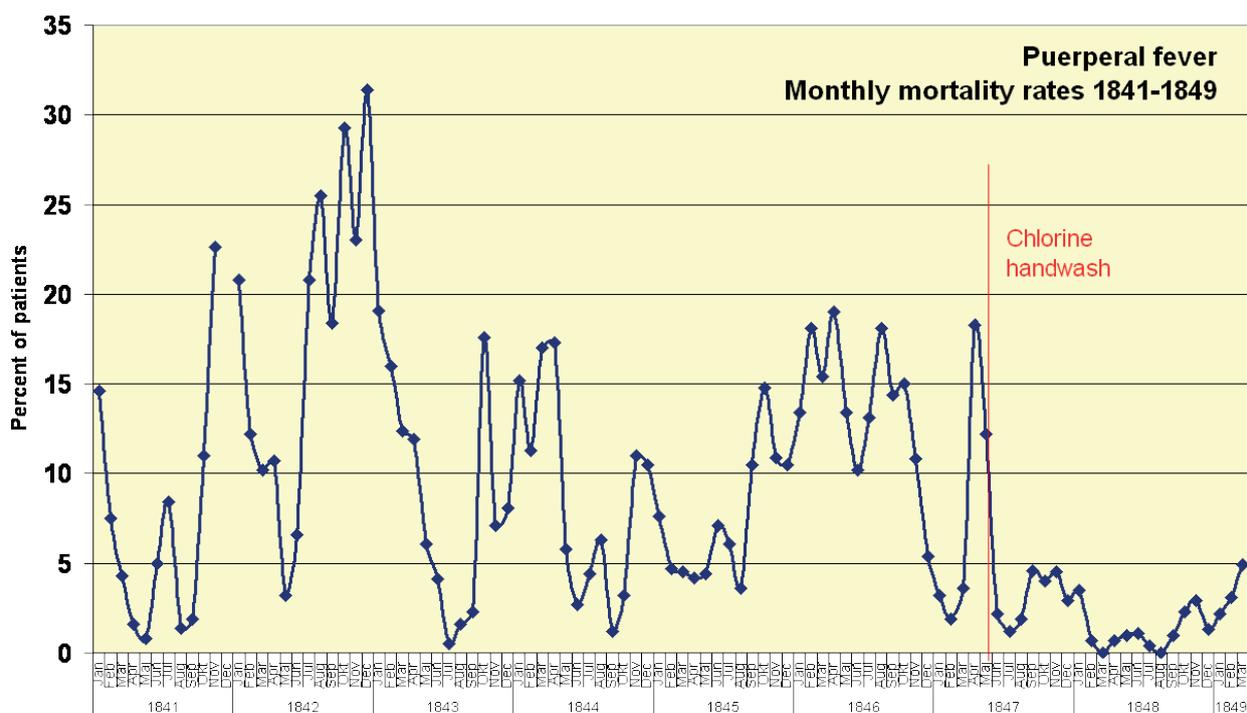
le pharmacien de l'hôpital la solution hydroalcoolique qui peut être transportée sur le lieu du soin sans nécessiter de lavage des mains à l'eau et au savon. Rapidement, les infections nosocomiales vont chuter de plus de 50% dans son hôpital ... et partout ailleurs.

Il a donné la formule librement à l'OMS, ce qui en fait un « multimilliardaire raté » (0,1 cent/flacon lui rapporterait 1,7 milliard de dollars/an). Il est devenu responsable à l'OMS du programme : « Un soin propre est un soin sûr ». Ce programme a touché 170 pays et 17.000 hôpitaux... et sauvé des millions de vies. Dans une maternité du Vietnam par exemple, où il y a 3.300 naissances par an, le programme a réduit de 80% le taux d'infection et de 60% la mortalité.

Bis repetita... 150 ans après Semmelweis.

## RÉFÉRENCES

1. JM. FABIANI., *30 histoires insolites qui ont fait la médecine*. PLOON 2017.  
Une façon très reposante d'apprendre l'histoire de la médecine par des histoires bien racontées.
2. LF., CELINE. *Semmelweis*. Collection L'imaginaire. GALLIMARD 1999.  
Récit romancé ... et passionnant.
3. SH. NULAND. *Doctors. The biography of Medicine*. VINTAGE BOOKS 1989.  
Analyse fouillée de la vie de 15 médecins (ou découvertes) par un chirurgien historien de la médecine. Le chapitre sur Semmelweis porte le titre : « The germ theory before the germs ».
4. TH. CROUZET. *Le geste qui sauve*. Ed. L'âge d'homme 2014.  
Ce livre est librement téléchargeable. Le lien se trouve dans WIKIPEDIA : voir PITTET.



Taux de mortalité par fièvre puerpérale avant et après utilisation d'hypochlorite de calcium.

