



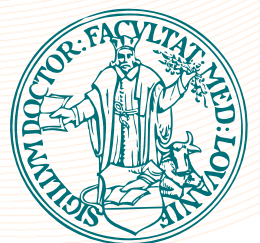
Cérémonie de proclamation  
186<sup>e</sup> Promotion des Médecins  
de l'UCLouvain

Aumônerie des Cliniques  
universitaires Saint-Luc  
Mission

Livres Lus  
La raison

Point de vue  
Climat et santé

Forum MED-UCL  
Clopidrogel, Asaflow et petite chirurgie



### AMA CONTACTS 122 OCTOBRE 2022

#### EDITORIAL

Dominique Pestiaux ..... 431

#### CÉRÉMONIE DE PROCLAMATION

186<sup>e</sup> Promotion des Médecins de l'UCLouvain  
..... 433

#### SPIRITUALITÉ

La mission de l'équipe d'aumônerie aux Cliniques  
universitaires Saint-Luc (UCLouvain-Bruxelles)  
Claude Lichtert ..... 441

#### LIVRE LUS

La raison  
Rationalité ? Bruitage ? Justification ?  
Jean-Claude Debongnie ..... 445

#### POINT DE VUE

Modifications climatiques et santé  
Maurice Einhorn ..... 447

#### MED-UCL

Un échange intéressant et pratique sur le forum Med-  
UCL : « Clopidrogel, Asaflow et petite chirurgie »  
Daniel Vanthuyne ..... 448

Rendre compte de la vie facultaire et des évènements qui rythment l'année académique est bien un des objectifs du bulletin des anciens étudiants en médecine de l'UCLouvain. C'est ce que propose ce numéro en vous partageant les discours de promotion riches en contenus signifiants, rappel des valeurs de notre profession, nécessité d'être et, comme le rappelle Madame la Doyenne F. Smets, devenir soignant socialement responsable dans un monde en évolution rapide et dont les besoins de santé changent rapidement avec le contexte sociologique, environnemental, géopolitique.

Aller hors les murs de la faculté pour rencontrer des médecins qui, avec inventivité, s'adaptent à ces besoins et les interroger illustre à merveille la manière dont ils intègrent les valeurs de notre Alma Mater. C'est sans doute ce que nous devrions faire plus souvent pour rendre compte de la médecine en action dans le monde d'aujourd'hui.

Etre à l'écoute des acteurs de la faculté en leur donnant la parole est un autre enjeu rencontré par ce numéro. L'équipe d'aumônerie des cliniques Saint-Luc en est un exemple.

Prendre de la hauteur pour mesurer comment la culture dans sa diversité rend compte de la médecine et du soin est aussi essentiel parce qu'il s'agit d'un regard authentique sur le réel et son interprétation libre pour imaginer un futur possible en ne laissant personne au bord du chemin.

Le résumé de livres qui questionnent la médecine et ses évolutions est encore une nécessité pour porter notre regard plus loin sur notre manière d'être et d'agir comme soignants. Quelle est notre rationalité et la qualité de notre jugement clinique devant des situations singulières, complexes, peu semblables aux patients des études cliniques, intriquées avec des aspects humains et des déterminants de santé multiples ? L'écoute et l'empathie, à elles-seules, ne font pas un soignant compétent et efficient. De plus, la critique de la marchandisation des soins est nécessaire. C'est ce que nous rappelle l'article de JC. Debongnie sur trois ouvrages récents.

#### 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 »

Le rappel dans une « brève » de la question climatique sur toutes les lèvres aujourd'hui nous plonge au cœur de l'évolution des besoins de santé dans la société et pour lesquels une adaptation des curriculums s'impose.

Et enfin, devant les questions complexes et inévitables rencontrées dans la pratique quotidienne, D. Vanthuyne nous rappelle l'existence du forum Med-UCL à travers un exemple particulièrement intéressant qui démontre si besoin la subtilité et l'importance d'un raisonnement clinique qui s'appuie sur des données factuelles de qualité. Rejoignez ce forum, les questions sont pertinentes, justifiées, complexes, les réponses argumentées, utiles, respectueuses.

Dans un ouvrage récent, Dominique Bourg nous rappelle que « *Le XIX<sup>ème</sup> siècle a, avec Lamarck et Darwin, fait apparaître l'espèce humaine comme un résultat de l'évolution des espèces. Le XX<sup>ème</sup> siècle a mis en évidence l'intelligence et la sensibilité animales. Ce début de XXI<sup>ème</sup> siècle, avec le « plant turn », effectue un virage dans notre manière d'appréhender et de penser les plantes, mettant en lumière la complexité du monde végétal et l'unité phénoménale du vivant, au-delà de la seule unité moléculaire.* » (1). Pendant très longtemps, on a considéré en effet les plantes comme des « semi-vivants » au point ... qu'elles ne trouvaient pas place dans l'Arche de Noé. On les a en quelque sorte mésestimées et pensé qu'elles incarnaient une sorte de vie au rabais. Aujourd'hui, le concept de « **one health** » nous rappelle l'interdépendance du vivant dans toutes ses composantes et la nécessité d'une approche pluridisciplinaire et globale de la santé. Créer et maintenir du lien social, familial, local avec une prise en compte de nos interactions avec les autres vivants est utile pour approcher le concept récent de la « santé positive ». (<https://www.masantepositive.be/> )

Et enfin, pour nos institutions académiques, cela ne devrait-il pas entraîner des conséquences comme le suggère une contribution récente dans The Lancet :

*« Réenchanter la médecine universitaire ne pourra se faire que par un partenariat étroit entre les soins aux patients et la santé publique, en recherchant une intégration accrue pour atteindre la santé de la population. Elle devrait être soutenue par l'adoption d'une science et d'une pratique convergentes, l'intégration des données, un meilleur engagement communautaire et une action axée sur l'équité. Le nouveau modèle produira des cliniciens orientés vers la communauté, connectés socialement et capables d'utiliser efficacement les données et la technologie numérique. En gardant ces principes clés à l'esprit, nous avons bon espoir de voir la médecine évoluer pour relever les grands défis de notre époque en matière de soins de santé. » (2)*

Gardons cependant en mémoire dans le discours des étudiants la parole de Sara, déléguée étudiante trop tôt disparue et qui nous rappelle que « *la vie est bien remplie de beauté. Il suffit de prendre une bonne respiration et d'ouvrir les yeux* ».

Dominique Pestiaux

## Références

1. Sous la direction de Fassin D. La société qui vient. Seuil. Janvier 2022. 1319 pages. Chapitre 19 : Dominique Bourg. Ecologie. P.367-383.
2. Dzau V. et al. Has traditional medicine had its day? The need to redefine academic medicine. The Lancet. Volume 400, Issue 10361. October 22, 2022. 1481-6. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01603-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01603-8)

186<sup>e</sup> Promotion des Médecins de l'UCLouvain

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



Chers nouvelles et nouveaux diplômés de la 186<sup>e</sup> promotion de médecine,

Chères consœurs, chers confrères,

C'est une grande joie d'être ici aujourd'hui avec vous et vos proches pour célébrer ce diplôme tant attendu.

Avant toute chose, félicitations pour cet aboutissement remarquable. Vous pouvez être extrêmement fiers de vous, nous le sommes en tout cas.

