



Histoire de la Médecine
100 ans découverte de l'insuline

Médecine
Alcool et santé

Interview
Presses universitaires de Louvain

Art et médecine
Frida Kahlo

Cérémonie de proclamation
184^e-185^e Promotion des Médecins
de l'UCLouvain



AMA CONTACTS 119 OCTOBRE 2021

EDITORIAL

De meilleurs humains

Dominique Pestiaux 412

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

À propos de la découverte de l'insuline il y a 100 ans :
« vous avez dit par Banting et Best, vraiment ? »

Martin Buyschaert 414

MÉDECINE

Alcool en quantités modérées à encourager
ou à déconseiller ?

Maurice Einhorn 417

INTERVIEW

Une expérience éditoriale originale:
les Presses universitaires de Louvain

Maurice Einhorn 419

CÉRÉMONIE DE PROCLAMATION

184^e-185^e Promotion des médecins de
l'UCLouvain 421

Prix de l'association des médecins

Alumni - Louvain Médical 2021 433

ART ET MÉDECINE

« La colonne brisée » - Frida Kahlo

Chantal Daumerie 434

EDITORIAL

De meilleurs humains

« Exemplaires, vos deux têtes dont vous veillez tous les jours à la croissance parallèle, résumant, à mon sens, les conduites humaines, lorsqu'elles excellent dans l'intelligence ; l'une reste dans la science, l'autre plonge dans le paysage. Une bouche dit diabète, l'autre cite le prénom de celle qui en souffre. En ce tête-à-tête permanent gît le secret transhistorique de la médecine ».

Michel Serres (1)

La leçon de Frida Kahlo

Les jeunes médecins à l'occasion de leur discours de promotion ont bien compris l'importance de leurs deux têtes lorsqu'ils ont déclaré :

« Suite à cette année, nous avons aussi compris que la médecine représentait quelque chose de plus grand que simplement guérir son patient. Cela implique de penser Santé à tous les niveaux ». 184^{ème} promotion. « Nous sommes devenus de meilleurs cliniciens et surtout, de meilleurs humains ». 185^{ème} promotion. L'humanisme est bien au cœur de la relation avec le malade quelle que soit sa souffrance.

Ces deux têtes sont également illustrées de manière magistrale par le tableau de Frida Kahlo « mettant à nu sa souffrance et ses sentiments et qui accepte son destin face à l'impossible, droite et résignée ». C. Daumerie nous en décrit tous les aspects en les situant dans le contexte d'une « vie bouleversée » (Etty Hillesum).

À la rencontre des P.U.L

L'interview de Bérangère Deprez, responsable des PUL (Presses universitaires de Louvain) et les deux exemples d'ouvrages publiés par celles-ci nous illustrent le dynamisme de l'UCLouvain et démontrent l'importance de publications rigoureuses, pertinentes, adaptées à un

AMA CONTACTS

Bulletin des médecins anciens
de l'Université catholique de Louvain

*BUREAU 2021

Martin Buyschaert, Dominique Pestiaux, Jean-Claude Debongnie, Carl Vanwelde,
Chantal Daumerie, René Fiasse, Daniel Vanthuyne, Yves Pirson, Maurice Einhorn

EDITEUR RESPONSABLE

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

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'UCLouvain (CENTAL).

COUVERTURE

Tableau d'André Goffinet représentant un « diagramme de Voronoi »

monde en évolution rapide. C'est aussi ce que nous illustre la saga de la découverte de l'insuline, fruit de longues années de recherche, et surtout de l'apport de nombreux chercheurs dont le mérite n'a pas toujours été reconnu. La science, l'une des deux têtes du médecin, est bien celle qui nous permet aujourd'hui de vivre quasi normalement grâce aux découvertes de ces vingt dernières années tant en recherche fondamentale qu'appliquée dans le domaine du COVID-19 et des vaccins ARN. Et ce malgré de nombreuses *fake news* sur les réseaux sociaux.

C'est ce qu'exprime de manière claire le propos d'Axel Kahn dans son dernier ouvrage (2) : « *La discussion d'hypothèses scientifiques telle l'évolution du climat et ses causes repose sur des données, pas des opinions. Ce sont là des critères essentiels d'une démocratie laïque. Mais aussi ce qui la menace tant. L'immédiateté, accrue par l'usage des réseaux sociaux, de l'affirmation de plus en plus véhémente de son opinion et de ce que l'on croit savoir (une oxymore) laisse la raison à distance. Elle se trouve réduite à la portion congrue dans la limite des 240 signes d'un tweet!* ».

Il en est de même pour l'alcool au sujet duquel l'article publié dans ce numéro souligne que : « *The Internet is full of mixed messages about alcohol* ». Les controverses n'ont pas manqué sur les effets de l'alcool et les études récentes ont fait évoluer les conceptions au sujet d'un breuvage omniprésent dans nos agapes.

Une responsabilité

Ce numéro de l'AMA-Contacts est dense, riche de diverses évocations, d'espoirs aussi dans la jeune génération de médecins qui elle aussi apportera sa contribution aux avancées de la science.

Nul doute que leurs deux têtes seront bien attentives aux souffrances de ceux qui s'adresseront à eux et pour lesquels ils disposeront d'une expertise clinique et humaine dans le cadre d'une pratique en partenariat attentive aux besoins de la société. Ceux-ci évoluent rapidement et notre doyenne, F. Smets nous le rappelle dans son discours de promotion:

« *Nous veillerons aussi à assurer notre responsabilité sociale en tant que faculté de médecine – il est essentiel de former les médecins dont la population aura besoin demain* ». Nous aurons à rester conscients et attentifs à ces besoins de demain dont on sait qu'ils vont évoluer notamment en raison des changements climatiques et environnementaux.

Dominique Pestiaux

(1) Michel Serres. Leçon inaugurale congrès SIFEM. Beyrouth. Liban. Université Saint-Joseph. 2006

(2) Kahn A. *Et le bien dans tout ça?* Stock. ISBN: 978-2-2340-9138-2021.p.110.

À propos de la découverte de l'insuline il y a 100 ans : « vous avez dit par Banting et Best, vraiment ? »

*Martin Buysschaert
Professeur émérite UCLouvain*

L'année 2021 célèbre le centième anniversaire de la découverte de l'insuline (10 novembre 1921). Cette avancée médicale majeure suivie quelques semaines plus tard (janvier 1922) de ses premières injections à un jeune patient diabétique de type 1, sont « officiellement » attribuées à deux chercheurs canadiens, F.G. Banting et C.H. Best. C'est leurs noms que l'histoire a sacralisés. Une revue critique de la littérature suggère néanmoins qu'il s'agit là d'un raccourci elliptique : la réalité de terrain est en effet quelque peu différente – et moins éclatante.

Le but de cet article est de proposer une version « révisée », plus nuancée, de cette performance scientifique et thérapeutique exceptionnelle et, ainsi, « de rendre à César ce qui appartient à César ».

Contexte historique et « premiers pas »

Tout remonte à O. Minkowski et à E. Hedon qui démontrent, respectivement en 1889 et en 1893, qu'une pancréatectomie provoque chez l'animal un diabète sucré et qu'une greffe de pancréas, à l'opposé, corrige cette hyperglycémie. À partir de ces deux observations, et d'autres, les scientifiques vont tenter d'isoler au sein du pancréas, peut-être dans ces îlots décrits dès 1869 par P. Langerhans, une (éventuelle) substance aux propriétés antidiabétiques...

E. Gley (1857-1920), Professeur au Collège de France, sera un pionnier dans le domaine. Sur base d'expériences menées chez le chien pancréatectomisé (1891-1905), il postule qu'un extrait qu'il prépare à partir de résidus de pancréas fibrosé d'origine animale devait contenir une telle substance et qu'il était donc essentiel de l'identifier pour en comprendre le mécanisme d'action. Cette hypothèse, Gley l'a évoquée très rationnellement après avoir constaté que son « extrait » avait diminué significativement la glycosurie de ses chiens diabétiques.

Avant Banting et Best, place à d'autres précurseurs, Zuelzer et Paulescu

1. G.L. Zuelzer (1870-1949)

En 1907, G.L. Zuelzer, à Berlin, publie ses premiers travaux originaux. Il démontre lui aussi que l'administration d'un

extrait pancréatique (EP) d'origine animale réduisait la glycosurie de chiens pancréatectomisés mais aussi celle de malades diabétiques ! Huit patients ont bénéficié de ce « traitement » administré par voie parentérale : il observe une réduction des glycémies, glycosurie et acétonurie chez six d'entre eux. Au prix, hélas, d'effets secondaires importants (de type fièvre, vomissements et/ou convulsions). Zuelzer persévère malgré les écueils. L'administration par voie intraveineuse aux chiens diabétiques d'un nouvel EP (appelé Acomatol) amènera également une réduction de la glycémie (de l'ordre de 50%). Zuelzer démontrera aussi dans ce contexte l'importance de la répétition des injections, toutes les trois heures, pour maintenir l'effet hypoglycémiant de l'Acomatol.

Brillant, Zuelzer devra malheureusement renoncer à poursuivre ses travaux en raison d'abord d'une mobilisation militaire en 1914 et puis, dès 1933, par l'arrivée au pouvoir du Troisième Reich qui l'obligera à émigrer aux Etats-Unis, où il décédera en 1949, sans avoir repris ses recherches de précurseur de génie. Son nom ne sera pas directement associé à la découverte de l'insuline.

2. N. Paulescu (1869-1931)

N. Paulescu, né à Bucarest, étudie la médecine à Paris dès 1888. Étudiant d'excellence, il décroche un premier doctorat en Médecine, puis un autre en Sciences. Son parcours de physiologiste l'amène progressivement à une recherche visant entre autres à isoler le mystérieux « principe » antidiabétique contenu dans le pancréas, en collaboration avec E. Lancereaux et A. Dastre à la Sorbonne.

De retour en Roumanie en 1900, il est nommé Professeur de Physiologie à la Faculté de Médecine de Bucarest. La première guerre mondiale perturbe malheureusement ses activités et empêche la diffusion internationale de ses travaux. Il ne présentera et ne publiera qu'en 1921 les résultats brillants de ses recherches effectuées entre 1916 et 1919.

En résumé, l'injection par voie intraveineuse à l'animal rendu diabétique par pancréatectomie d'un extrait aqueux du pancréas (qu'il appelle Pancréine) provoque une réduction (temporaire) de l'hyperglycémie, de la glycosurie, de l'urée et des corps cétoniques. Paulescu démontre que cet effet hypoglycémiant est dose- dépendant.

Il est observé dès l'injection de l'EP dans une veine jugulaire ou portale ; il est maximal après deux heures et se maintient pendant environ douze heures. L'administration à ces animaux diabétiques d'une solution physiologique ou d'un concentré splénique (groupe contrôle !) n'a aucun effet comme indiqué dans le Compte-rendu des Séances de la Société de Biologie (Séance du 23 juillet 1921) et dans les Archives Internationales de Physiologie (août 1921). La voie de la découverte de l'insuline est définitivement tracée.