# Dr Cassian Minguet



**Dominique Pestiaux :** Cassian, comme nouveau Directeur du CAMG, peux-tu nous décrire ton parcours de médecin généraliste depuis les bancs de l'Université ?

**Cassian Minguet :** Je suis sorti en 1985 et j'ai fait le choix positif de la médecine générale. À cette époque-là, cela se

résumait à un mois de stage chez un généraliste et à des cours que nous suivions ici, au CAMG, avec Jacques Vankalck, Louis Vanderbeck, Michel Van den Haute, et nous faisons des ateliers de réanimation avec Jacques Mulongo.

Choix positif de la médecine générale parce que, à cette époque-là, il commençait à y avoir une certaine attractivité pour la médecine générale dans une partie de l'auditoire. On trouvait que c'était bien qu'un médecin qui a fini sa formation retourne dans son village pour y exercer la médecine et travailler dans une vue un peu plus écologique. C'était le début de ces idées-là, et je me suis donc installé dans mon village où je travaille maintenant depuis 30 ans. Puis ma pratique a évolué vers un cabinet de groupe dans lequel je travaille toujours. En 1996, on m'a proposé une place comme animateur de séminaire loco-régional (SLR) à Verviers, en duo avec Guy Poncelet. Ça a duré quatre ans. Puis, une annonce a été transmise aux animateurs de SLR par le directeur de l'époque, un certain Dominique Pestiaux, pour l'engagement d'un enseignant au CAMG, en remplacement de Jacques Vankalck qui arrivait à l'âge de la pension. J'ai donc postulé, c'était en 2000, j'ai intégré le CAMG sous ta direction et tu m'as assigné le secteur du Master complémentaire. Je me rappelle d'une formation donnée par Jacques Frenette que tu avais fait venir du Canada et qui avait dit que les Masters complémentaires allaient prendre beaucoup d'importance dans les années à venir. Très vite après, tu as eu la bonne idée d'adjoindre Guy Beuken à l'équipe, et nous avons travaillé en duo depuis lors.

**D.P. :** Les défis ne manquent pas pour la médecine générale académique, enseignement, recherche, services à la communauté... Comment vois-tu l'avenir dans ces trois domaines au CAMG de l'UCL ?

**C.M. :** Vaste question. Depuis que je suis là, j'essaie de faire un peu le point dans tout ce qui se fait.

**Au niveau de l'enseignement,** il y a deux sillons qui se détachent. L'enseignement de la médecine générale en Master, de base, destiné à tous les médecins, que nous appelons *enseignement intra ou Bac/Master* et l'enseignement en master de spécialisation, destiné uniquement aux futurs généralistes. En master de base nous sommes bien implantés et avec un but très clair : montrer comment travaille, comment raisonne le médecin généraliste et aussi travailler sur l'attractivité de la médecine générale. Nous commençons en BAC 2 avec le cours d'introduction à la pratique médicale. En master, nous avons revu récemment tout ce qui y était enseigné en terme de thèmes et nous avons resserré la cohérence, tout en sachant qu'en Master1 (48 heures de cours), on se focalise sur les motifs de consultation aigus et on voit le début de la consultation jusqu'au diagnostic. Et en Master 2, on voit davantage les motifs de consultations chroniques et on s'arrête sur la fin de consultation et le traitement. Les patients complexes sont eux reportés en Master de spécialisation. Sur ces deux années, nous avons donc parcouru les thèmes de médecine générale à la lumière de cette façon de faire. Ça, c'est l'enseignement central du CAMG. Beaucoup d'enseignants sont également impliqués dans d'autres cours, où nous ne sommes pas coordinateurs. Nous intervenons également dans le cours d'aptitude à la communication intégré au Skills center, dans le secteur Sésame (C. Bolly), dans les cours de démarche clinique en collaboration avec les spécialistes, les portfolios, et aussi dans les stages, avec un stage de 1 mois en master 2 pour tous les étudiants, encadré par le CAMG.

Il y a ensuite *l'enseignement de master de spécialisation.* Avec la réforme des études de médecine en 6 années, il passe à trois ans. Les cours de Master 4 seront intégrés dans le Master de spécialisation. Là, ils seront divisés en deux : un module de préparation à l'assistantat donné aux futurs assistants du 15 septembre au 1 octobre, centré sur ce qu'ils doivent absolument savoir avant de commencer leurs stages, et le reste des cours qui sera donné sous forme modulaire tout au long des 3 années.