Vous avez dû surmonter de nombreux obstacles allant du concours de fin de 1<sup>ère</sup> année à une pandémie inattendue en passant par un programme très chargé et des craintes persistantes sur la possibilité d'avoir une attestation d'accès à une spécialisation au terme de votre cursus de base. Tout ceci est maintenant derrière vous et vous n'en avez que plus de mérite. La pandémie notamment aura marqué l'entièreté de votre cycle de master, vous amenant à votre 1<sup>er</sup> stage de master 1 dans un contexte très particulier après avoir surmonté l'épreuve des examens en ligne et du stress qu'ils ont généré. Le stage de Master 2 de médecine générale s'est également déroulé lors d'une vague de recrudescence du virus, entraînant encore de nombreuses difficultés. Vous avez vécu l'ensemble de vos stages masqués, ce qui nous a toutes et tous incités à envisager la communication autrement. Ces difficultés vous auront certainement rendus plus forts et fortes, vous permettant d'acquérir des connaissances et des compétences que les cohortes qui vous ont précédé n'ont pas eu l'occasion d'exercer, et vous ont certainement préparés plus adéquatement à l'avenir incertain qui nous attend. Vous avez fait de toutes ces difficultés des atouts, encore bravo.

Mais cet aboutissement n'est qu'un commencement. Le moment je pense de vous rappeler une chose sur laquelle nous n'insistons probablement pas assez : la définition de la santé. Provenant du Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19 juin - 22 juillet 1946, signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats, la définition de la santé est je cite : « **La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité** ». Entrée en vigueur le 7 avril 1948, cette définition n'a pas été modifiée depuis. Tournée vers la qualité de la vie, elle s'enrichit par la suite et devient **la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins, et d'autre part s'adapter à celui-ci**. Les déterminants de la santé sont donc nombreux et si nous vous avons, enfin je l'espère, bien préparés à certains d'entre eux, je vous encourage à ne pas oublier les autres. La prévention de la santé, l'importance pour chacun et chacune du maintien d'un lien social fort, la couverture des besoins vitaux de base et la possibilité de se nourrir sainement, de se loger, de se chauffer, de se déplacer, l'accessibilité au système de santé et à l'information n'en sont que quelques-uns. Dans la suite de votre formation, sur le terrain, il faudra y rester attentifs et devenir des médecins socialement responsables, résolument engagés dans un monde en transition. Dans ce contexte, l'UCLouvain a une volonté forte de développer l'enseignement sur ces thèmes et la faculté vous en donnera l'opportunité, je vous encourage à la saisir. Tout comme je vous encourage dans votre pratique future à appliquer les honoraires prévus par la convention médico-mutualiste afin d'assurer une accessibilité la plus grande possible aux soins de santé, y compris aux



plus démunis. Soyez confiants et confiantes dans votre sens clinique, souvenez-vous de l'importance d'une anamnèse et d'un examen clinique complets, utilisez les examens complémentaires et la technologie à bon escient, n'ayez pas peur de demander l'avis de vos collègues et de profiter de la richesse de la pluri et de la transdisciplinarité.

Le temps est également ce soir aux remerciements. D'abord à vos enseignants et enseignantes, aux assistants et assistantes, à toutes les équipes des secrétariats, aux appariteurs, à vos maitres de stage, à nos deux cliniques universitaires de même qu'aux hôpitaux du Réseau Santé Louvain. Un merci tout particulier au secrétariat de l'École de médecine pour la préparation de cette cérémonie, pour leur présence aujourd'hui en ce jour de congé, et surtout à Gaëlle, Virginie, Anne-Catherine et Julie qui ont travaillé sans relâche pour s'assurer que tout soit parfait. Merci également à vos familles et vos proches, qui vous ont soutenus en toute circonstance, encouragés, félicités et qui ont été un élément essentiel de

vos réussites. Un grand merci surtout à vous. D'avoir été un groupe très solidaire. D'avoir été constructifs dans vos interactions. D'avoir eu l'énergie de proposer et de prendre en charge des activités diverses et variées malgré les circonstances et vos études envahissantes. Vous avez toute mon admiration. Et merci du fond du cœur à vos déléguées de cours. Leur travail est extrêmement précieux et la collaboration a toujours été souriante et efficace, tournée vers les solutions. Merci donc à Chloé, Charlotte, Mamadi et Mounia, qui ont toujours veillé à vous représenter au mieux y compris dans votre diversité. Et une pensée émue et particulière pour Sara qui nous a quittés beaucoup trop tôt.

Ce soir nous sommes là pour vous fêter et vous le méritez pleinement. Profitez de ces moments de joie, restez positifs et optimistes malgré les défis qui nous attendent, gardez votre enthousiasme et votre empathie dans la suite de votre parcours, croyez en vous. Bon vent et encore félicitations.



# Quelques moments choisis





# 186<sup>e</sup> Promotion des Médecins de l'UCLouvain

## Allocution de la Ministre Valérie Glatigny prononcée à l'occasion de la séance solennelle de la proclamation de la 186ème promotion des médecins de l'Université catholique de Louvain, à Bruxelles, le 27 septembre 2022



Respectueuse du protocole, je me tourne d'abord vers les autorités académiques :

Monsieur le Recteur,

Madame la Doyenne,

Mesdames et Messieurs les Membres du corps enseignant,

Un ancien recteur d'université me confiait qu'il y avait une tâche particulièrement fastidieuse imposée aux autorités académiques, c'était la signature des diplômes. Il y en avait plusieurs milliers chaque année.

Pourtant, me disait-il, ce n'était pas une corvée. C'était la tâche qu'il accomplissait avec la plus grande fierté et qu'il n'aurait cédé à personne d'autre.

La raison en était simple :

- Ce geste très concret symbolisait la fin heureuse d'une mission qui est au cœur du métier de l'université : celle d'avoir transmis avec succès des connaissances, des savoir-faire et des savoir-être.
- Un geste aussi qui certifiait la qualité du porteur du document, qui reconnaissait son excellence, qui récompensait les efforts qu'il avait consentis.

Je vous remercie donc de m'avoir associée à cette belle cérémonie.

Je me tourne maintenant vers les héroïnes et héros du jour :

Chères diplômées, Chers diplômés,

Je ne suis sans doute pas la première mais au moins je ne serai pas la dernière à vous appeler « Chers Docteurs ».

Chers Docteurs, donc, j'ai plaisir à vous transmettre un message agréable : vous aurez toutes et tous un « numéro INAMI » !

La presse vous l'a appris, nous avons pu, après une saga de plus de 20 ans, conclure un accord que j'ose qualifier « d'historique » avec le gouvernement fédéral. Non seulement nous disposerons dans les années à venir de plus de 200 numéros supplémentaires mais, de plus, tous nos diplômés présents et à venir sont assurés de disposer de ce précieux sésame.

Je profite de l'occasion pour remercier votre doyenne qui mène ce combat depuis plusieurs années et nous aide si efficacement de ses avis éclairés. Un grand merci à vous Madame Smets.

Chères diplômées, chers diplômés,

Vous voilà donc médecins.

Je sais les efforts et les sacrifices que vous avez dû consentir, les difficultés aussi à surmonter avec la pandémie de la Covid.

Votre vie n'a pas été facile.

Je pense aussi à vos parents qui vous ont accompagnés tout au long de ce parcours et de ses moments difficiles.

Vos études sont longues, la plupart des matières sont ardues, la somme des connaissances à acquérir est gigantesque.

Mais ce n'est pas tout, le métier est aussi pratique, vous avez dû accomplir de nombreuses heures de stages, aussi la nuit, aussi le weekend.

Enfin, confrontés à la souffrance et même à la mort, vous avez dû dominer vos émotions, apprendre la compassion tout en gardant la distance nécessaire à l'exercice serein de votre profession.

La médecine a ceci de remarquable, et c'est une philosophe et bioéthicienne qui vous parle, d'associer la rigueur et l'objectivité du paradigme de la médecine factuelle aux valeurs humaines d'empathie et d'éthique.