Par-delà la médecine, il convient de mentionner les positions politiques à l'extrême droite de Paulescu, dans la ligne de C. Maurras en France. Dans ce contexte, comme rapporté par G. Slama dans une lettre au Lancet, l'inauguration d'un buste de Paulescu en août 2003 à l'Hôtel-Dieu de Paris a été annulée suite à des protestations d'organisations juives. À l'image de Zuelzer, le nom de Paulescu ne sera pas directement lié à la découverte de l'insuline

3. F.G. Banting et C.H. Best « et al » : l'épopée canadienne

F.G Banting, né en 1891 à Alliston (Ontario, Canada), est d'abord orthopédiste dans l'armée canadienne au cours de la première guerre mondiale. C'est en octobre 1920 qu'il s'intéresse au diabète après la lecture d'un article, signé par M. Barron de l'Université du Minnesota, montrant qu'une lithiase pancréatique chez un de ses malades était compliquée d'une atrophie du pancréas exocrine, sans lésions des îlots de Langerhans ni développement de diabète. Banting développe alors l'idée d'abord d'une ligature expérimentale de ces canaux excréteurs pour isoler dans la glande « endocrine » résiduelle le principe antidiabétique et ensuite celle d'administrer cet extrait à l'animal diabétique. Cela étant, n'ayant aucune expérience de recherche, il confie son projet à J. Macleod, Professeur de Physiologie à l'Université de Toronto, qu'il parvient à convaincre malgré son scepticisme... Macleod, lui fournit aussi l'aide d'un jeune étudiant, C.H. Best (1899-1978), avant qu'il ne quitte le Canada pour un voyage d'études en Europe.

Les premiers essais des deux novices Banting et Best chez des chiens, sont autant d'échecs. (« première période »). Il faudra le retour de Macleod – qui connaît à ce moment les publications européennes, en particulier celles de Paulescu – pour mettre en place une recherche plus structurée et des protocoles mieux construits. Cette nouvelle approche portera rapidement ses fruits, dans une ambiance néanmoins devenue tendue entre les protagonistes, en particulier entre Banting et Macleod. Ce que « l'équipe » met en évidence, c'est que l'injection chez le chien diabétique d'un EP résiduel était associée à une réduction drastique des glycémie et glycosurie. Banting et Best postulent – logiquement – que leur EP contient donc ce produit de sécrétion interne au pancréas qu'ils appellent Islétine (devenue Insuline en avril 1922). Ils publient leurs données sous le titre « The Internal Secretion of the Pancreas », dans le Journal of Laboratory

and Clinical Médecine le 5 février 1922. En décembre 1921, pour consolider le travail, Macleod avait invité à Toronto un biochimiste expérimenté J.B Collip, dont le rôle aura été essentiel dans la purification de l'EP isolé par Banting et Best.

C'est le 11 janvier 1922 qu'un jeune patient diabétique de type 1, L. Thompson, âgé de 14 ans, reçoit par voie sous-cutanée une injection de l'EP de Banting et Best : 7.5 ml sont injectés dans chacune de ses fesses. Malheureusement, aucun bénéfice clinique ou biologique n'est constaté – et un abcès se développe à l'un des sites d'injection dû aux impuretés de l'extrait. C'est une seconde injection le 23 janvier 1922 d'un extrait purifié par Collip qui amènera les résultats spectaculaires que l'histoire gravera dans le marbre. La glycémie du patient diminue de 520 à 120 mg/dl, sa glycosurie de 71 à 9 g et la cétonurie disparaît. La bataille du traitement du diabète est « gagnée ».

Suite et synthèse

Il est intéressant de mentionner que la publication « princeps » de la découverte de l'insuline (22 février 1922) n'est signée que par Banting et Best. Les deux co-auteurs, dans leur article, citent certes les travaux de Paulescu, mais en lui faisant dire l'inverse de ce qu'il avait publié... Par ailleurs, ils refusent d'assister en mai 1922 à la présentation par Macleod des résultats de leur recherche commune à un congrès organisé à Washington, s'estimant lésés par l'attitude de leur « promoteur ».

“ *L'ensemble des travaux, ceux des précurseurs avec l'Acomatol ou la Pancréine et ceux du groupe canadien avec l'Isletine puis l'Insuline ont transformé une maladie toujours mortelle en maladie chronique.* ”

”

L'histoire de la découverte de l'insuline n'est pas terminée. Il y aura encore quelques turbulences. Alors que d'autres auraient pu logiquement le revendiquer, le prix Nobel de Médecine en 1923 est décerné à Banting et à Macleod. Ce choix fera l'objet de nombreuses polémiques au Canada et dans le monde et mettra encore davantage en évidence les dissensions au sein du quatuor. Banting ne peut plus « voir » Macleod et partagera ostensiblement son prix avec Best (qui, après le décès de Banting en 1941 continuera d'ailleurs à porter le message qu'ils sont à deux à avoir découvert l'insuline...). Macleod, qui fut le véritable coordonnateur du projet canadien, partagera son prix avec Collip, lui rendant ainsi l'hommage qu'il méritait. Il n'y aura cependant guère d'allusion aux pionniers européens de la première heure, Gley, Zuelzer ou Paulescu, qui resteront dans l'ombre : leurs travaux pilote, pourtant essentiels, ne seront jamais vraiment « réhabilités » malgré leurs demandes et celles d'un grand nombre de membres de la communauté scientifique. Dans ce contexte, il est intéressant de citer M. Bliss qui affirme dans son ouvrage que « les résultats publiés par Banting et Best en février 1922 n'étaient *in fine* pas supérieurs à ceux de Zuelzer et Paulescu ». Bel hommage posthume....

Quoi qu'il en soit, par-delà la médiocrité des querelles et les *egos*, les années 1921 et 1922 ont bouleversé la face du diabète. L'ensemble des travaux, ceux des précurseurs avec l'Acomatol ou la Pancréine et ceux du groupe canadien avec l'Isletine puis l'Insuline ont transformé une maladie toujours mortelle en maladie chronique. Ce ne fut pas un tir groupé mais tous ces protagonistes, en Europe et au Canada, doivent être considérés, avec grand respect scientifique, comme acteurs et non figurants. En d'autres termes, comme « **co-**

découvreurs » d'une hormone qui a sauvé –et sauve- des millions de vie.

Si nous disposons aujourd'hui d'autres insulines tellement plus performantes pour maîtriser le diabète, nous le devons aussi à ces grandes percées scientifiques d'il y a 100 ans. Quel jalon que cette fabuleuse découverte de l'insuline ! Que de progrès depuis ...

Quelques références d'intérêt

1. H. Lestradet. La découverte de l'insuline. Bull. Acad. Natle. Med. 1996; 180: 437-448.
2. G. Slama, Nicolae Paulesco. An international polemic. Lancet. 2003 ; 362 : 1422.
3. A. de Leiva-Hidalgo, E. Bruges, A. De Leiva-Pérez, The true Banting and Best Story: The Priority Rule and the Discovery of the Antidiabetic Hormone. In Jorgens V , Porta M, : Unveiling Diabetes-Historical Milestones in Diabetology. Front Diabetes. Basel Karger, 2020, vol 29 , pp 84-102.
4. M. Bliss. The discovery of insulin. McClelland and Stewart Limited, Toronto, Canada, 1982.
5. R. Hegele, G. Maltman. Insulin's centenary: the birth of an idea. Lancet. 2020; 8: 971-977.
6. M. Buysschaert, V. Preumont et D. Maiter. L'insulinothérapie en 2021. Louvain Med 2021 janvier : 140 : 2-7.

Tresiba® 200 unités/ml, solution injectable en stylo prérempli. **Tresiba® 100 unités/ml**, solution injectable en cartouche. **Composition** : Tresiba 200 unités/ml : Un stylo prérempli contient 600 unités d'insuline dégludec dans une solution de 3 ml. 1 ml de solution contient 200 unités d'insuline dégludec (ADN). Tresiba 100 unités/ml : Une cartouche contient 300 unités d'insuline dégludec dans une solution de 3 ml. 1 ml de solution contient 100 unités d'insuline dégludec (ADN). **Forme pharmaceutique** : Solution neutre, incolore et limpide. Tresiba 200 unités/ml : Solution injectable en stylo prérempli (FlexiTouch®). Tresiba 100 unités/ml : Solution injectable en cartouche (Penfill®). **Indication** : Traitement du diabète de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant à partir de l'âge de 1 an. **Posologie et mode d'administration** : Posologie : Ce médicament est une insuline basale pour administration sous-cutanée une fois par jour à n'importe quel moment de la journée, de préférence au même moment chaque jour. La teneur en insuline des analogues de l'insuline, y compris l'insuline dégludec, est exprimée en unités. Une (1) unité d'insuline dégludec correspond à 1 unité internationale d'insuline humaine, à 1 unité d'insuline glargine (100 unités/ml) ou à 1 unité d'insuline détémir. Chez les patients diabétiques de type 2, ce médicament peut être administré seul ou en association avec des antidiabétiques oraux, des agonistes des récepteurs du GLP-1 ou une insuline en bolus. Chez les patients diabétiques de type 1, Tresiba doit être associé à une insuline d'action courte/rapide afin de couvrir les besoins en insuline lors des repas. La dose de Tresiba doit être ajustée en fonction des besoins individuels du patient. Il est recommandé d'optimiser le contrôle glycémique par l'ajustement de la dose d'insuline en fonction de la glycémie à jeun. Un ajustement de la dose peut être nécessaire si le patient augmente son activité physique, modifie son régime alimentaire habituel ou en cas de maladie concomitante. Tresiba 100 unités/ml et Tresiba 200 unités/ml, solution injectable en stylo prérempli : Tresiba est disponible en deux concentrations. Dans les deux cas, la dose nécessaire est sélectionnée en unités. Cependant, les paliers de dose sont différents pour les deux concentrations de ce médicament. Avec Tresiba 100 unités/ml, il est possible d'administrer une dose de 1 à 80 unités par injection, par paliers de 2 unités. Avec Tresiba 200 unités/ml, il est possible d'administrer une dose de 2 à 160 unités par injection, par paliers de 2 unités. Le volume injecté est alors diminué de moitié comparé au volume injecté avec les insulines basales concentrées à 100 unités/ml. Le compteur de dose affiche le nombre d'unités indépendamment de la concentration et aucune conversion de dose ne doit être effectuée en cas de changement de la concentration administrée à un patient. Flexibilité de l'heure d'administration de la dose : Occasionnellement, lorsque l'administration de la dose n'est pas possible au même moment de la journée, Tresiba permet une flexibilité de l'heure d'administration de l'insuline. Un intervalle minimum de 8 heures entre deux injections devra toujours être respecté. Il n'y a pas d'expérience clinique concernant la flexibilité de l'heure d'administration de la dose avec Tresiba chez les enfants et les adolescents. Il est conseillé aux patients qui oublient une injection de la faire dès qu'ils s'en rendent compte, puis de reprendre leur schéma posologique habituel en une fois par jour. Initiation : **Patients diabétiques de type 2** : La dose initiale journalière recommandée est de 10 unités, suivie par des ajustements de dose individuels. **Patients diabétiques de type 1** : Tresiba doit être utilisé une fois par jour avec l'insuline administrée au moment du repas et nécessite ensuite des ajustements de dose individuels. En remplacement d'autres insulines : Il est recommandé de surveiller attentivement la glycémie lors du changement de traitement et durant les semaines suivantes. Il pourra être nécessaire d'ajuster les doses et les horaires d'administration des insulines d'action courte ou d'action rapide ou des autres traitements antidiabétiques concomitants. **Patients diabétiques de type 2** : Chez les patients diabétiques de type 2, et précédemment traités par insuline basale administrée une fois par jour, basale-bolus, prémélangée ou sous insuline qu'ils mélangent eux-mêmes, le passage de l'insuline basale à Tresiba peut se faire dose par dose sur la base de la dose précédente d'insuline basale quotidienne, suivi par des ajustements de dose individuels. Une réduction de la dose de 20% basée sur la dose précédente d'insuline basale, suivie par des ajustements de dose individuels, devra être envisagée en cas de passage d'une insuline basale administrée deux fois par jour à Tresiba, de passage de l'insuline glargine (300 unités/ml) à Tresiba. **Patients diabétiques de type 1** : Chez les patients diabétiques de type 1, une réduction de la dose de 20% basée sur la dose précédente d'insuline basale quotidienne ou de la composante basale d'un traitement par perfusion sous-cutanée continue d'insuline doit être considérée, suivi par des ajustements de dose individuels en fonction de la réponse glycémique. Utilisation de Tresiba en association avec des agonistes des récepteurs du GLP-1 chez les patients diabétiques de type 2 : Lors de l'ajout de Tresiba à des agonistes des récepteurs du GLP-1, la dose initiale journalière recommandée est de 10 unités, suivie par des ajustements de dose individuels. Lors de l'ajout d'agonistes des récepteurs du GLP-1 à Tresiba, il est recommandé de diminuer la dose de Tresiba de 20% afin de minimiser le risque d'hypoglycémie. Par la suite, la posologie doit être ajustée individuellement. **Populations particulières** : **Sujets âgés (> 65 ans)** : Tresiba peut être utilisé chez les patients âgés. Il est nécessaire d'intensifier la surveillance glycémique et d'ajuster la dose d'insuline de façon individuelle. **Troubles rénaux ou hépatiques** : Tresiba peut être utilisé chez les patients présentant des troubles rénaux ou hépatiques. Il est nécessaire d'intensifier la surveillance glycémique et d'ajuster la dose d'insuline de façon individuelle. **Population pédiatrique** : Il n'y a pas d'expérience clinique concernant l'utilisation de ce médicament chez les enfants âgés de moins de 1 an. Ce médicament peut être utilisé chez les adolescents et les enfants à partir de l'âge de 1 an. Lors du passage de l'insuline basale à Tresiba, une diminution de la dose de l'insuline basale et bolus devra être envisagée de façon individuelle afin de diminuer le risque d'hypoglycémie. **Mode d'administration** : Voie sous-cutanée uniquement. Tresiba ne doit pas être administré par voie intraveineuse en raison du risque d'hypoglycémie sévère. Ce médicament ne doit pas être administré par voie intramusculaire car l'absorption pourrait en être modifiée. Ce médicament ne doit pas être utilisé dans les pompes à perfusion d'insuline. Tresiba ne doit pas être prélevé de la cartouche du stylo prérempli dans une seringue. Tresiba est administré par voie sous-cutanée par injection dans la cuisse, le haut du bras ou la paroi abdominale. Une rotation des sites d'injection devra toujours être effectuée au sein d'une même région afin de diminuer le risque de développer une lipodystrophie et une