**Pour la recherche,** la Faculté va ouvrir un nouveau poste académique. La recherche, je pense, appartient, à un académique avec un PhD, car il faut avoir cette qualité de formation pour encadrer les chercheurs, donc la Faculté va sélectionner quelqu'un qui sera dédié à cette tâche. En

même temps chaque académique a une triple mission : enseignement, recherche et service à la communauté. Donc au CAMG, nous avons également créé une cellule qui s'appelle « Congrès et publications », qui a pour but d'aider chaque académique à publier, sur des sujets pédagogiques ou cliniques à côté de ce chercheur qui lui, ou elle, va chapeauter les futurs doctorants et faire une recherche à un niveau international.

Pour le service à la communauté, le projet que j'ai concerne l'aspect clinique de la médecine générale. Nous arrivons à un moment où l'Université doit réfléchir à la façon dont les soins de médecine générale sont donnés à la population. Le projet porte sur la production de soins dans 'un modèle de pratique clinique de niveau académique, sur le site universitaire. Actuellement, il y déjà la CMGU, Consultation de Médecine Générale d'Urgence, qui s'occupe comme son nom l'indique, de soins dans un contexte d'urgence. Nous voulons étendre le projet à des soins complets de médecine générale en partenariat avec la Faculté, les cliniques Saint-Luc et la CMGU. Cette pratique clinique académique sera également un lieu de formation et d'évaluation des stagiaires et des assistants.

**D.P. : La réflexion sur le rôle de l'Université comme acteur important d'un système de santé centré sur les besoins prioritaires de la population est-elle une priorité pour vous ?**

**C.M. :** Bien sûr. Non seulement en terme de responsabilité sociale, mais aussi parce que l'Université à le rôle d'élaborer un modèle de soins, un benchmark, un étalon, comme le font les Cliniques Saint-Luc au niveau spécialisé. Il faut que la médecine générale se dote d'indicateurs de qualité qui sont mis en œuvre dans une pratique de niveau académique

**D.P. : La pédagogie est l'une de tes préoccupations, pour laquelle tu as beaucoup investi depuis de nombreuses années, est-ce qu'elle est encore possible dans un contexte de cohortes pléthorique comme on les connaît pour le moment à la Faculté de médecine ?**

**C.M. :** Oui, je pense que c'est toi, entre autres, qui a initié l'importance de la pédagogie en médecine générale et nous te remercions d'avoir fait tout ce travail dont nous bénéficions. Tu as montré le chemin dans cette voie et je pense que c'était très intelligent parce que les médecins généralistes deviennent un peu des experts en pédagogie. Nous avons donc continué dans cette voie, à notre niveau, Comment ? Dans la formation des Maîtres de stage, par exemple, nous invitons chaque année les meilleurs pédagogues actuels pour former nos Maîtres de stage. Il y a eu Thierry Pelassia qui est venu nous parler de l'intuition en médecine. Nous essayons aussi d'être présents aux congrès, Coralie Theys a fait cette année une présentation à la SIFEM sur les dispositifs de stage. La pédagogie est au centre de nos préoccupations dans la formation des Maîtres de stage.

En ce qui concerne la vision pédagogique académique, je pense qu'elle va probablement faire partie de la fonction du nouvel académique PhD, puisqu'il aura une vue plus universitaire et plus cohérente des programmes de formation.

**D.P. : Le réseau des Maîtres de stage en médecine générale est évidemment essentiel dans la formation des médecins généralistes. Comment voyez-vous son évolution et quels sont vos projets pour développer le réseau ?**

**C.M. :** Le réseau des Maîtres de stages en médecine générale a obtenu une reconnaissance au niveau facultaire, puisqu'il existe maintenant ce qu'on appelle le Réseau Santé Louvain Médecine Générale (RSLMG), qui fait partie du Réseau Santé Louvain et où siègent le vice-recteur, le doyen, des responsables académiques et des représentants élus parmi les Maîtres de stages. On a donc une visibilité vis-à-vis des Maîtres de stages.

**D.P. : Ce réseau représente combien de Maîtres de stages ?**

**C.M. :** En terme de Maîtres de stages de masters de spécialisation, donc ceux qui forment les assistants, on est à 500. Si on ajoute ceux des Masters, donc des étudiants, on dépasse les 1000. Il y a dans la commission RSLMG un représentant pour l'intra (master) et un représentant pour la spécialisation par région.

On continue également à mettre beaucoup d'énergie dans la formation pour les Maîtres de stage, et ce à trois niveaux :

- le premier niveau qu'on appelle « Congrès », qui est une grande journée pour laquelle on fait venir les orateurs internationaux

- les *formations plénières régionales*, où on donne les grandes orientations de l'année, on apporte des informations sur l'actualité universitaire et on fait des ateliers pratiques sur un point de pédagogie

- les *petites formations régionales*, trois fois par an, en petits groupes de réflexion pratique sur la formation des assistants et la mise en œuvre des outils pédagogiques

Nous réfléchissons aussi à des programmes où nous pourrions avoir des capsules de formation vidéos, par exemple la première sera une capsule sur la formation des Maîtres de stage à l'intuition dans le contexte du raisonnement clinique : comment stimuler l'intuition de son assistant, comment analyser la façon dont il génère ses hypothèses, ... Cette capsule sera donnée à tous les nouveaux Maîtres de stage.