Le serment d'Hippocrate que vous avez prononcé illustre ces divers aspects.

J'ai relevé, avec le même regard de philosophe, l'évolution du texte au cours du temps.

On ne vous demande plus d'évoquer Appolon, Asclépios, Hygie et Panacée.

On ne vous demande plus de vous engager à pourvoir aux besoins de vos professeurs et d'enseigner gratuitement la médecine à leurs enfants.

En revanche, vous vous engagerez, notamment, à respecter la dignité humaine, à ce que des convictions politiques ou religieuses, des considérations d'ethnie, de genre, de préférence sexuelle, d'âge n'influencent pas votre attitude envers les patients.

Je sais que ce diplôme ne met pas fin à votre cursus. Il vous reste encore à poursuivre vos masters de spécialisation. Vous devrez encore, permettez-moi, en guise de clin d'œil, « charger un peu la barque », rester aussi des étudiants toute votre vie, condamnés à actualiser sans cesse vos connaissances.

Je termine donc en vous félicitant chaleureusement et en vous souhaitant une fructueuse carrière professionnelle pour le plus grand bien de notre société.





## Allocution prononcée par le Professeur Vincent Blondel, Recteur



Monsieur le Vice-Recteur,  
Madame la Doyenne,  
Messieurs les Doyens de l'Université de Namur et de l'ULB,  
Monsieur le Président du Jury,  
Madame la Ministre de l'enseignement supérieur,  
Chères et chers collègues, chers parents et amis,  
Chères nouvelles diplômées, chers nouveaux diplômés,

Les études universitaires sont exigeantes et requièrent une motivation continue. Nous le savons, vous le savez, celles de médecine et de dentisterie sont particulièrement difficiles. C'est avec fierté que je m'adresse à vous aujourd'hui. Quel magnifique diplôme ! Quel formidable métier ! Vous venez de réussir avec succès des études particulièrement exigeantes. Vous y avez mis votre énergie, votre volonté et votre persévérance. Votre diplôme vous ouvre les portes d'une profession passionnante. Bravo à toutes et tous. Aujourd'hui nous partageons pleinement cet aboutissement avec vous.

Je remercie très vivement celles et ceux qui vous ont accompagnés durant toutes ces années : vos professeures et professeurs, vos assistantes et assistants, mais aussi les membres du personnel, présents au jour le jour. Ils l'ont été ici à l'UCLouvain, mais aussi, pour certains d'entre vous, à l'Université de Namur, à l'Université de Mons et d'ailleurs. C'est aussi l'aboutissement de leur travail que nous fêtons aujourd'hui et je souhaite les en remercier vivement.

Votre Université et votre Faculté sont depuis longtemps en première ligne pour vous permettre de vous concentrer sur vos études et non pas sur des règles de négociations politiques externes. L'objectif de l'Université et de votre Faculté a toujours été la défense des intérêts de chacune et de chacun des étudiants. Je souhaite témoigner publiquement ma reconnaissance à Madame la Doyenne Françoise Smets, mais également à Madame la Ministre Valérie Glatigny, pour ces années d'implication intense pour trouver une issue négociée et raisonnable aux délicates tensions communautaires liées à la délivrance des numéros INAMI et aux modalités d'organisation de vos études.

J'associe à mes remerciements vos parents et votre entourage, ainsi que toutes celles et tous ceux qui ont été à vos côtés dans les bons ou les moins bons moments pour partager vos espoirs, vos choix, vos doutes, toutes celles et tous ceux qui vous ont écoutés et soutenus. Beaucoup sont présents avec nous. Votre réussite, c'est aussi la reconnaissance de leurs efforts et de leur soutien. Je souhaite les remercier très sincèrement de la confiance qu'ils ont placée en Louvain.

Chères étudiantes, chers étudiants,

Nous sommes fiers de vous. Nous sommes fiers de votre parcours. Votre réussite honore toutes celles, tous ceux qui ont contribué à votre formation. Tout au long de votre parcours, nous nous sommes efforcés de vous transmettre des valeurs : la solidarité, la justice, le souci d'une société où chacun peut s'épanouir, le respect de toutes et tous. Ces valeurs sont aussi importantes que la formation que vous avez acquise. Faites-les vivre.

Le serment d'Hippocrate que vous avez prononcé est inspiré du texte fondateur de la déontologie médicale, il y a plus de 2000 ans. La formulation que vous avez lue a été adoptée par l'association médicale mondiale au sortir de la deuxième guerre mondiale, quelques mois avant la Déclaration universelle des droits de l'homme. C'est un texte fort. Relisez-le. C'est votre serment. La santé du patient est votre premier souci. Vos collègues sont vos sœurs et vos frères. Vous avez pris un engagement solennel devant nous. Faites que le serment que vous avez prononcé ne soit pas vain.

Voilà une étape importante franchie. Ne la voyez pas comme un aboutissement. Le monde a besoin de vous. Soyez exigeants pour vous même et pour votre vie. Soyez curieux, laissez vous guider par votre enthousiasme et par vos rêves mais aussi par votre devoir et votre responsabilité.

Désormais vous faites partie de cette grande communauté UCLouvain dont je vous invite à porter les valeurs, l'esprit et la responsabilité. C'est avec joie que je vous propose de rester toujours des nôtres. Louvain ne vous oubliera pas. N'oubliez pas Louvain, votre Alma Mater.



## Discours des délégués Mounia El Jazouli Amine Rachdi, Charlotte Pirenne, Mamadi Sylla, Chloé Thiry



carte la plus importante que nous détenons après ces 6 années est sans doute la carte Sara : le fait d'avoir été témoin de sa sagesse, sa bienveillance, son empathie et de son amour pour la vie.

Nous sommes tous d'accord pour dire qu'elle était celle que nous aurions voulu comme médecin pour soigner nos proches.

À la place de voir sa mort comme une perte infinie pour le monde, nous aimerions aujourd'hui proposer une alternative : inspirons-nous de Sara, des souvenirs que nous avons tous d'elle, et de la sagesse qu'elle nous a insufflé, pour exercer au mieux, et surtout, pour parcourir le chemin de la vie, heureux et heureuses, un sourire aux lèvres, et avec la volonté de faire le bien autour de nous.

Chères consœurs, chers confrères, chers professeurs et chères familles,

Bah voilà, c'était dur.

Merci au revoir.

Plus sérieusement, ce discours a été vraiment dur à écrire. De par la solennité de l'évènement et par le contexte dans lequel celui-ci prend lieu.

En effet, à chaque fois que nous avons pensé à l'écriture de ce discours, nous ne pouvions nous empêcher de penser à Sara, notre chère collègue et déléguée partie prématurément l'année passée.

Si nous avons reçu toutes les cartes pour nous lancer dans notre assistantat et soigner au mieux nos futurs patients, la



Nous aimerions citer quelques mots de Miguel, son compagnon :

“Notre quotidien n’est pas un moyen d’atteindre un but lointain et illusoire. Il est la raison même d’être. N’en déplaise à certains, la vie n’est pas un marathon, mais bel et bien une promenade. Certes il y a des pièges, mais la vie est bien remplie de beauté. Il suffit de prendre une bonne respiration et d’ouvrir les yeux.”.

La promenade, que nous avons tous choisie et qui nous a réunie ce soir, est celle du Serment d’Hippocrate, où nous nous engageons, entre autres, à œuvrer pour une médecine de qualité, au service des personnes et de la société, et de considérer la santé et le bien-être de nos patients comme priorité. Ce serment nous rappelle également qu’il est de

notre devoir de veiller à notre propre santé et à notre bien-être afin de prodiguer des soins irréprochables.