amyloïdose cutanée. Les patients doivent être informés qu'ils doivent toujours utiliser une aiguille neuve. La réutilisation des aiguilles du stylo à insuline augmente le risque d'obstruction des aiguilles pouvant conduire à un sous ou à un surdosage. En cas d'obstruction des aiguilles, les patients doivent suivre les instructions décrites dans les instructions d'utilisation accompagnant la notice. Tresiba 200 unités/ml, solution injectable en stylo prérempli ; Tresiba se présente sous forme de stylo prérempli (FlexiTouch) conçu pour être utilisé avec les aiguilles NovoFine® ou NovoTwist®. Le stylo prérempli de 200 unités/ml permet d'injecter de 2 à 160 unités par paliers de 2 unités. Tresiba 100 unités/ml, solution injectable en cartouche ; Tresiba est présenté dans une cartouche (Penfill) conçue pour être utilisée avec des systèmes d'administration de l'insuline Novo Nordisk et des aiguilles NovoFine ou NovoTwist. **Contre-indications** : Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. **Effets indésirables** : Résumés du profil de sécurité : L'effet indésirable le plus fréquemment rapporté lors du traitement est l'hypoglycémie. Liste des effets indésirables : Les effets indésirables répertoriés ci-dessous sont issus des données des essais cliniques. **Très fréquent** : hypoglycémie. **Fréquent** : réactions au site d'injection. **Peu fréquent** : lipodystrophie, œdèmes périphériques. **Rare** : hypersensibilité, urticaire. **Fréquence indéterminée** : amyloïdose cutanée (provenant de données après commercialisation). **Description de certains effets indésirables** : **Affections du système immunitaire** : Des réactions allergiques peuvent survenir avec les préparations d'insuline. Des réactions allergiques de type immédiat, soit à l'insuline elle-même soit aux excipients, peuvent potentiellement menacer le pronostic vital. Une hypersensibilité (se manifestant par un gonflement de la langue et des lèvres, une diarrhée, des nausées, de la fatigue et un prurit) et de l'urticaire ont rarement été rapportés avec Tresiba. **Hypoglycémie** : L'hypoglycémie peut survenir lorsque la dose d'insuline est trop importante par rapport aux besoins insuliniques. L'hypoglycémie sévère peut entraîner une perte de connaissance et/ou des convulsions et peut causer une altération transitoire ou définitive des fonctions cérébrales, voire le décès. Les symptômes de l'hypoglycémie surviennent habituellement de manière soudaine. Ils peuvent inclure : sueurs froides, pâleur et froidure cutanées, fatigue, nervosité ou tremblement, anxiété, asthénie ou faiblesse inhabituelles, confusion, difficulté de concentration, somnolence, sensation de faim excessive, troubles visuels, maux de tête, nausées et palpitations. **Affections de la peau et du tissu sous-cutané** : La lipodystrophie (notamment la lipohypertrophie, la lipocathrophie) et l'amyloïdose cutanée peuvent survenir au niveau du site d'injection et retarder l'absorption locale de l'insuline. Une rotation continue des sites d'injection dans une zone donnée peut aider à diminuer ou éviter ces réactions. **Réactions au site d'injection** : Des réactions au site d'injection (notamment hématome au site d'injection, douleur, hémorragie, érythème, nodules, gonflement, décoloration, prurit, chaleur et masse au site d'injection) se sont produites chez des patients traités avec Tresiba. Ces réactions sont habituellement légères et transitoires et disparaissent généralement lors de la poursuite du traitement. **Population pédiatrique** : Tresiba a été administré à des enfants et des adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans pour étudier les propriétés pharmacocinétiques. La sécurité et l'efficacité ont été démontrées lors d'un essai à long terme chez des enfants âgés de 1 an jusqu'à moins de 18 ans. La fréquence, le type et la sévérité des effets indésirables observés dans la population pédiatrique ne montrent pas de différence avec l'expérience acquise dans la population diabétique générale. **Autres populations particulières** : D'après les résultats des études cliniques, la fréquence, le type et la sévérité des effets indésirables observés chez les patients âgés et chez les patients présentant des troubles rénaux ou hépatiques ne montrent aucune différence avec une plus grande expérience acquise dans la population diabétique générale. **Déclaration des effets indésirables suspects** : La déclaration des effets indésirables suspects après autorisation du médicament est importante. Elle permet une surveillance continue du rapport bénéfice/risque du médicament. Les professionnels

Conditionnement	Prix public	Intervention patient (A)
FlexiTouch® U200 3 x 3 ml	62,99€	0€
Penfill® U100 5 x 3 ml	53,60€	0€

TRESIBA®
insulindégludec[rDNA origin] injection

DIMINUER LE RISQUE D'HYPOLYCEMIES DE VOS PATIENTS DIABETIQUES AVEC TRESIBA®1-5

Lorsque vos patients diabétiques (type 1 ou type 2) ont besoin d'une insuline basale

changing diabetes®

BE21TSM00018 – September 2021

Novo Nordisk®

de santé déclarent tout effet indésirable suspecté via l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé : www.notifierneffetindesirable.be. **Mode de délivrance** : Prescription médicale. **Titulaire de l'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM)** : Novo Nordisk A/S, Bagsvaerd, Danemark. **Numéro d'AMM** : EU/1/12/807/013 (200 unités/ml, 3 FlexiTouch), EU/1/12/807/007 (100 unités/ml, 5 Penfill). **Date de mise à jour du texte** : 08/2021.

Tresiba®, FlexiTouch®, Penfill®, NovoFine® et NovoTwist® sont des marques déposées appartenant à Novo Nordisk A/S, Danemark

Références : 1. Tibaldi J, Hadley-Brown M, Lieb A, et al. A comparative effectiveness study of degludec and insulin glargine 300 U/mL in insulin-naïve patients with type 2 diabetes. *Diabetes Obes Metab* 2019; 1-9. 2. Wysham C, Bhargava A, Chaykin L, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 2 Diabetes: The SWITCH 2 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017; 318(1):45-56. 3. Marso SP, McGuire DK, Zinman B, et al. Efficacy and Safety of Degludec versus Glargine in Type 2 Diabetes. *N Engl J Med* 2017; 377(8):723-732. 4. Rodbard HW, Cariou B, Zinman B, et al. Comparison of insulin degludec with insulin glargine in insulin-naïve subjects with Type 2 diabetes: a 2-year randomized, treat-to-target trial. *Diabet Med* 2013; 30(11):1298-304. 5. Lane W, Bailey TS, Gerety G, et al. Effect of Insulin Degludec vs Insulin Glargine U100 on Hypoglycemia in Patients With Type 1 Diabetes: The SWITCH 1 Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2017; 318(1):33-44.

Alcool en quantités modérées à encourager ou à déconseiller ?

Maurice Einhorn

Les rapports entre alcool et santé ont inspiré bien des recherches, mais le moins que l'on puisse en dire est que les choses en la matière n'ont pas toujours été claires et ne le sont toujours pas, tant il y a eu à travers les décennies des opinions contradictoires, pourtant soutenues par des études menées dans les règles de l'art. " The Internet is full of mixed messages about alcohol ", souligne le site *Healthline*. La nocivité de la consommation excessive n'est, elle, plus à prouver. Encore faudrait-il savoir ce que l'on doit entendre par une consommation « excessive ».

Une revue historique élémentaire, publiée par le gouvernement des Etats-Unis nous apprend qu'en des temps reculés la consommation d'alcool était tout à fait normale, d'autant plus qu'à l'époque les gens se méfiaient, non sans raison, de l'eau souvent pas réellement potable. On considérait alors que la consommation d'alcool était bénéfique pour la santé et avait un effet stimulant. Seuls certains mouvements religieux s'y opposaient avec plus ou moins de fermeté.

Le premier tournant à cet égard survient au 19^{ème} siècle. Dans ces années-là, où l'alcoolisme sévit surtout dans les classes défavorisées, un mouvement prônant la tempérance et qui organise de vastes meetings se développe entre 1840 et 1860, provoquant une chute spectaculaire de la consommation d'alcool, mais à la fin du siècle c'est surtout le mouvement qui milite pour l'interdiction totale de la vente d'alcool qui prend le dessus, avec l'appui notamment du gouvernement américain (1) et basé entre autres sur les effets négatifs de l'alcool pour la santé. Le sommet de ce mouvement sera atteint aux Etats-Unis en 1920 avec une modification du 18^{ème} amendement à la Constitution, qui interdit la fabrication, le transport, la vente, l'importation et l'exportation de boissons alcoolisées, une législation qui durera jusqu'en 1933, époque qui est connue sous le nom de prohibition. Ces années de prohibition totale ont d'ailleurs fait la fortune de diverses mafias. L'exemple le plus célèbre en la matière est celui d'Al Capone avec, entre autres, son trafic d'alcool. On rappellera succinctement, qu'outre le risque de dépendance et de toutes ses conséquences, la consommation régulière de quantités importantes d'alcool peut avoir une longue série de répercussions néfastes pouvant aller jusqu'à la mort. On pensera principalement aux atteintes hépatiques, cérébrales, cardiovasculaires, endocrinologiques, oncologiques, psychiques et autres. À ces effets purement médicaux, il faut encore ajouter l'exacerbation de toutes les formes de violence, principalement conjugales. Dans le

contexte qui est celui d'aujourd'hui depuis les années '80, l'obésité, avec ses nombreux effets délétères joue un rôle majeur.