Le but, évidemment, est de pouvoir vraiment être en dialogue plus étroit avec les Maîtres de stage, qu'on puisse avoir des outils qui les aide dans la formation et l'évaluation de leurs assistants. Une de nos idées à ce niveau-là serait de développer une évaluation de stage qui ne serait plus faite par le Maître de stage lui-même,

mais par un Maître de stage externe comme, par exemple, dans la pratique académique de médecine générale dont nous parlions ou encore dans une pratique de médecine générale partenaire.

**D.P. : Il y a une demande importante de stages à l'étranger. Est-ce que c'est actuellement possible pour les candidats généralistes ?**

**C.M. :** Les stages à l'étranger dans le cadre du master sont gérés par la cellule STAC. Dans le master de spécialisation, la loi prévoit deux types de stages à l'étranger. Les stages en UE, qui sont valorisés pour une année, et les stages en pays en voie de développement valorisés pour un quart d'année. Nous travaillons à rendre cela plus facile. Le plus gros problème actuellement des stages à l'étranger, c'est

le financement. On peut comprendre que la Belgique ne va pas financer un stage à l'étranger, donc nous sommes en train de chercher des solutions à ce niveau-là, tout en sachant que j'ai aussi un projet à cœur pour la médecine générale, c'est que quelques étudiants puissent partir en stage aux USA et au Canada. Les spécialistes le font, les généralistes ne le font pas encore, et je pense qu'il faut qu'on y arrive et que la médecine générale pourra ainsi faire un bond en avant. Ça doit se travailler à la fois au niveau du Conseil supérieur et au CA du CCFFMG (Centre de Coordination Francophone pour la Formation des Médecins Généralistes), car il faut organiser un cadre de sécurité sociale pour les assistants. Les réflexions sont en cours.

**D.P. : Dossier important et pertinent, mais complexe.**

## LA MÉDECINE AUX CONFINS DE LA SCIENCE ET DE L'ART

Carl Vanwelde

*« Assise dans le couloir  
un vieux magazine sur les genoux  
j'écoute le buzz de l'énorme aimant  
attirant et faisant tourner sur eux-mêmes  
ces protons d'hydrogène  
qui, autrefois, faisaient partie de moi  
  
J'imagine cette poussière interstellaire intemporelle  
ces restes d'étoiles et de galaxies  
venus se poser dans son corps  
à quelques mètres de moi, à plat sur la table d'examen  
  
Je ne peux, à l'heure qu'il est, rien faire pour lui  
réduite à l'attente, respirer, inspirer, expirer  
immobile  
pendant que son univers intérieur tourne. »*

Bonnie Salomon. Mon fils passe une IRM<sup>(1)</sup>.

### Mon fils passe une RMN

Combien grande doit être notre peur de la maladie pour autoriser la médecine à nous fouiller de telle manière, avec quelle précision et si fréquemment. Pas un millimètre de notre être qui puisse échapper à l'inventaire de la RMN ou du Petscan, pas un orifice qui n'ait son endoscope, pas une addiction qui n'ait son test spécifique, pas une pensée qui ne soit localisable et interprétable par les neurosciences. Réaliser que toutes ces données recueillies, chiffrées, seront ensuite intégrées à de vastes banques de données - le big data - préfigure en quelque sorte la dispersion des cendres après une crémation, une dissolution de ce qu'on nomme l'intimité. La proximité physique du médecin qui dans son cabinet me palpe l'abdomen, ou du psychanalyste qui me

palpe l'inconscient, ont quelque chose de rassurant : un être humain comme moi, ressentant les mêmes peurs et les mêmes émotions, m'approche en respectant ma frontière au monde constituée par mon enveloppe charnelle : passé cette limite, c'est chez moi. Mais confier l'état précis de ma prostate, de mon foie, de mes seins à quelqu'un que je n'aurai même pas vu, qui les scrutera avec une précision d'entomologiste, imaginera la vie et les pensées qui les sous-tendent, les émotions qu'elles suscitent, recèle quelque chose de profondément impudique et si communément accepté que je comprends le patient apeuré qui, sans aucune justification raisonnable sur le plan médical, refuse de se faire investiguer.

<sup>(1)</sup> Bonnie Salomon. *Mon fils a passé une RMN*. Hektoen International Newsletter. A journal of medical humanities. Poetry Autumn 2016 (L'auteur est médecin urgentiste au Northwestern Lake Forest Hospital, Illinois, États-Unis et conférencière en éthique médicale dans la région de Chicago).