Trouver l’équilibre entre ces deux engagements sera difficile, mais pourtant essentiel, car comment aider et respecter l’autre si on ne se respecte pas soi-même ? Comment se montrer empathique à chaque instant si l’empathie que l’on a envers nous-même est laissée au second plan ?

Chères consœurs et chers confrères, nous sommes fiers d’avoir pu vous représenter et être à vos côtés durant ce parcours périlleux. Soyez fiers de vous, de ce que vous avez accompli et de ce que vous accomplirez.

Notre promenade n’est pas encore terminée, elle ne fait que commencer, et tâchons de nous inspirer de Sara tout au long de celle-ci : Aimons la vie.



# La mission de l'équipe d'aumônerie aux Cliniques universitaires Saint-Luc (UCLouvain-Bruxelles)

Claude Lichtert

## DES MOTS QUI MANQUENT, UN MOT QUI RESTE

Ce document de travail rend compte de convictions et de pratiques<sup>1</sup>. Il demande aussi, à qui s'y accorde, de se convertir à l'avenir porteur d'espérance. Dans ce type d'écrit, il serait convenu de lire et de redéfinir les mots suivants : *projet, pastoral, valeur, religion et spirituel*<sup>2</sup>. Quoi de plus attendu pour ce genre d'entreprise. Or, on ne les retrouve pas<sup>3</sup>. Pourquoi ? Parce que ces mots nous dispersent ou nous encombrant dans ce nécessaire processus d'identification de notre fonction, place et mission. Cherchant à convaincre, leurs multiples définitions se déclinent souvent en paraphrases et jargonnet. Nous reconnaissons cependant que ces essais de conceptualisation se justifient du fait de la panne de transmission et du brouillage des traditions. Mais pour l'instant, nous ne savons plus trop quoi faire de ces mots, comme s'il était nécessaire de les mettre en réserve en attendant qu'ils rajeunissent, eux qui paraissent incontournables.

Le mot hérité d'*aumônier* quant à lui est traditionnellement attaché à un secteur spécifique, ici le milieu hospitalier. Certes, il expose au risque d'être renvoyé à ce que le religieux a d'enfermant, aux casseroles du passé et même à la prétention de vouloir transmettre ou de se maintenir dans une institution en tant que contre-pouvoir prophétique. L'aumônier, finalement, est là pour créer les conditions de la rencontre qui rend vivant. Place à présent à un autre développement, plus théologique, afin de déployer cette conviction.

## UNE POSTURE TRANSVERSALE

L'aumônier, s'il est *chez lui* en tant qu'employé ou bénévole des Cliniques<sup>4</sup>, est tributaire de l'hospitalité qu'on veut bien lui offrir, dans l'institution et dans chaque Unité de soins. En cela, avant de chercher lui-même à accueillir, il se laisse accueillir par l'autre qui détermine s'il est recevable ou non. L'aumônier intervient moins « en vue de » (*pour*) convaincre qu'« à partir de » (*par*) l'hospitalité reçue et de la figure du Christ hors de laquelle son engagement perd toute pertinence. En effet, c'est l'enracinement ou la référence à



une tradition (*par*) qui permet de tenir car, sans racines, on devient prosélyte (*pour*).

Habitant les lieux inhabitables ou inhabituels, l'aumônier vit le mieux possible la tension entre le fait d'être attendu et le fait de ne pas l'être. Son seul *outil prophétique* est la parole (présence), livrée au bon vouloir de qui l'entend, mêlée au tohu-bohu des paroles multiples qui résonnent de partout. C'est la disponibilité de sa présence qui permet à l'autre de se rendre hospitalier, de susciter une demande, de s'exposer et de se laisser éventuellement déplacer.

Historiquement, c'est la personne qui, dans un premier temps, reçoit l'aumône afin de la distribuer, dans un second temps. Il s'agit donc d'abord d'un passeur qui, parce que lui-même circule, fait circuler : il remet du jeu, rétablit du mouvement. C'est la traversée qui le constitue. Sa posture est ainsi liée à sa manière d'habiter les entre-deux, les espaces mal définis, de reconnaître les identités qui se cherchent. En cela, il évite d'entrer dans le schéma classique d'un centre connu, maîtrisé, et d'une périphérie à explorer, à évangéliser.

Par la rencontre et uniquement comme cela, l'aumônier adopte une posture d'exposition à (l'inattendu de) l'autre, qui change en fonction des circonstances. Comme tant de partenaires du monde hospitalier, il offre un regard autre –

1 À la suite d'autres documents similaires, internes à l'aumônerie : « Projet pastoral de l'aumônerie des Cliniques St Luc » (1990), « Projet pastoral » (2000), « Le goût de l'Autre » (2004), « Mission pastorale de l'équipe d'aumônerie des Cliniques universitaires Saint-Luc » (2007) et « Une aumônerie pour la Vie » (2019) ; le *vade mecum* de l'aumônerie le prolonge en pratique et la convention lui procure un accord cadre. Parmi les écrits de référence, on soulignera essentiellement ceux de N. Cochand, Th. Collaud, V. Compaoré, J.-Ph. de Limbourg, E. Frick, D. Gueullette, D. Jacquemin, G. Jobin, L. Lemoine, S. Monod-Zorzi, C. Odier, N. Pujol, G. Rimbaut, F. Rouyer, G. Terlinden.  
2 Le mot *éthique* lui non plus n'est pas repris, le positionnement de l'équipe d'aumônerie en la matière – début de vie / IMG-IVG et fin de vie / euthanasie – demandant un écrit spécifique, d'autant que les questions éthiques ont trait essentiellement à des circonstances particulières et non à des principes généraux.  
3 Hormis pour ces dénominations précises : « Carrefour spirituel » et « relectures des pratiques pastorales ».  
4 Le terme *clinique* vient du mot grec *klinô* signifiant « incliner, baisser, être couché » ; il illustre l'enjeu du lieu : faire retrouver à l'autre une nouvelle dignité, le relever.

par rapport à ce qu'on montre de soi ou dit de soi –, tentant de signifier où la vie passe et de revivifier ce qui s'est calcifié. Conjointement, il offre une zone de stabilité en période de turbulence et suscite une remise en chemin critique en période de stagnation. Il repère qui est devenu étranger à lui-même mais aussi qui donne souffle et est témoin d'une espérance (et il l'en remercie largement). Plus explicitement, il permet aux personnes de relire ce qu'elles vivent, de relier leur récit à un récit plus grand et de le célébrer.

La posture de l'aumônier est celle de l'écoute<sup>5</sup> – engagée et distante – et du silence – qui retient la parole et le savoir –, tous deux demandant un travail intérieur permanent. C'est par l'écoute et le silence qu'une présence attentive est assurée, qu'une impuissance partagée est habitée, qu'un accompagnement se vit et peut conduire – qui sait ? – à une forme d'émancipation. Celle-ci recrée pour la personne accompagnée comme pour l'accompagnant l'opportunité de grandir en liberté et en créativité.

## LES QUATRE MISSIONS AUX CLINIQUES

L'équipe d'aumônerie participe aux quatre missions de l'hôpital, témoignant ainsi de la pluridisciplinarité de celui-ci : l'engagement clinique, l'enseignement, la recherche et le service à la société<sup>6</sup>. Cette dernière mission est prolongée par le service ecclésial étant donné que l'aumônerie est mandatée conjointement par les Cliniques et par l'Église, ce qui suppose une double loyauté.