L'OMS relève par ailleurs que l'alcool tue annuellement 3 millions de personnes dans le monde.

Les beuveries festives

Un mode très particulier et de plus en plus fréquent dans les ambiances festives est ce que les Américains appellent le "binge drinking" (2), terme qui n'a pas d'équivalent en français. Il s'agit pour ceux ou celles qui s'y adonnent de boire un maximum d'alcool, surtout de la bière, en un minimum de temps et ce souvent jusqu'à devenir inconscient. Cette pratique est bien connue dans nos universités, car elle permet de couronner le « Roi des bleus ». Aux Etats-Unis, selon les *American Addiction Centers*, 40% environ des étudiants admettent se livrer occasionnellement ou régulièrement au "binge drinking" (3). Selon une étude de l'université de Rochester (Etat de New York), chaque année 1 825 étudiants universitaires meurent des suites de lésions non intentionnelles liées à l'alcool, surtout à cause d'accidents de voiture ou de moto, 690 000 étudiants sont agressés par d'autres étudiants ayant bu et 97 000 étudiant(e)s rapportent des agressions sexuelles ou des viols lors de sorties. Outre le risque de coma éthylique, voire de décès, il peut y avoir de sérieuses conséquences sur les plans digestif, cardiaque et cérébral. On relève ainsi un risque accru d'accident vasculaire cérébral (AVC), d'hypertension artérielle, d'infarctus du myocarde, d'arythmies (on parle ainsi du "Holiday heart syndrome"), sans oublier celui de verser dans l'alcoolisme chronique en cas d'épisodes répétés de "binge drinking". Il faut ajouter, soulignent les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*), les risques d'accident de la circulation liés à la conduite en état d'ivresse avancée, de suicide, d'actes graves d'agressivité, de relations sexuelles non protégées.

Mais c'est au sujet des effets délétères (ou non) de la consommation régulière de quantités modérées d'alcool que l'on a du mal à y voir clair tant les recommandations en la matière ont changé, parfois radicalement.

Les effets du vin rouge

Au tournant du siècle, la revue spécialisée *Alcohol Research & Health* (5) fait état d'une réduction du risque d'AVC chez les femmes, de maladie vasculaire périphérique et de maladies cardiovasculaires spécifiquement. La même revue évoque la possibilité de certains risques chez les personnes totalement abstinentes. Au moment où on commence à faire l'éloge appuyé du régime méditerranéen, divers auteurs soulignent les effets bénéfiques du vin rouge consommé avec modération, insistant sur ses effets antioxydants et anti-inflammatoires liés à la présence de polyphénols. D'aucuns vont, à l'époque, jusqu'à parler d'un effet bénéfique de la consommation de quantités modérées d'autres alcools également. La recommandation en faveur du vin rouge ne tombe évidemment pas dans l'oreille de sourds. Les marchands spécialisés et les clubs d'œnologues utilisent depuis lors massivement l'argument des bénéfices du vin rouge pour la santé. Citons, entre moult exemples, ce site américain qui fait état des « 5 bénéfiques du vin rouge pour la santé » ou, mieux (ou pire) encore celui qui titre sur ses « 20 principaux bénéfices pour la santé ». Pour certains auteurs, la consommation modérée d'alcool diminue le risque de démence chez la personne âgée (5,6).

D'autres études citent encore, comme bienfaits d'une consommation modérée d'alcool, une augmentation du taux de HDL-C, une réduction de la pression artérielle, une baisse du taux de fibrinogène, une diminution du risque de diabète (!) et, plus logiquement, une baisse temporaire du stress, de l'anxiété et de la timidité.

Durant les années suivantes, par contre, on voit de plus en plus de publications concluant au caractère nocif de l'alcool, quelle qu'en soit la quantité consommée.

Pour cette année, on retiendra principalement deux études démontrant le lien entre la consommation, même à doses (très) faibles, et le risque de fibrillation auriculaire, un lien déjà mis en évidence naguère par la fameuse *Woman's Health Study*. Les auteurs d'une étude publiée dans l'*European Heart Journal* (7), menée sur près de 108 000 personnes, suivies en moyenne pendant 14 ans, arrivent à la conclusion que boire un verre d'alcool par jour augmente de 16% le risque de fibrillation auriculaire. Une étude encore plus récente, présentée en mai au 70^{ème} congrès de l'*American College of Cardiology* (ACC) et dirigée par Gregory Marcus (8), relève une augmentation à très court terme du risque de fibrillation encore plus élevé, à savoir un risque doublé, en cas de consommation quotidienne d'une quantité modérée d'alcool, risque qui augmente encore davantage avec des quantités plus importantes d'alcool.

Les auteurs d'une autre étude récente (7), pour l'instant en prépublication, ayant inclus plus de 25 000 participants, notent, en conclusion de leur recherche, que l'on « n'a pu trouver de doses d'alcool sûre du point de vue cérébral ».

Références

1. Spirited Republic. <https://www.archives.gov/files/publications/prologue/2014/winter/spirited.pdf>
2. Pour les *American Addiction Centers* on définit le "binge drinking" comme la consommation de quantités importantes d'alcool en 2 heures ou moins, aboutissant des taux sanguins de 0,08 g par décilitre.
3. Csengeri et al. *Eur Heart J*. 2021;42:1170)
4. MukamalKJ et al. *JAMA*. 2003;289:1405
5. *Alcohol Res Health*. 2000;24:5
6. (6) Brust JCM. *Int J Environ Res Public Health*. 2010;7 :1540
7. "Acute alcohol consumption and discrete atrial fibrillation events". ACC 2021
8. Topiwala A et al. *Medrxiv*. 2021;doi:10.1101/2021.05.10.21256931

Une expérience éditoriale originale: les Presses universitaires de Louvain

Maurice Einhorn

Créées en 2000 à l'occasion du 575^e anniversaire de l'Université catholique de Louvain, les Presses universitaires de Louvain (*) publient quelque 60 ouvrages par an, et comptent au catalogue à ce jour plus de 1 100 titres, la plupart regroupés en collections. Le dernier titre paru s'intitule *Enseigner (et apprendre) en téléprésence*, un thème pour le moins actuel.

Nous avons rencontré, pour en apprendre plus, Bérengère Deprez, docteure en littérature, responsable des PUL et porteuse du projet depuis ses débuts. Elle a lancé les presses universitaires de Louvain, d'abord « *de façon tâtonnante* » pour en arriver finalement à ce que sont les PUL aujourd'hui.

La démarche des Presses universitaires de Louvain, enseigne éditoriale institutionnelle, est évidemment d'un intérêt majeur pour la communauté universitaire de l'UCLouvain et pour ses partenaires académiques et scientifiques internationaux. Même si la médecine n'est pas largement représentée dans l'ensemble des publications des PUL, celles-ci recouvrent toutes les disciplines universitaires. Les publications se font dans leur grande majorité en français, mais aussi en anglais et parfois en néerlandais et dans d'autres langues. « *Nous avons même une collection appelée Verbatim et qui publie des textes dans des langues vernaculaires que parlent parfois très peu de personnes, comme le nabaloy par exemple, mais dont il est important de garder des traces, ceci pour le maintien de la diversité linguistique, car chaque année un certain nombre de langues disparaissent à jamais. Cette collection est publiée à la fois dans la langue concernée et dans une langue internationale telle que l'anglais ou le français* ».

La majorité des publications relèvent des sciences humaines ; il y en a donc peu dans les sciences exactes et biomédicales. « *Pour schématiser, on pourrait dire que dans les sciences exactes, appliquées et médicales, on publie plutôt dans des revues et en anglais des articles dont le contenu est très rapidement dépassé, alors qu'en sciences humaines, on continue à publier beaucoup d'ouvrages ayant une plus grande longévité sur le plan éditorial* ». Pour tout ce qui concerne la logistique éditoriale, les PUL ont un partenaire, la société coopérative CIACO, « *qui est habilitée à prendre en charge tout ce que ne peut pas ou ne souhaite pas faire une institution académique* ».

Chaque projet éditorial repose sur une espèce de trépied, constitué en premier lieu par le responsable de projet, en général un académique ou un chercheur de l'université et qui peut être l'auteur du livre ou un directeur de collection, ou encore un responsable de centre ou d'institut etc., en deuxième lieu par les PUL et en troisième lieu par le pilier logistique que constitue la CIACO.

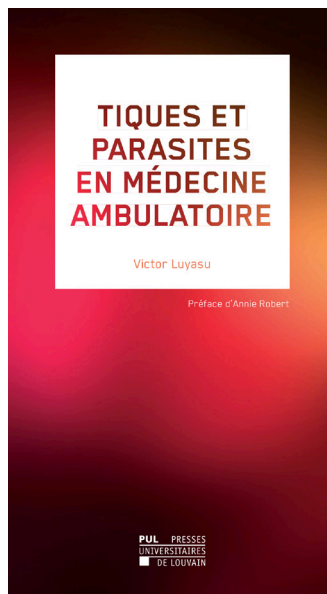
En tant que service éditorial intégré, les PUL prennent en charge le conseil à l'auteur ou au responsable de projet, les démarches administratives telles que l'attribution des ISBN, la coordination avec la CIACO et tous les prestataires extérieurs, tels que graphistes, traducteurs, illustrateurs etc., l'assistance pour la composition de la couverture et le matériel promotionnel (par exemple la fameuse « quatrième de couverture »), la veille technologique et juridique concernant le secteur etc. Cette fonction de « guichet unique » et de consultance interne est appréciée des responsables de projet qui peuvent ainsi se dégager de ces tâches qui ne leur sont pas propres.

Tous les ouvrages concernés sont édités en version imprimée, parfois à un nombre très limité d'exemplaires, mais aussi en version PDF payante téléchargeable sur le site des PUL.

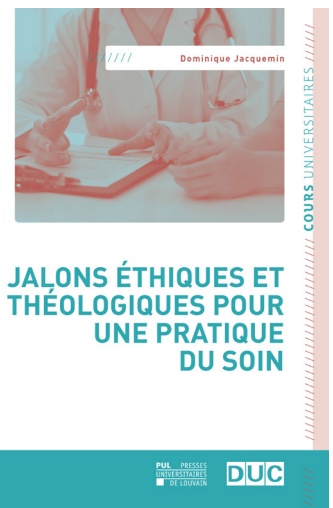
Certains ouvrages sont également diffusés sous forme d'e-book, que l'on peut donc feuilleter comme un livre papier, contrairement au PDF, par essence fixe. « *Nous sommes sur un modèle de publication multimodale* », précise Bérengère Deprez. Et d'ajouter : « *Nous avons toujours cru dans la coexistence du papier et du numérique. Non seulement le papier existe encore, contrairement à ce qu'ont prédit certains, mais de plus le numérique n'a pas encore tenu toutes ses promesses* ».

Parfois l'ouvrage sort en *open access*, en version PDF téléchargeable gratuite, soit quelques mois après la sortie de la version papier, soit d'emblée. C'est notamment le cas de la collection *Religio*, qui concerne les sciences religieuses, comme le suggère son nom. Il faut signaler également que tous les ouvrages peuvent être commandés en librairie, les libraires reçoivent en effet tous les avis de parution des publications des PUL. En France, les ouvrages sont diffusés en France par la librairie Wallonie-Bruxelles, installée au cœur de Paris

Quant au choix des ouvrages à publier, cela relève exclusivement des directeurs de collection. Mme Deprez définit son activité en aval de ce choix comme du « *coaching éditorial* ». Même si, on l'a dit, la grande majorité des ouvrages concernent les sciences humaines, les PUL ont publié un certain nombre d'ouvrages en médecine et ce dans diverses spécialités médicales classiques, mais également dans les domaines de l'éthique médicale, de la santé publique notamment. A titre d'exemple, Mme Deprez nous présente trois publications dans le domaine médical. *Tiques et parasites en médecine ambulatoire*, de Victor Luyasu, médecin biologiste, spécialiste en médecine du voyage, est évidemment un ouvrage éminemment pratique, à paraître cet automne.



On y ajoutera *Knowledge and knowing in cancer research: an organizational communication perspective*, une thèse de Salaheddine Mnasri, professeur adjoint de communication à l'American University of the Middle East (AUM), au Koweït, ainsi que *Jalons éthiques et théologiques pour une pratique du soin*, de Dominique Jacquemin, infirmier et prêtre, actif dans les soins palliatifs.



Précisons que ces ouvrages, comme tous les autres ouvrages édités par les PUL peuvent être achetés sur le site de celles-ci ou sur d'autres plateformes comme Amazon.

De quelles publications Bérengère Deprez est-elle particulièrement fière ? Indéniablement, répond-t-elle d'une suite de cours que Michel Foucault, invité par Françoise Tulkens, est venu donner à l'UCLouvain 1981, sous le titre *Mal faire, dire vrai*, dont l'édition a été établie par le Pr Fabienne Brion, criminologue de l'UCLouvain. Il a d'ailleurs déjà fait l'objet de traductions dans de nombreuses langues.

Les PUL éditent également, dans la collection Cordouan, des ouvrages qui intéressent un plus large public, même si la rigueur scientifique reste un critère essentiel. On peut encore citer à cet égard des livres sur l'art dans la ville, à Louvain-la-Neuve et à Woluwe, notamment lié au fait que les entreprises venant s'installer à Louvain-la-Neuve doivent consacrer un certain pourcentage de leur budget à une œuvre d'art.

(*) <https://pul.uclouvain.be/>

184^e Promotion des Médecins de l'UCLouvain

Discours du Professeure Françoise Smets, Doyenne de la Faculté de médecine et médecine dentaire



Chères consoeurs, Chers confrères,

Quel plaisir d'avoir enfin l'occasion de pouvoir fêter avec vous et vos proches votre diplôme de médecin.

Nous avons dû saisir l'opportunité qui semblait la plus réaliste et sommes très heureux qu'elle ait pu se concrétiser : nous sommes toutes et tous réunis aujourd'hui, finalement. Nous savons que pour certaines et certains la frustration est grande de n'avoir pas pu se libérer. Si vous nous suivez en direct, ou si vous nous regardez un peu plus tard, nous pensons tout particulièrement à vous.

Que de chemin parcouru depuis l'an dernier. Nous espérons que cette année a été la meilleure possible pour vous. Je suis certaine que vous avez pu vérifier que tout le travail fourni durant votre cursus n'avait pas été vain et vous avait permis de débiter bien outillés l'étape suivante de votre parcours.

Mais revenons d'abord quelques instants en arrière. Quelle année de Master 3 terrible vous avez dû affronter : le basculement brutal de votre routine, les incertitudes initiales, votre présence continue dans les lieux de stage mais dans un environnement bouleversé et avec de nombreuses inquiétudes, la finalisation de votre travail de fin d'études et la préparation de vos examens envers et contre tout, l'examen de synthèse en distanciel et puis directement les concours. L'année de master 3 est habituellement très riche mais également très stressante vu les enjeux pour la suite de votre carrière, pour vous le stress aura été augmenté de manière exponentielle.

Et néanmoins vous y êtes parvenus. C'est évidemment avant tout grâce à vos efforts, votre résilience, votre courage. Mais également grâce votre vocation, qui s'exprime tout particulièrement dans les moments plus difficiles comme ceux que nous avons traversés, et aussi grâce à votre solidarité. C'est l'occasion pour moi de remercier une fois encore vos délégués : Emilie, Quentin, Sofiane et Thimoty. Être délégué c'est un pari risqué. Cela permet de s'investir dans la vie de la faculté, ce qui est très enrichissant. Mais cela demande de donner du temps

pour les autres, au risque d'avoir de moins bons résultats, et on sait combien les résultats sont importants en master. Et si quelque chose va mal, on est en 1^{ère} ligne... Mais leur rôle est essentiel et l'a été plus encore face à la pandémie. Donc de tout cœur : merci.

Je remercie aussi très sincèrement vos professeurs et l'ensemble du personnel de la faculté, qui depuis plusieurs années et encore plus dans les circonstances inédites liées à la pandémie ont tout mis en œuvre pour assurer la qualité de votre apprentissage. Le passage des études de 7 à 6 ans associé aux modifications constantes de la médecine nous oblige à remettre régulièrement à jour notre cursus et nos méthodes pédagogiques. La succession des décrets régissant l'enseignement est également un challenge, mettant les équipes sous haute pression. Un dialogue constant avec les autorités de tutelle est indispensable. Merci également au Prof Pierre Garin, doyen UNamur, pour sa présence aujourd'hui. Vous êtes nombreux et nombreuses à avoir fait votre bachelier à Namur, c'est un réel enrichissement quand vous rejoignez l'UCLouvain, nous partageons les mêmes valeurs et la même vision de la pédagogie, que nos interactions puissent rester nombreuses est très important. Finalement un merci tout particulier à l'équipe proclamation qui travaille jours et nuits depuis 1 mois à faire de cet événement un réel succès.

L'amour et l'aide constante de votre famille et de vos proches a été essentielle dans votre parcours et l'est encore. Nous les remercions très sincèrement aussi de vous avoir soutenus. Nous avons une pensée toute particulière pour ceux et celles qui nous ont quittés ou ont été plus fortement atteint par la pandémie.

Beaucoup de vous terminez dans quelques jours votre 1^{ère} année d'assistantat. Celle-ci s'est encore déroulée dans des circonstances compliquées, tant dans vos conditions de travail que dans la vie en général. Nos remerciements vont également à l'ensemble de vos maîtres de stage, en médecine générale ou en spécialité hospitalière, à nos deux cliniques universitaires de



même qu'à tous les hôpitaux partenaires du RSL. Ce sont des partenaires fidèles, leur collaboration est essentielle pour vous permettre d'appréhender la diversité de votre futur métier. Je remercie ici le GHDC, présent aussi en reconnaissance de l'investissement sans faille des assistants durant la pandémie. Vous poursuivez une formation exigeante toujours tournés avant tout vers vos patients malgré les difficultés, les horaires chargés et les moments difficiles. Il est important que votre qualité de vie soit malgré tout préservée, le nouveau statut négocié devrait permettre des améliorations là où elles sont nécessaires. Nous y resterons particulièrement attentifs. Nous veillerons aussi à assurer notre responsabilité sociale en tant que faculté de médecine – il est essentiel de former les médecins dont la population aura besoin demain. A ce sujet, la mise en place récente de la commission de planification de la FWB est une étape importante. Nous ferons tout pour qu'elle permette de répondre à cette préoccupation mais également la résolution définitive du problème des quotas fédéraux de n° INAMI. Qui continue malheureusement à mettre les étudiants et étudiantes sous haute pression en fin de parcours.

Vous l'avez compris nous sommes extrêmement fiers de vous. Soyez-le aussi. Garder vos rêves et vos espoirs. N'oubliez jamais que vous faites un métier formidable. Restez solidaires. Prenez soin de vous. Restez engagés : vous êtes la santé de demain et nous avons beaucoup de chance de vous avoir.



Discours de Madame Valérie Glatigny, Ministre de l'Enseignement supérieur, de l'Enseignement de la Promotion sociale, de la Recherche scientifique, des Hôpitaux universitaires, de l'Aide à la jeunesse, des Maisons de justice, de la Jeunesse, des Sports et de la Promotion de Bruxelles



Mesdames et Messieurs les Recteurs et Vice-Recteurs,
Mesdames et Messieurs les Doyens et Vice-Doyens,
Mesdames et Messieurs les Professeurs,
Chers parents et amis,
Chères étudiantes, chers étudiants,
Très chers diplômés,

Je voudrais tout d'abord vous dire que je suis très émue et honorée d'avoir été invitée à prendre la parole à l'occasion de la remise de vos diplômes de médecine.

Parmi les promesses que vous avez faites sur l'honneur, solennellement et librement, je retiendrai principalement que vous prenez l'engagement solennel de consacrer votre vie au service de l'humanité et que vous exercerez votre profession

avec conscience et dignité, dans le respect des bonnes pratiques médicales.

C'est donc avec fierté que je m'adresse à vous aujourd'hui. Quel magnifique diplôme ! Quel formidable métier ! Vous venez de réussir avec succès des études exigeantes.

Vous y avez mis votre énergie, votre volonté et votre persévérance. Votre diplôme vous ouvre les portes d'une profession passionnante et exigeante. Bravo à toutes et tous. Aujourd'hui, je partage pleinement cet aboutissement avec vous.

Je tiens aussi à associer à mes remerciements vos parents et votre entourage, et tous ceux qui ont été à vos côtés pour partager vos espoirs, vos choix, vos hésitations et vos questions, vos enthousiasmes, tous ceux qui vous ont écoutés et soutenus, et, bien sûr vos professeurs.

Au cours de ces dernières années, le monde a vécu d'énormes changements. La médecine spécialisée n'y a pas échappé, elle qui a vu sa pratique évoluer au gré de développements majeurs des connaissances et des technologies.

Le vieillissement de la population, la complexification et la multiplication des pathologies diverses (diabète, obésité, maladies chroniques et respiratoires, etc.) entraînent une évolution des besoins en professionnels de santé ainsi que des changements à intégrer dans la formation initiale de ceux-ci.

Pour pouvoir offrir des soins de qualité, je suis convaincue qu'il faut d'abord disposer de médecins généralistes et spécialistes en nombre suffisants, formés convenablement et de manière permanente. Comme vous le savez, les pénuries de médecins dans certaines spécialités ont un impact direct sur l'accessibilité et la qualité des soins apportées aux patients.



A cet égard, il importe de définir en FWB une politique de santé efficace qui garantisse à chaque citoyen un accès rapide et de qualité à des soins médicaux adaptés, en favorisant la promotion, auprès des étudiants, des spécialités en pénurie.

Dès lors nous avons décidé de créer en FWB une Commission de planification avec pour principale mission d'objectiver les besoins réels des patients, en définissant des sous-quotas en concertation étroite avec les Régions et se basant également sur les chiffres de la Commission de Planification fédérale. Celle-ci débutera ses travaux en octobre 2021.

Le nombre de candidats en formation dans une discipline donnée devra être déterminé en fonction des besoins réels des patients.

En outre, une formation de qualité pour les candidats spécialistes requiert des lieux de stage de qualité. Ces lieux doivent leur offrir la possibilité de toucher à un large éventail de pathologies, tout en leur garantissant un environnement d'apprentissage sécurisé avec un engagement de tous les partenaires à respecter les objectifs et moyens pédagogiques prédéfinis.

Pour conclure, je voudrais livrer une réflexion sur le métier-même de médecin généraliste ou spécialiste. Comme vous le savez, la médecine, c'est une science et un art : celui de guérir mais pas seulement. C'est aussi celui de prendre

soin du malade. C'est ce que l'on vous a enseigné. Vous serez le premier/la première que l'on consultera. D'où votre importance capitale. Vous examinerez le patient, établirez votre diagnostic, ordonnerez des examens et prescrirez le traitement pharmaceutique ou hospitalier qui s'impose. Bref, vous devrez suivre vos patients et gérer leur santé dans sa globalité. Vos connaissances médicales sont très étendues. Vous devrez être en mesure de diagnostiquer un large éventail de pathologies, que ce soit chez l'enfant, l'adulte ou les personnes âgées.