La rencontre avec le patient, sa famille et tout employé conduit l'aumônier à ne jamais enfermer son interlocuteur dans le seul champ de sa raison d'être aux Cliniques. Toutefois, il reconnaît prioritairement la part de souffrance qui habite toute personne rencontrée car – hélas – le patient n'est pas l'unique souffrant dans une institution hospitalière. En faisant découvrir que la souffrance, la mort, l'échec et le mal ne constituent pas un tout, l'aumônier se met au service des expériences (ou crises) existentielles (en contexte de vulnérabilité et d'interdépendance) et des questions éternelles, immortelles et gratuites. La foi en Christ le convainc de n'avoir ni à porter le poids de l'humanité – *c'est fait* – ni à sauver le monde – *c'est fait* – : ce qui reste, c'est d'y croire et d'en vivre, ensemble.

L'aumônier refuse la seule approche utilitaire qui suivrait le schéma opérationnel des soins (diagnostic, pronostic, traitement) : il ne répond ni à une demande d'efficacité ni à un besoin à combler (ce que fait heureusement le soignant) car le désir peut s'éveiller autrement, par surprise. Il résiste à se placer dans l'asymétrie d'une relation soignant / soigné où il deviendrait un intervenant axé sur le couple besoin / réponse<sup>7</sup>. Dans un monde clinique soucieux d'identifier et de comprendre le réel, l'aumônier n'apporte ni la rationalité (démarche scientifique), ni l'objectif stratégique (démarche managériale) ni le sens (démarche philosophique) : il invite

son interlocuteur à mettre sa vie en perspective, avec plus d'amplitude, à l'accomplir, bref à rester fidèle à sa destinée (démarche théologique).

L'aumônier n'humanise pas plus le soin que tout employé des Cliniques est amené à le faire, quelle que soit sa fonction. On le sait, depuis la crise sanitaire, dans l'ensemble de la société, la volonté des cadres de « remettre l'humain au cœur de l'entreprise » s'est renforcée. Paradoxalement, il y a là un risque : la surhumanisation du travail. Car l'enjeu n'est pas la déshumanisation du travail mais le fait que l'entreprise joue sur les aspects humains fondamentaux. Dans une conception managériale, le sens du travail est donné de l'extérieur, ce qui n'est pas juste car ce qui semble sous-estimé et non reconnu, ce sont trois dimensions incontournables, à savoir la compétence, l'expérience et le charisme qui, eux seuls, peuvent donner sens du travail, de l'intérieur<sup>8</sup>. Cette conviction, l'aumônier est en droit de la rappeler à l'intérieur de l'institution hospitalière.

L'équipe d'aumônerie dénoncera ce qui lui semble inacceptable du point de vue de la conscience humaine et de la foi chrétienne, mais seulement après s'être informée sur des situations souvent complexes. Avec et comme d'autres partenaires de l'institution, elle pourra entrer en résistance tout en évitant le vocabulaire de la lutte, du *combat contre*. Elle a en effet une parole (présence) autre à offrir. Sa vocation première n'est cependant pas de dénoncer mais d'annoncer, de reconnaître, d'admirer et de célébrer ce que les personnes découvrent en elles et autour d'elles, ainsi que leur résistance commune au mal.

Aux Cliniques, trois temporalités entrent en tension, faisant courir le risque d'une profonde incompréhension, de frustrations indélébiles et d'attentes démesurées : le temps du manager qui est axé sur les échéances d'un objectif (marqué par le vocabulaire du projet, la stratégie, la performance, les indicateurs chiffrés, l'accréditation, la digitalisation et la protection juridique), le temps du soignant qui est axé sur l'efficacité du soin, la prestation et le confort du patient, et enfin le temps du patient qui est axé sur l'attente et – en terme théologique – le salut.

L'aumônier, lui, a le temps. L'interruption est même constitutive de sa mission. Quel luxe pour lui de n'avoir ni la contrainte de l'urgence, ni celle du soin ou d'un rapport à faire ! Toutefois, il veille à ne pas le montrer ostensiblement et à être conscient que sa fonction peut subrepticement conforter ou justifier une gestion néolibérale – et donc déshumanisante – de l'hôpital. En effet, faire de l'aumônier le spécialiste du temps conduit à renforcer un clivage séparant l'humain et la technique ; or, sans ces deux dimensions conjointes, tout membre du personnel est moins bon, il passe à côté de l'essentiel. À l'aumônier de mettre surtout son temps – *chronos* – au service de l'intensité – *kairos*<sup>9</sup> – de la rencontre.

5 Tout en considérant l'action comme la précédant (Exode 24,7 : « [...] nous ferons et nous écouterons »).

6 <https://www.saintluc.be/fr/missions-visions-valeurs>.

7 Ce qui justifie le choix de ne pas revêtir la blouse blanche du soignant.

8 Ceci renvoie à une confusion fréquente entre le *sens* du travail (qui sculpte notre condition humaine), la *finalité* du travail (qui consiste à se mettre au service du patient) et le *but* du travail (avec ses objectifs conjoncturels, négociables et susceptibles de changer).

9 Le *kairos* évoque la trouée du temps discontinu, favorable et intense, dans le temps continu que constitue le *chronos*, lui offrant ainsi du relief. Les soignants courent après le *chronos* alors que, pour les patients, le *chronos* peut être pesant et donner l'impression de ne s'écouler que trop lentement.

## 1. L'engagement clinique auprès du patient et de sa famille

Il est trop rapidement affirmé que le patient est au centre de notre mission. Mieux vaut ne jamais placer une personne au centre car, dans la rencontre, ce qui est au centre, c'est la parole / présence. Le patient n'est pas au centre, il est – pour l'aumônier comme pour tout employé des Cliniques – notre raison d'être. Notre mission n'est pas ordonnée *pour* les malades, elle est inspirée *par* les malades. Dans ce prolongement, la messe dominicale n'est pas *pour* les malades – étant ouverte à tous – mais *par* les malades : ce sont eux qui donnent le rythme, le ton, l'ampleur.

Inséré dans les équipes soignantes et avec elles, l'aumônier est conscient du réseau accompagnant le patient et ses proches dans le temps de la maladie. Par l'accompagnement, l'identité réduite au *sujet souffrant* peut être transformée en celle d'un *sujet parlant et agissant*. Par une écoute faite d'empathie et d'observation, l'aumônier aide à mettre des mots, à faire ressortir ce qui est du côté de la vie et de la mort et – qui sait ? – à éveiller une destinée.

L'aumônier considère ce que vit le patient comme un lieu théologique. « Au nom du Seigneur et de l'Église », il permet à celui qui le désire de reconstruire et de poursuivre son propre récit de vie en le faisant résonner au récit biblique et à la tradition dont l'aumônier fait mémoire. De cette manière, il offre une parole spécifique et enracinée dans la conviction que le Christ sauve. Cette présence cherche aussi à relever et à apaiser – à ne pas confondre avec *rassurer*<sup>10</sup> – par des gestes, des rites (particulièrement la célébration des sacrements), des moments de silence ou de prière (que ce soit en chambre, à l'oratoire ou à la chapelle). L'aumônier permet ainsi que s'ouvre la question de Dieu par Jésus-Christ.

Reste que le nombre de demandes d'accompagnement s'est effondré ces dernières années ou décennies. Le formulaire de demande, à l'admission, se comprenait dans un contexte religieux. Très peu rempli aujourd'hui, il est devenu inopérant ; si le patient ne répond pas, cela ne signifie pas qu'un désir d'accompagnement puisse s'éveiller durant son hospitalisation. Aujourd'hui, c'est davantage à l'occasion (*kairos*) de cet éveil, grâce aussi à l'acuité du personnel, que l'aumônier prend place dans l'hospitalisation du patient. Et c'est cette relation personnelle qui permettra au patient, lors d'une éventuelle nouvelle hospitalisation, de reprendre contact.