De plus, comme tous les médecins, vous devrez suivre des formations afin d'actualiser vos connaissances, participer à des colloques, des conférences et des échanges entre professionnels de la santé. Sans oublier que vous devrez aussi gérer le côté administratif et logistique.

Mais vous devrez aussi soigner, soigner encore, soigner jusqu'au bout, vous tenir à côté d'une personne lorsque guérir n'est plus une option.

Vous allez vivre une époque qui soulèvera de nouvelles questions éthiques.

Vous pourrez influencer l'avenir par vos compétences, mais aussi par votre capacité réflexive, voire anticipative.

Merci pour la responsabilité que vous venez d'accepter d'endosser. Bravo et bonne chance!



Discours des délégués Emilie Marlière et Thimoty Hennebicq



Chers collègues, confrères et consœurs, chers amis, chère famille, chers professeurs,

Nous voici enfin réunis après un an. Une première année qui s'est révélée ardue et semée d'inconnues, dû à ce petit virus qui fait maintenant partie de nos vies.

Depuis un an, nous sommes acteurs des soins de santé. En plus de devoir prendre et comprendre nos nouvelles responsabilités, nous avons dû porter le lourd fardeau de l'éthique, essence même de la médecine.

Malgré notre jeune âge et notre manque d'expérience, nous avons dû faire des choix (qui envoyer aux urgences ? qui hospitaliser ? voire pour qui réserver un lit de réanimation...) et nous avons dû faire face à la peur, la tristesse, l'incertitude, la mort, au sein d'un paysage plus que chaotique. Cet apprentissage âpre, à l'aube de notre pratique, marquera très certainement notre clinique durant notre vie.

Ces responsabilités, confiées par nos aînés, nous espérons les avoir assumées. C'est également pour cela que nombreux ne sont pas là aujourd'hui, malheureusement de garde.

En un an, le discours que nous avons préparé a énormément changé. La réalité de terrain, surtout en période de crise, nous

a mis face aux absurdités du système, comme les besoins de rentabilité et de finance, les campagnes de prévention vaccinales pas à temps, les horaires monstrueux et les équipes de soins à bout, toutes ces gouttes d'eau dans l'océan, ces dysfonctionnements qui ont fait de nous des médecins peut-être plus réveillés et conscients des problèmes (pensée à toutes celles et ceux qu'on a vu à la grève au Mont des Arts).

Suite à cette année, nous avons aussi compris que la médecine représentait quelque chose de plus grand que simplement guérir son patient. Cela implique de penser Santé à tous les niveaux.

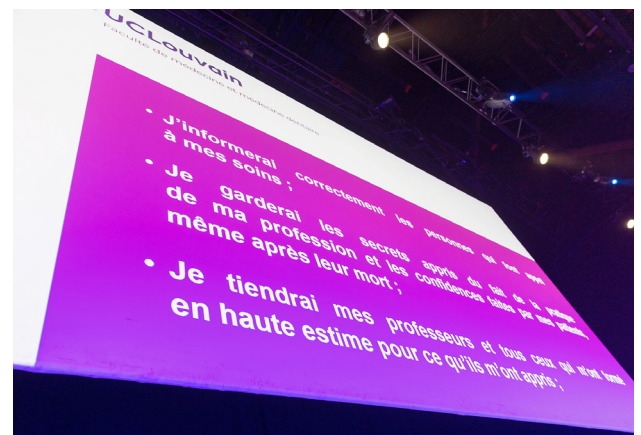
Notre rôle, notre métier, notre vocation occupe une place centrale dans la société, certes nos cours nous avaient prévenus mais la réalité de terrain nous montre cet aspect dans toute sa splendeur. L'équilibre précaire d'une santé efficace et efficiente pour l'ensemble de la population est un art difficile à maîtriser.

Il serait présomptueux de penser qu'on a compris tout le système mais nous avons certainement été témoins de beaucoup de failles. Lors de nos discussions, la désillusion du système prenait le pas sur l'intérêt clinique ou les avancées scientifiques.

Cependant aujourd'hui, c'est un message d'espoir que nous voulons donner à toutes et tous. Un message d'envie de continuer vers un monde médical meilleur, avec une meilleure compréhension et un meilleur soin. Gardons notre patiente – patient au centre de notre prise en charge, même si cela va à l'encontre de ses envies premières.

La médecine est un art, ce n'est pas un métier que nous laissons sur le pas de la porte, c'est une vocation. En tant que médecin, nous sommes un repère de la société, et nous avons compris cette année que, pour beaucoup, nous sommes le phare dans la nuit, une promesse d'espoir, de réconfort, et d'aide. Alors oui c'est loin d'être facile, oui nous faisons parfois le sale boulot mais, après les études et cette année, plus rien ne peut nous arrêter.

Ensemble, en tant qu'auditoire, nous avons montré de par notre solidarité, notre bon sens, notre enthousiasme et notre motivation que nous pouvions réaliser énormément de choses. Continuons comme ça car, mes amis, nous pouvons



enfin se voir pour le dire, nous avons de quoi être fiers et nous aurons de quoi continuer de l'être.

Relevons les défis, changeons les absurdités et transformons-les en évidences. Battons-nous chaque jour pour un accès équitable aux soins, pour l'arrêt de la discrimination, pour une société et un monde meilleur tout simplement.

Car nous sommes le futur de la médecine et de la société. Et après tout, il faut voir grand dans la vie.

Merci à vous pour tous ces moments, faisons en sorte qu'ils ne soient pas les derniers. Merci à notre corps professoral qui, malgré notre entêtement, nous a instruit, nous a écouté et nous a formé à devenir des meilleures versions de nous-même.

Et surtout merci à nos familles et amis qui, dans l'ombre, nous ont permis d'arriver à être qui nous sommes aujourd'hui, des adultes et des médecins affirmés, ce qui n'était pas évident pour certains d'entre nous. Merci pour le nombre incalculable de Stabilo utilisés, de feuilles imprimées, les transports, les câlins, le casque anti-bruit, et le support. Merci de nous avoir accompagnés pendant 12 blocus au mieux, 20 ou plus parfois. Merci à vous de nous avoir soutenus, écoutés, de continuer de le faire et d'être présent pour nous quand il le faut.

Nous terminerons par une phrase : « Ne nous arrêtons pas là, donnons toujours le meilleur de nous-mêmes ».



185^e Promotion des Médecins de l'UCLouvain

Discours du Professeure Françoise Smets, Doyenne de la Faculté de médecine et médecine dentaire



Chers nouvelles et nouveaux diplômés,
Chères consœurs, Chers confrères,

Quel plaisir d'être ici tous ensemble avec vous et vos proches pour fêter votre diplôme de médecin.

Nous avons dû saisir l'opportunité qui semblait la plus réaliste et sommes très heureux qu'elle ait pu se concrétiser : nous sommes toutes et tous réunis aujourd'hui. Nous savons que pour certaines et certains la frustration est grande de n'avoir pas pu se libérer. Si vous nous suivez en direct, ou si vous nous regardez un peu plus tard, nous pensons tout particulièrement à vous.

Quelle fin de parcours compliquée vous avez dû affronter : le basculement brutal de vos cours à distance sur un week-end de mars 2020, les incertitudes initiales, la perte des contacts sociaux si essentiels, le stress des examens à distance. Le master 2 est une année extrêmement chargée, avoir réussi à tenir le cap malgré l'environnement hostile est remarquable, félicitations. Ensuite, pas de repos. Vous enchaînez directement avec vos stages, tant attendus, mais dans un environnement bouleversé et avec de nombreuses inquiétudes persistantes même si l'arrivée des vaccins apporte un peu de réassurance, la finalisation de votre travail de fin d'études et la préparation de vos examens puis directement les concours. L'année de master 3 est habituellement très riche mais également très stressante vu les enjeux pour la suite de votre carrière, encore plus stressante pour vous vu les conditions difficiles depuis plus de 18 mois maintenant.

Et néanmoins vous y êtes parvenus. C'est évidemment avant tout grâce à vos efforts, votre résilience, votre courage. Mais également grâce votre vocation, qui s'exprime tout particulièrement dans les moments plus difficiles comme ceux que nous avons traversés, et aussi grâce à votre solidarité. C'est l'occasion pour moi de remercier une fois encore vos délégués : Federica, Julie, Ludmilla et Miguel. Être délégué c'est un pari risqué. Cela permet de s'investir dans la vie de la faculté, ce qui est très enrichissant. Mais cela demande de donner du temps pour les autres, au risque d'avoir de moins bons résultats, et

on sait combien les résultats sont importants en master. Et si quelque chose va mal, on est en 1^{ère} ligne... Mais leur rôle est essentiel et l'a été plus encore face à la pandémie. Donc de tout cœur : merci. Nous avons une pensée toute particulière pour une étudiante, Sara, qui a été une déléguée exceptionnelle en plus d'être une personne exceptionnelle.

Je remercie aussi très sincèrement vos professeurs et l'ensemble du personnel de la faculté, qui depuis plusieurs années et encore plus dans les circonstances inédites liées à la pandémie ont tout mis en œuvre pour assurer la qualité de votre apprentissage. Le passage des études de 7 à 6 ans associé aux modifications constantes de la médecine nous oblige à remettre régulièrement à jour notre cursus et nos méthodes pédagogiques. Le distanciel a accéléré encore ceci. Et puis il a aussi la succession des décrets régissant l'enseignement. C'est un réel challenge, mettant les équipes sous haute pression. Les modifications sensées aider les étudiants et étudiantes à progresser ont parfois l'effet inverse ou des conséquences insoupçonnées comme le décret paysage a pu en avoir pour les Masters de médecine où les points du cursus interviennent pour moitié dans les concours d'accès aux spécialités. Je dois ici particulièrement remercier Maricka et Najihya qui en tant que présidente et vice-présidente de l'AGW ont œuvré à nos côtés pour faire comprendre ce décret à leurs collègues et limiter les déceptions. Merci également au Prof Pierre Garin, doyen UNamur, pour sa présence aujourd'hui. Vous êtes nombreux et nombreuses à avoir fait votre bachelier à Namur, c'est un réel enrichissement quand vous rejoignez l'UCLouvain, nous partageons les mêmes valeurs et la même vision de la pédagogie, que nos interactions puissent rester nombreuses est très important. Finalement un merci tout particulier à l'équipe proclamation qui travaille jours et nuits depuis 1 mois à faire de cet événement un réel succès.

L'amour et l'aide constante de votre famille et de vos proches a été essentielle dans votre parcours et l'est encore. Nous les remercions très sincèrement aussi de vous avoir soutenus. Nous avons une pensée toute particulière pour ceux et celles qui nous ont quittés ou ont été plus fortement atteints par la pandémie.

Beaucoup de vous commencerez dans quelques jours votre 1^{ère} année d'assistantat. Celle-ci débutera dans des circonstances encore compliquées, tant dans vos conditions de travail que dans la vie en général. Nos remerciements vont également à l'ensemble de vos maîtres de stage, en médecine générale ou en spécialité hospitalière, à nos deux cliniques universitaires de même qu'à tous les hôpitaux partenaires du RSL. Ce sont des partenaires fidèles, qui vous encadrent dans un véritable compagnonnage. Leur collaboration est essentielle pour vous permettre d'appréhender la diversité de votre futur métier et pour poursuivre votre formation. Je remercie ici le GHDC, présent aussi en reconnaissance de l'investissement sans faille des assistants et assistantes durant la pandémie. Vous poursuivez une formation exigeante toujours tournés avant

tout vers vos patients malgré les difficultés, les horaires chargés et les moments difficiles. Vous faites cela si bien. Ne changez rien. Pour vous le permettre, il est important que votre qualité de vie soit malgré tout préservée, le nouveau statut négocié des MACCS devrait permettre des améliorations là où elles sont nécessaires. Nous y resterons particulièrement attentifs. Nous veillerons aussi à assurer notre responsabilité sociale en tant que faculté de médecine – il est essentiel de former les médecins dont la population aura besoin demain. A ce sujet, la mise en place récente de la commission de planification de la FWB est une étape importante. Nous ferons tout pour qu'elle permette de répondre à cette préoccupation mais également qu'elle œuvre à la résolution définitive du problème des quotas fédéraux de n° INAMI. Qui continue malheureusement

à mettre les étudiants et étudiantes sous haute pression en fin de parcours.

Vous l'avez compris nous sommes extrêmement fiers de vous. Soyez-le aussi. Garder vos rêves et vos espoirs et rêvez grand. N'oubliez jamais que vous faites un métier formidable. Restez solidaires. Dans les moments difficiles, pensez à vos patients, ils vous aideront à tout surmonter comme vous les aidez à prévenir et prendre en charge leurs maux. Prenez aussi soin de vous. Restez engagés : vous êtes la santé de demain, nous avons toutes et tous besoin de vous quelle que soit la voie vers laquelle vous vous dirigez. Voie dans laquelle nous vous souhaitons bonheur et épanouissement. Félicitations pour ce magnifique aboutissement, qui n'est que le commencement de quelque chose d'encore plus beau. Vraiment bravo !



Discours des délégués Federica De Caro, Julie Nizet, Ludmilla Joannes, José Miguel Carvalho Gonçalves



Chers amis, Chers confrères, Chers professeurs, Chers invités,

C'est avec grand plaisir que nous célébrons avec vous la fin tant attendue de ces longues années d'étude de médecine. Nous sommes enfin arrivés au bout de ce chemin, à l'aube d'un nouveau chapitre de notre vie.

Ce n'est pas tous les jours que l'on devient médecin et, en plus de célébrer cette réussite dont nous sommes si fiers, nous aimerions dédicacer celle-ci à tous les acteurs qui ont contribué ces six dernières années à faire de nous les proclamés que

nous sommes aujourd'hui.

Tout d'abord, une pensée à tous nos amis de cours et nos co-stagiaires : ce sont les moments que nous avons partagé qui ont rendu ces années mémorables. Ensemble, nous avons cultivé notre esprit d'adaptation et tissé un lien qui nous a permis de toujours avancer, y compris lorsque la crise sanitaire a bousculé notre parcours. Nous avons découvert de nouvelles façons de nous soutenir et de nous donner du courage.

Aux professeurs, qui après tant d'années continuent à développer notre intellect et notre esprit avec une telle diligence. Merci pour votre passion, et votre humanisme ... sans oublier votre persévérance pour apprivoiser Teams. Malgré ce nouveau mode d'enseignement, vous avez réussi à nous transmettre votre vocation qu'est enseigner.

Aux médecins et maîtres de stage, qui ont su faire preuve de pédagogie, sérénité et patience, et qui nous ont aiguillés dans le doute et l'inconnu. Votre aide fut précieuse.

À tous les assistants présents pendant notre formation. Que ce soit ceux qui nous appelaient le "stagiaire" car ils avaient oublié notre prénom, ceux que nous avons suivi jusqu'aux toilettes par erreur, ou ceux qui nous ont pris sous leur aile pour nous apprendre à voler. Nous vous remercions de tout cœur car, à vos côtés, nous sommes devenus de meilleurs cliniciens et surtout, de meilleurs humains.



Aux familles et aux amis, qui nous ont soutenus, matériellement et moralement, tout au long de ces années. Nous profitons de l'occasion pour nous excuser vivement pour les congés de Noël parsemés de livres et de « je n'y arriverai jamais ». Vous nous avez vu grandir jusqu'à en arriver ici, et vous avez partagé avec nous les moments de bonheur ainsi que de découragement, vous avez toujours été prêts à faire des compromis et à trouver des nouvelles façons de nous encourager et de nous reconforter. Cette réussite vous appartient donc tout autant qu'à nous.

Aux patients que nous avons rencontrés lors de nos stages. Nous n'oublierons pas leur patience face à nos anamnèses encore peu rodées et leurs « merci Docteur » encourageants. Mais surtout nous les remercions pour tous les défis qu'ils nous ont lancé en venant brouiller les cartes avec leur humanité et leur vécu unique. C'est grâce à eux que nous avons réellement commencé à devenir médecins.

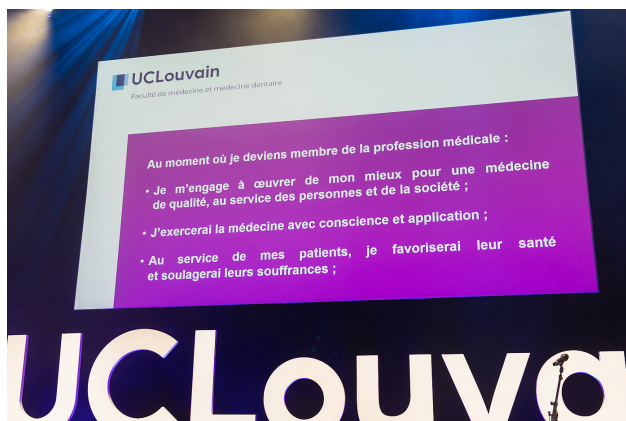
Et pour finir, un petit clin d'œil à nos échecs. Ne soyez pas surpris, gardez plutôt en tête ce vieux proverbe : l'échec est la mère du succès. Qu'il soit personnel ou professionnel, chacun d'entre nous a connu l'échec durant ces six dernières années,

et si nous sommes ici aujourd'hui, c'est également parce que nous avons trébuché et que nous nous sommes relevés, plus forts et plus grands. Dans une société où le succès est roi, je vous invite aujourd'hui à remercier vos défaites, tout autant que vos éclatantes victoires, qui seront certainement nombreuses.

Et nous voici donc, aujourd'hui, sur le point de prêter le serment d'Hippocrate. Lors du franchissement de cette ligne d'arrivée qui est également une ligne de départ pour notre carrière, nous vous souhaitons de tout cœur de devenir des médecins épanouis, en cultivant votre esprit critique et votre curiosité.

Nous vous souhaitons chaleureusement de profiter de toutes les beautés de cette vie qui vous attend. Vous êtes jeunes, beaux et intelligents, courageux et tenaces, et vous allez pratiquer un métier magnifique.

Cette liste de dédicaces se terminera donc par des félicitations à nous tous, chers confrères, pour cette étape franchie. Vous pouvez vous applaudir une nouvelle fois !



184^e-185^e Promotion des Médecins de l'UCLouvain

Discours du Professeur Frédéric Houssiau, Vice-Recteur du Secteur des Sciences de la Santé



Madame la Ministre de l'Enseignement Supérieur de la Fédération Wallonie-Bruxelles,

Monsieur le Ministre Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles,

Mesdames et Messieurs

Chers nouvelles et nouveaux diplômé(e)s,

Chères désormais consoeurs, chers confrères,

Au nom de l'UCLouvain et de son recteur, le Professeur Vincent Blondel, je vous adresse mes plus chaleureuses félicitations en ce très beau jour qui voit vos efforts officiellement récompensés.

La Doyenne a très bien rappelé les difficultés nombreuses autant que variées de votre parcours académique. Quand on réalise les étapes que vous avez franchies, on peut résolument croire en l'avenir car vous avez fait preuve d'une capacité d'adaptation hors du commun. C'est un atout pour votre avenir personnel et professionnel. C'est surtout un atout pour le monde de demain. On entend souvent que la génération Z n'est plus « comme avant ». C'est vrai mais moi je dis qu'il ne faut jamais faire « comme avant ». Je dis que les jeunes sont formidables et qu'ils méritent notre admiration, en particulier ceux que nous fêtons cet après-midi. Je suis convaincu qu'ils sont armés pour affronter les défis de demain. Ils ne manquent pas...

Devant vos parents, vos conjoints, vos proches, vos professeurs, la Ministre de l'Enseignement Supérieur Madame Valérie Glatigny et le Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles, Monsieur Pierre-Yves Jeholet, dont je salue la présence avec reconnaissance, vous venez de prononcer un texte particulièrement engageant. Hippocrate l'a écrit il y a 2.400 ans. Certes, la médecine d'Hippocrate n'est pas celle de Vésale, de William Harvey, de Claude Bernard ou, plus près de nous de Christian de Duve mais elle signe un tournant car, avec Hippocrate, la médecine quitte le mystère, l'ésotérisme, la magie et les liens avec le religieux. Quand on entend aujourd'hui la fouteurité de propos irrationnels à propos de la

pandémie et de la vaccination, qui s'apparentent davantage à des croyances, et sont parfois véhiculés par des soignants, alors que la science et la médecine contribuent remarquablement depuis 18 mois à la lutte contre la pandémie COVID-19, on ne peut que souligner la pertinence de cette référence à une pratique médicale qui repose sur des évidences raisonnables. Certes, l'exercice de la médecine exige bien d'autres choses qu'un raisonnement scientifique. Il faut de grandes qualités humaines, de l'intelligence émotionnelle, du bon sens, de l'empathie. Ne dit-on pas que la médecine est un art. Mais cet adage ne peut jamais nous faire oublier que la médecine est d'abord une science.

Le serment d'Hippocrate que vous venez de prononcer reste un engagement très contemporain car il a posé, il y a 2.400 ans, les bases de l'éthique médicale, qui est au centre de toutes les décisions difficiles, en néonatalogie, en obstétrique, en cancérologie, en gériatrie, aux soins intensifs. Et qu'en sera-t-il demain lorsque, grâce aux technologies « omiques » couplées à l'intelligence artificielle et à la médecine de réseaux, on pourra, peut-être, sur une seule goutte de sang, avec un certain degré de certitude, anticiper la cause de son décès, voire son échéance, ou détecter avec quelques années d'avance, chez des personnes encore en bonne santé, des biomarqueurs d'une maladie neurodégénérative, comme la maladie d'Alzheimer. Ces scénarios n'appartiennent plus à la science-fiction. Plus que jamais, nous aurons besoin de la réflexion éthique pour soutenir les décisions des soignants. En d'autres termes, j'aime à croire que le serment d'Hippocrate ne restera pas qu'un texte récité un jour de promotion mais un véritable engagement éthique tout au long de votre vie professionnelle.

Chères nouvelles et chers nouveaux diplômés, vous appartenez désormais aux *alumni* de l'UCLouvain. Vous pouvez en être fiers. L'UCLouvain est une vieille université qui fêtera en 2025 son 600^{ème} anniversaire. Elle est classée parmi les 200 premières universités en termes de production scientifique, malgré les faibles moyens accordés à la recherche, très en-deçà de la moyenne européenne. L'UCLouvain décroche 50% des crédits de recherche européens alloués aux universités de la FWB. Elle développe un plan stratégique ambitieux notamment en termes de transition, de développement numérique et de collaborations internationales. Elle vient d'ailleurs de s'allier à 6 autres universités européennes, dont l'Université de Paris, King's College London, l'Université d'Oslo ou l'Université Humboldt de Berlin, pour développer un espace d'enseignement universitaire européen. Louvain, est non seulement une université européenne mais c'est aussi une institution bien ancrée dans nos différentes régions de la FWB, à Louvain-la-Neuve (une ville créée *ex nihilo* il y a très exactement 50 ans), à Mons, à Tournai, à Charleroi et bien entendu à Bruxelles, à St-Gilles, qui abrite une partie de la faculté d'architecture, et à Woluwé... L'UCLouvain est très présente à Bruxelles. Réciproquement, l'université à

Bruxelles, c'est aussi l'UCLouvain ! Savez-vous que, chaque année, l'UCLouvain diplôme, à Bruxelles, 45% des médecins de la FWB, ce qui explique d'ailleurs les imposantes cohortes présentes ce jour, contribuant ainsi à assurer la relève médicale non seulement à Bruxelles mais dans toute la Wallonie.