## 2. L'engagement clinique auprès du soignant et du futur soignant

Dans une Unité, les soignants sont la porte d'entrée, les yeux et les oreilles de l'aumônier. En arrivant, la première démarche de celui-ci consiste à aller les saluer, ce qui permet à la longue d'entretenir le lien et la complicité avec eux ainsi que l'intégration dans le service. La mission de l'aumônier est à concevoir par la preuve de ses compétences et de son utilité sur le terrain et non par son statut. C'est ainsi que les soignants pourront ajuster sa présence, d'autant que le

porte-à-porte, d'une chambre à l'autre, n'est généralement pas envisageable.

L'aumônier reconnaît prioritairement ce qui, dans le quotidien, mobilise et démobilise les soignants et les futurs soignants. Dans un équilibre toujours délicat entre solidarité et hiérarchie – toutes deux inhérentes à l'institution hospitalière –, il cherche à les accompagner dans leurs sentiments et leur réflexion. Lorsqu'un soignant vit une situation qui le fragilise, l'aumônier – souvent choisi pour ce qu'il est, hors cadre et hors fonction – l'encourage à retrouver le fil de son propre récit de vie. Un prolongement peut se vivre, par exemple lors d'une célébration d'hommage pour un membre du personnel décédé ou encore, en octobre, lors de la célébration de la fête de Saint-Luc, pour laquelle l'implication du personnel est tellement précieuse.

Alors que les soignants renvoient parfois de l'aumônier l'image surannée du pourvoyeur de rites, sa présence est complexifiante pour eux, du fait qu'elle se vit dans la proximité quotidienne. Étonnamment, le principal risque de prosélytisme vient de certains soignants et non des aumôniers car ceux-là veulent bien faire, croyant savoir mieux que le patient lui-même ce qui est bon pour lui.

Disponible à tout travail interdisciplinaire, l'équipe d'aumônerie est prête à prendre part, avec d'autres, à la question de la finalité des soins et des éventuelles limites à y apporter. C'est dans cet espace où elle est accueillie qu'elle peut apporter conseils et expertise. Une façon de se situer, grâce aux apports biblique et théologique, est d'offrir de la nuance entre le fait de *prendre soin, soigner, rétablir, guérir* et *sauver*, ou encore de poser la problématique de la santé qui semble être devenue dans la société actuelle la seule expression du salut.

Ces convictions et cet engagement, l'équipe d'aumônerie cherche à les partager aussi aux futurs soignants qui étudient sur le campus universitaire attendant aux Cliniques. Un volontariat est proposé à l'aumônerie, le dimanche : ce service permet aux étudiants de vivre leur foi en relation avec le contexte des soins qu'ils fréquenteront plus tard.

## 3. Assurer l'enseignement et soutenir la recherche

En étant à l'écoute des interrogations des soignants et stagiaires, certains membres de l'équipe d'aumônerie prennent part aux initiatives de formation qui en découlent. Ils participent aussi, en Église, aux formations bibliques et théologiques, initiales et continues, des (futurs) aumôniers, ainsi qu'aux interventions. Habituellement, une formation se vit en vue de faire quelque chose, ici c'est pour être quelqu'un. L'enjeu consiste à aider à poser les mots les plus justes possible sur les convictions toujours mouvantes en lien avec les situations vécues. Ces espaces de formation constituent également de véritables lieux d'élaboration théologique.

Il va de soi que l'aumônier lui-même prend le temps de se former afin de continuer à problématiser les enjeux rencontrés et à ajuster sa présence au contexte du moment. L'aumônerie, enracinée dans une vie de foi partagée,

10 Qui tend à renforcer la logique du bien-être.

se ressource elle-même en équipe, entre autres lors de « relectures des pratiques pastorales » (RPP).

L'équipe d'aumônerie est invitée à s'intéresser aux débats et recherches qui retiennent l'attention de la communauté universitaire. Certains membres prennent part aux initiatives des responsables diocésains, de la Faculté de théologie (UCLouvain) et du réseau *Resspir*. Cet engagement mène périodiquement à diverses publications (ouvrages et articles), de niveau scientifique ou de réflexion. Ici aussi, il s'agit moins de chercher à publier un écrit ou à proposer une intervention sur la mission de l'aumônier mais à partir de celle-ci. Ces dernières années, l'équipe a mis à disposition une importante bibliothèque numérique, fort consultée.

#### 4. Offrir des services d'expertise ou de conseil à la société et à l'Église

L'équipe d'aumônerie se met également au service de la société pluraliste et de l'Église. Elle s'efforce de mieux faire connaître à celles-ci les enjeux, les difficultés et les interrogations posés en milieu hospitalier. Sa mission peut la conduire à porter un regard plus attentif aux blessés de la société et de l'Église.

L'aumônerie bénéficie aussi de l'engagement de croyants pour différents services qui lui sont reliés, le dimanche pour l'eucharistie (avec les équipes communion, Siloé-Malte et la chorale) et en semaine / le samedi (avec le Carrefour spirituel<sup>11</sup>). Le service rendu par les bénévoles du dimanche est axé sur une disposition particulière tandis que celui des bénévoles de semaine / du samedi (au Carrefour spirituel) consiste à écouter, simplement et amplement, sans toutefois proposer d'accompagnement, comme le fait l'aumônier. On notera ici l'engouement des passants pour les paroles de sagesse disponibles sur papier ou visibles sur l'écran d'accueil.

Nous relayons les nombreux temps de prière et de célébration proposés à proximité, à la paroisse Notre-Dame de l'Assomption (avec la chapelle Marie-la-Misérable) et au Centre œcuménique (avec l'assemblée dominicale et la messe des étudiants du mercredi<sup>12</sup>) ; ceux-ci permettent de recentrer l'offre, aux Cliniques, sur les « haltes-prières » en semaine et l'eucharistie dominicale. Ce lien ecclésial privilégié constitue également un terreau important pour appeler de nouveaux bénévoles en vue des services reliés à l'aumônerie.

#### AFIN DE POURSUIVRE

Les Cliniques universitaires Saint-Luc se sont engagées dans un vaste plan de reconstruction de ses infrastructures : la construction de l'*Institut de Psychiatrie Intégré* (pour fin 2023), de l'*Institut Roi Albert II* (pour mi 2024) et celle d'*HospitaCité* (pour mi 2029). L'ensemble étant disséminé, de nouvelles façons de tisser du lien seront à inventer.

Parce qu'elle verra ses propres infrastructures et liens chamboulés, l'équipe d'aumônerie se doit d'être dès à présent vigilante quant aux enjeux qui accompagneront ses mutations importantes. Parce qu'elle s'inscrit dans un pluralisme culturel et convictionnel croissant, parce qu'elle sera en contact avec un nombre important de personnes déliées de toute appartenance à une tradition particulière, parce qu'elle sera confrontée à un religieux plus identitaire, parce qu'une nouvelle normativité voudra la tirer vers une logique d'efficacité, parce qu'elle continuera à être envoyée par une Église-institution qui connaît un appauvrissement de son crédit symbolique et de ses moyens humains, l'équipe d'aumônerie se doit de se convertir à l'avenir et de continuer à vivre et à témoigner de ses fondamentaux que sont l'hospitalité reçue, l'écoute active et la rencontre vivante.

L'équipe d'aumônerie catholique des Cliniques universitaires Saint-Luc<sup>13</sup> (avril 2022)



11 Dans cet espace d'accueil situé au rez-de-chaussée des Cliniques, les permanents – issus des différentes convictions philosophiques et religieuses reconnues par l'État belge – offrent au passant une possibilité d'échange ; périodiquement, ces permanents se retrouvent pour un temps interconvictionnel de relecture des pratiques.