L'UCLouvain à Bruxelles, c'est aussi un grand hôpital académique, les Cliniques universitaires Saint-Luc, dont les soignants et les chercheurs ont joué un rôle essentiel dans la lutte contre les vagues successives de la pandémie, particulièrement menaçante à Bruxelles. Madame la Ministre Glatigny, qui a les hôpitaux universitaires dans ses attributions, se joindra certainement à moi pour que nous nous souvenions longtemps des applaudissements tous les soirs à 20H00, des images de soins intensifs saturés, de la fatigue mais aussi de la persévérance des soignants, dont vous fûtes. Respect ! Chers consoeurs et confrères, vous avez choisi le plus beau métier du monde...

Ce métier s'inscrit tellement bien dans les valeurs qui animent nos universités : ouverture d'esprit, tolérance, pluralisme, humanisme, esprit d'entreprendre, liberté de recherche et d'enseignement, implication sociétale, préoccupation de ceux que la vie n'a pas épargné. Autant de valeurs essentielles dans un monde où l'individualisme, la peur de l'autre, le repli identitaire, les nationalismes, les extrémismes apparaissent menaçants. Vous qui travaillez dans la santé, qui venez de prêter cet émouvant serment, j'aime à croire que vous resterez toujours les ambassadeurs de ses valeurs. Et que vous resterez donc Louvain !

Je vous adresse encore une fois toutes mes félicitations et tous mes vœux pour une vie professionnelle et personnelle très épanouie.



Prix de l'Association des Médecins Alumni Louvain Médical 2021



LAURÉATE : **Léa FRISSON**



ARTICLE

Dermatomyosite à anticorps anti-SAE 1/2 dans le décours d'un traitement par adalimumab : à propos d'un cas

Louvain Med 2021 Juin-Juillet-Août : 140 : 313-318

L. Frisson, C. Mahiat, P. Richez, L. Marot, H. Colin, P. D'Abadie, J. Lelotte, J-C. Yombi, H. Yildiz

LAURÉATE : **Justine MALVAUX**

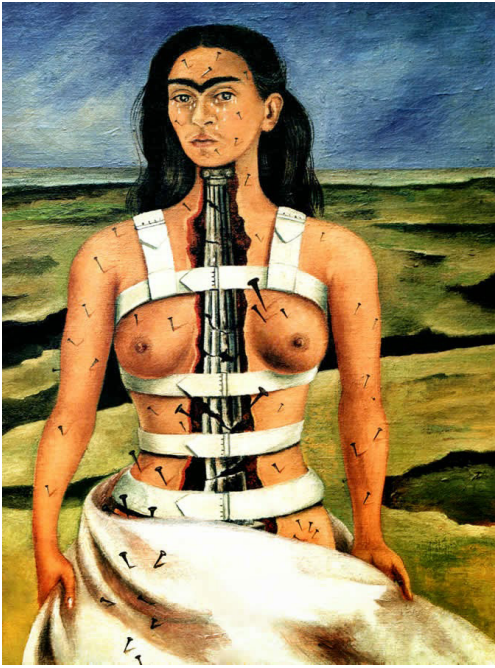


ARTICLE

Traitement chirurgical d'un pseudo-anévrysme post-traumatique de l'artère subclavière droite

Louvain Med 2021 Septembre : 140 : 373-378

J. Malvaux, A. Belhaj, P.Eucher



« La colonne brisée » - Frida Kahlo

Chantal Daumerie

Peut-être avez-vous été comme moi en regardant pour la première fois ce tableau intitulé « La colonne brisée », peint par Frida Kahlo ?

Un effroi nous glace le corps...

Il y a du Bacon, il y a du Pollock.

Le temps d'un instant, celui de se ressaisir.

Le temps de scruter les détails comme on scrute les replis de sa conscience.

Et là surgit soudain cette compassion qui est le propre de notre condition.

Une femme, jeune et belle, est éventrée et nous livre, par-delà sa déchirante douleur, son immense désarroi, mettant à nu sa souffrance et ses sentiments.

Cet auto-portrait, une huile sur bois aggloméré de 40 cm sur 30,5 cm, visible au musée Frida Kahlo de Mexico, a été peinte en 1944.

Un accident de bus à l'âge de 18 ans fut le drame de sa vie : fractures multiples de la colonne vertébrale, mais aussi perforation vaginale fatidique, source de fausses couches ultérieures. Un double handicap, empêchant la belle de se mouvoir mais aussi d'enfanter. La peinture allait désormais être sa voie.

Douleurs physiques intenses et douleurs morales tout aussi intenses, aggravées par les nombreuses infidélités de son mari Diego Riviera, mondialement connu pour ses peintures murales, font son quotidien jusqu'au bout ... « Deux accidents » dira-t-elle : « le bus et Diego »!



Frida, aisément reconnaissable à son large mono sourcil, apparaît crucifiée comme le Christ de Grünewald du XV^e, soulignant l'intemporalité de la souffrance.

L'allure christique du visage, dont l'évocation est renforcée par les multiples clous qui entravent davantage, nous fait percevoir que comme Lui, elle accepte son destin. Face à l'impossible, droite et résignée.

Le ciel tourmenté augurant de peu d'espoir, la rudesse de la terre parsemée de trous qui aspirent à piéger, des larmes nombreuses...n'ayant plus qu'elles, alors que le discret maquillage des yeux, le soin coloré des ongles des mains et surtout la beauté du jeune corps aux seins parfaitement galbés sont autant d'appel à la reconnaissance : j'existe.

Destin la condamnant à rester figée, mal aimée.

La ceinture blanche qui, tel un corset, enlace et soutient le corps, le voile pudique au bas de l'abdomen ne peuvent rien face aux brisures de la colonne artificielle, révélant les limites que peuvent avoir les techniques médicales, si pointues soient-elles.

Dans ce drame, le corps perdu, l'affect meurtri, le désir d'être encore au monde se dessine au travers de l'oreille gauche, discrètement dévoilée qui témoigne de la volonté d'écouter encore et toujours, mais surtout d'entendre plus subtilement, de comprendre peut-être. « Pour créer son propre paradis, il faut puiser dans son enfer personnel »

La force de cette œuvre est le reflet de ce que fut Frida Kahlo, une battante ; atteinte à 6 ans de poliomyélite affectant le développement de sa jambe droite, une claudication notable lui valut le surnom pas ses camarades de classe de « Frida la coja », « Frida la boîteuse ». Brillante élève, elle fréquenta les meilleurs établissements mexicains.

Inscrite au parti communiste, elle offrit l'asile au révolutionnaire Léon Trotski, dont elle aurait été la maîtresse, comme elle le fut de Joséphine Baker.

Avant- gardiste, elle a inspiré considérablement l'art contemporain et le couturier Jean Paul Gauthier en fit son égérie. Admirée par André Breton, elle bénéficia d'une reconnaissance nationale et internationale.

Précurseur du féminisme, elle voulait casser les codes rejetant le rôle traditionnel de la femme dans un Mexique catholique et conservateur. Défendant l'émancipation des femmes et l'égalité des genres, elle a toujours aimé la différence et n'avait pas peur d'être différente. Elle aurait apprécié l'évolution des temps actuels, elle qui mourut en 1954.

Sur son dernier tableau, représentant des pastèques de toutes formes et coloris, peint deux mois avant sa mort, elle, qui venait d'être amputée pour gangrène, avait inscrit en guise de leg optimiste, trois mots, trois simples mots : « VIVA LA VIDA ».



Médecins

revue papier et online
+ application mobile110€ TVAC

revue online uniquement
site internet + application mobile95€ TVAC

Médecins retraités, Maccs, Etudiants

revue papier et online
+ application mobile55€ TVAC

Etudiants, Maccs 1^{er} et 2^e année

accès online gratuit

À verser sur le compte Louvain Médical

ING BE91 3100 3940 0476

BIC : BBRUBEBB

Communication : Abonnement 2022

Cotisations déductibles fiscalement

CONTACT

Isabelle ISTASSE

Responsable de l'édition

Av. E. Mounier 52/B1.52.14

B-1200 Bruxelles - Belgique

Tél. : 02 764 52 65

Fax : 02 764 52 80

Isabelle.Istasse@uclouvain.be

www.louvainmedical.be

COTISATION 2022

**DANS UNE PÉRIODE DIFFICILE, LE RÉDACTEUR EN CHEF FAIT APPEL
AUX (RÉ)ABONNEMENTS AU LOUVAIN MÉDICAL**

Chère Lectrice, Cher Lecteur,

Vous trouverez en annexe le formulaire d'abonnement ou de renouvellement d'abonnement au Louvain Médical. Votre soutien, à travers votre souscription, reste nécessaire pour garantir la pérennité de notre revue, son indépendance scientifique. Nous avons aussi besoin de votre aide pour réussir la mutation numérique et digitale de la revue.

La pandémie n'a pas été sans conséquences pour Louvain Médical. En témoignant la diminution des rentrées publicitaires et des appuis de nos partenaires habituels, y compris pharmaceutiques, ainsi que l'annulation de nombreuses réunions dont le Louvain Médical fournit depuis des années le support scientifique.

Toutefois, la rédaction du Louvain Médical, avec la collaboration des auteurs et de ses experts n'a pas faibli dans son dynamisme dont témoigne la production de 8 numéros en 2020 dont l'édition spéciale COVID-19.

Aujourd'hui le Louvain Médical s'engage et se diversifie avec succès dans la transition numérique. Le nouveau site internet (accessible en application mobile), la diffusion d'une newsletter à plus de 8000 lecteurs, plusieurs webinaires très appréciés, l'introduction de capsules vidéos, sont autant de preuves et de témoignages de cette mutation de la revue.

Dans ce contexte stimulant et prometteur, au titre de Rédacteur en Chef et au nom de l'ensemble de la rédaction, je me permets d'insister sur l'importance de vous réabonner et de stimuler dans votre entourage de nouveaux abonnements à notre revue.

La vocation du Louvain Médical est de diffuser des articles de qualité, donner de la visibilité aux expertises locales, contribuer à la formation continue et surtout entretenir via le supplément de l'AMA d'une grande richesse les liens entre toutes celles et ceux qui sont attachés à notre Faculté et à notre Université.

Ces ambitions méritent d'être soutenues et encouragées.

Merci pour votre appui fidèle.

Pr C. Hermans
Rédacteur en chef

Pr M. Buyschaert
Président



Signature(s)

ORDRE DE VIREMENT

Si complétée à la main, n'indiquer qu'une seule MAJUSCULE ou un seul chiffre noir (ou bleu) par case

Date d'expiration (au plus tard, dans le futur)	Montant	EUR	CENT
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compte destinataire d'ordre (IBAN)	<input type="text"/>		
Nom et adresse (adresse d'envoi)	<input type="text"/>		
Compte bénéficiaire (IBAN)	BE 91 31 00 39 40 04 76		
BIC bénéficiaire	BBRUBEBB		
Nom et adresse (adresse fiscale)	LOUVAIN MEDICAL AVENUE E. MOUNIER 52/B1.52.14 B-1200 BRUXELLES		
Communication	ABONNEMENT 2022		