12 Le lien avec les stagiaires et l'animation étudiante n'est plus aussi étroit qu'avant, du fait du resserrement des études de médecine en six ans et du profil très scientifique des nouveaux étudiants, à cause de l'examen d'entrée.

13 Marie-Thérèse Hautier, Florence Hosteau, Viktors Jermakovics, Georgette Joniaux, Claude Lichtert (responsable), Anna Oszust, Philippe Stiévenart, Aude Valluet (aumonerie@saintluc.uclouvain.be).

# La raison

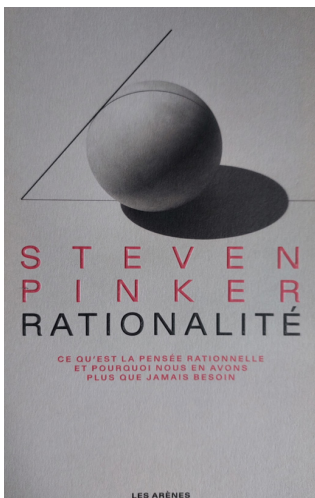
## Rationalité ? Bruitage ? Justification ?

Jean-Claude Debongnie

« Tout le monde se plaint de sa mémoire, personne ne se plaint de son jugement »

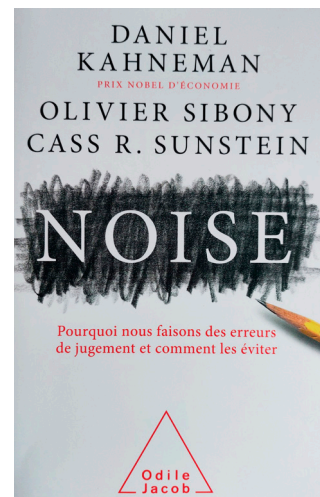
La Rochefoucauld

Nous sommes fiers de notre « jugement clinique » et pourtant, comme l'expliquent trois livres récents (1-3), notre jugement, notre raisonnement souffrent de grosses déficiences qui nécessitent remèdes et prévention par l'éducation. Tous trois s'inspirent des sciences cognitives et ont certains points communs comme de nombreux exemples, l'analyse de biais et un certain humour. Les accents sont cependant différents.



**S. PINKER**, célèbre psychologue de Harvard, est le plus classique comme l'indique le titre du livre, amoureux des chiffres. Les chiffres montrent le progrès matériel avec une espérance de vie triplée depuis le XIXe siècle, une extrême pauvreté divisée par dix. Il définit la rationalité comme la capacité d'utiliser les connaissances c'est-à-dire les croyances vraies

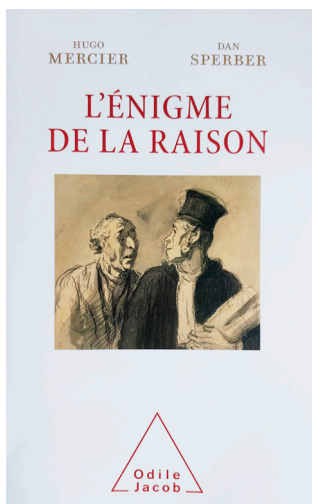
justifiées pour atteindre un objectif. La rationalité inclut des éléments de : logique, pensée critique, statistiques et probabilités, corrélation et causalité. Elle devrait être le quatrième pilier de l'enseignement à côté de la lecture, de l'écriture et du calcul. En logique, il attire l'attention sur les syllogismes dont l'argument est valide mais n'est solide que si les prémices, souvent non vérifiées, sont vraies. La règle de Bayes, c'est la probabilité qu'une hypothèse soit vraie compte tenu des données. Supposons qu'un test de dépistage ait une sensibilité de 90% et un taux de faux positifs de 9%. En cas de test positif, quelle est la probabilité qu'une femme ait un cancer du sein, si la fréquence de base de ce cancer est de 1% ? La majorité des médecins donnent une mauvaise réponse, la bonne étant de 9%. L'auteur ironise sur le caractère magique du  $p < 0,05$ . Un chapitre est consacré à la causalité à ses différentes formes (chaîne, fourche, collision), aux causes multiples, au chemin qui remonte de la corrélation à la causalité (l'essai contrôlé). Comme les autres auteurs, il souligne, en passant, l'importance du groupe : « Personne n'est suffisamment rationnel pour produire du sens tout seul : la rationalité émerge d'une communauté de raisonneurs qui détecte leurs erreurs respectives.



**D. KAHNEMAN**, Prix Nobel d'économie pour ses travaux en économie comportementale, s'attaque à l'évaluation du bruit (d'où le titre du livre), c'est-à-dire à la variabilité des jugements. Un de ces coauteurs est professeur de droit à Harvard, d'où l'abondance de jugements de tribunaux dont la variabilité est impressionnante. En médecine également, le bruit existe entre médecins où la lecture d'images

radiologiques ou anatomopathologiques est de concordance limitée, et pour un même médecin l'attitude varie en fonction d'éléments externes : par exemple, en fin de journée, il parle moins de tests de dépistage, du vaccin de la grippe, il prescrit plus d'antibiotiques et d'anti-inflammatoires. Outre une analyse détaillée des sources de bruit, les auteurs proposent de nombreux remèdes. Remplacer la pensée causale par la pensée statistique est un exemple. La pensée causale reflète notre tendance à bâtir des récits expliquant nos observations, nous donnant l'impression de comprendre le monde. La pensée statistique consiste à relier le cas rencontré à un ensemble, ce que les auteurs appellent la vision externe. Autre conseil : remplacer les jugements absolus par des comparatifs, en utilisant par exemple une échelle. Le silence des formules, titre d'un chapitre, recommande les modèles d'évaluation simples dont le meilleur exemple est le score d'Apgar. Séquencer les informations garantit une certaine indépendance et évite d'orienter la lecture : le pathologiste devrait d'abord regarder (et garder ainsi l'esprit ouvert) avant de recevoir ou de lire d'autres informations. La discussion en groupe est un autre remède pour autant que chacun puisse s'exprimer sans être enfermé par un premier avis autoritaire. L'ensemble des conseils est résumé dans les conclusions en six principes de réduction de bruit (variabilité des jugements intra ou inter observateurs).





Le dernier livre dont l'auteur principal est **H. MERCIER** a un point de vue différent. Ce n'est pas tout à fait étonnant. Si les deux auteurs sont chercheurs en sciences cognitives, le second a d'abord eu une formation et une carrière d'anthropologue. Pour eux, la raison n'est pas un super pouvoir, n'est pas faire des hypothèses sur des faits. Car comment expliquer la fréquence des fautes logique, des illusions visuelles etc... Telle est

l'énigme : pourquoi la raison est-elle si mal adaptée à sa fonction ? En fait, la raison est pour les auteurs un instrument d'interaction sociale qui sert surtout à justifier aux yeux des autres nos opinions ou nos décisions, à les convaincre et à argumenter, à évaluer les raisons qu'ils nous donnent pour

se justifier ou nous convaincre. La raison est un mécanisme d'inférence intuitive dans lequel la logique, les probabilités et même les faits ne jouent qu'un rôle marginal. Et les scientifiques, pourtant sensibles aux bons arguments, sont néanmoins sujets au biais d'auto-confirmation. Linus Pauling, prix Nobel de chimie et plus tard prix Nobel de la paix, ingérait de grosses quantités de vitamine C efficaces, disait-il, contre le cancer et malgré des études en double-aveugle qu'il avait suscitées, il a maintenu ses opinions jusqu'à sa mort ...d'un cancer. Dernier élément à retenir du livre : l'effet positif du groupe dans la discussion d'arguments.

## EN CONCLUSION

Si les trois ouvrages traitent de la rationalité, du jugement, de la raison, les accents sont différents : les deux premiers sont classiques, intellectualistes, visant à améliorer la raison. Le troisième est interactionniste, mettant en question la raison. Tous trois nous rendent humbles quant à notre jugement clinique, tout en nous aidant à l'améliorer.

1. PINKER S. *Rationalité. Ce qu'est la pensée rationnelle et pourquoi nous en avons plus que jamais besoin*. Les Arènes, 2021

2. KAHNNEMAN D, SIBONY O, SUNSTEIN CR. *Noise. Pourquoi nous faisons des erreurs de jugement et comment les éviter*. Odile Jacob, 2021
3. MERCIER H, SPERBER D. *L'énigme de la raison*. Odile Jacob ,2021

# Modifications climatiques et santé

Maurice Einhorn

Il est beaucoup question ces toutes dernières années de l'impact sur la santé des modifications climatiques et particulièrement du réchauffement climatique. Si le sujet fait à l'heure actuelle l'objet de toutes nos préoccupations, les chercheurs se posent en réalité des questions à cet égard depuis plus longtemps que l'on ne pourrait le croire. C'est ainsi qu'une édition spéciale du *Lancet* se penchait en 1994 déjà, soit il y a près de 30 ans, sur l'impact des modifications climatiques sur la santé (*Health and climate change*). Les diverses contributions témoignent d'une inquiétude réelle quant à cet impact, déjà décrit comme considérable.

Une première conséquence notable, que soulignent les auteurs, est la diffusion de certaines maladies, comme par exemple la schistosomiase, qui évolue vers des latitudes plus hautes, mais également l'émergence de nouvelles pathologies. On assiste avec les mêmes causes à des modifications météorologiques parfois extrêmes. L'homme est évidemment responsable de nombre de ces phénomènes délétères, en gaspillant les énergies, en polluant l'atmosphère,

en détruisant les forêts, en ne luttant pas suffisamment contre la surpopulation. Il y a 30 ans déjà des chercheurs tiraient donc ainsi la sonnette d'alarme, faisant remarquer que « *les implications du changement climatique global sur la santé deviennent de plus en plus manifeste* ». Aujourd'hui des polémiques persistent dans des cas extrêmes concernant la réalité du changement climatique, à l'image des déclarations irresponsables de l'ex-président des Etats-Unis, Donald Trump, mais cette forme de négationnisme est plutôt rare, d'autant plus que des catastrophes récentes, comme les inondations de ces dernières années, prouvent pour le moins l'existence de dérèglements climatiques sévères.

Cependant, plus étonnant encore que le dossier du *Lancet*, un film américain de science-fiction sorti en 1973, *Soylent Green* (Soleil vert), qui se passe en ... 2022, prouve bien que même en dehors des milieux scientifiques le problème du réchauffement climatique apparaissait déjà comme très préoccupant il y a un demi-siècle.

## Référence

Bouma et al. Health and climate change. 1994; 343 (issue 8892) : 302-304.  
DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(94\)91152-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)91152-5)

# Un échange intéressant et pratique sur le forum Med-UCL : « Clopidogrel, Asaflow et petite chirurgie »

*Daniel Vanthuyne*

Patient sous clopidogrel + asaflow pour artériopathie  
Doit subir l'exérèse de 2 dents et dans 1 mois l'exérèse d'une tumeur cutanée avec petite greffe de peau  
Question : la stomatologue demande qu'il arrête ces 2 médicaments 4 jours avant : faut-il remplacer par une HBPM à dose préventive ??  
Merci de vos lumières  
Cordialement

Dr Patricia Eeckeleers  
Médecine générale

## Réponses :

Bonsoir chère Consœur,  
Moi, je le mettrais sous HBPM en tous cas !  
Cordialement.

Dr Cl.Garitte

Et HBPM à dose curative et non préventive je pense non ?

Gaëtan THOMAS

Merci pour le partage de ce cas.

La gestion des antithrombotiques à l'occasion de geste invasifs a déjà fait l'objet de plusieurs publications / communications (y compris récentes) dans le Louvain Médical, dont un Webinaire récent.

Lien vers le résumé en libre accès en PDF ci-dessous.

<https://www.louvainmedical.be/sites/default/files/content/article/pdf/resumes-webinaires14.10.21.pdf>

## Quelques commentaires :

L'arrêt systématique de la bithérapie antiplaquettaire avant un geste invasif n'est pas recommandé et même à proscrire.

Les risques hémorragiques liés à la procédure (ou à un traitement antithrombotique alternatif) et les risques thrombotiques liés à l'arrêt des médicaments doivent être bien pesés.

Les HBPM (anticoagulants - inhibant le facteur Xa) ne peuvent se substituer aux antiplaquettaires (cyclo-oxygénase - récepteur plaquettaire à l'ADP).

Pour ce cas (artérite MI), je pense qu'il fait réévaluer l'opportunité de la bithérapie (AAS-Clopidogrel) et s'assurer qu'elle est justifiée.

Alternatives : AAS seule - Clopidogrel seul, ou association Xarelto 2.5 mg 2x/J + AAS 100 mg (étude Compass)

Si les gestes envisagés sont à risque hémorragique :

- Stop Clopidogrel à J-5 ou même si J-3 (patient avec turnover plaquettaire majoré - diabète, athéromatose diffuse).

- Poursuite AAS 100 mg/jour

Après le geste - J+1, reprise Clopidogrel (prodrugue) avec dose de charge (4 Co de 75 mg) pour restaurer rapidement une efficacité du Clopidogrel.

Cedric Hermans, MD, PhD, FRCP (Lon, Edin)

Full Professor  
Head Haemostasis and Thrombosis Unit  
Haemophilia Clinic  
Division of Adult Haematology  
St-Luc University Hospital  
Avenue Hippocrate 10  
1200 Brussels  
BELGIUM

Tel : -32-2-764-17-85 (Direct line)

- 32-2-764-17-40 (Secretary)

Fax : -32-2-764-89-59

Skype : cedric hermans

E-mail : cedric.hermans@uclouvain.be

E-mail (bis) : hermans.cedric@gmail.com

Bonjour,

L'indication d'un double traitement antiagrégant plaquettaire pour « artériopathie » est trop vague. Il faudrait avoir d'avantage d'informations.

Pour une artériopathie des membres inférieurs par exemple on a l'habitude de prescrire de l'Asaflow seul qui peut être arrêté 3 jours avant une intervention. Après pose d'un stent périphérique (non coronaire) on prescrit en plus du Clopidogrel, mais pour une courte période (2 mois) seulement. Pour un pontage périphérique ce n'est pas classique non plus (ASA+/- anticoagulant). Pour un antécédent d'AVC, Asaflow seul etc... Donc je m'interroge sur cette l'indication de ce Clopidogrel (traitement > 6 mois, stent coronaire pharmaco actif...?).

Bien à vous.

Pr. Frank HAMMER

Service de Radiologie Vasculaire et Interventionnelle

Cliniques Universitaires St. Luc

10 av. Hippocrate

B-1200 Bruxelles

Consultant en Neuroradiologie Interventionnelle CHU Mt. Godinne

Tel: 00 32 2 764 29 15

Fax: 00 32 2 770 55 74

Bonjour,  
Si je ne me trompe pas, il y a aussi les patients sensibles au Clopidogrel ou à l'AAS et ceux qui ne le sont pas, d'où l'intérêt de le savoir pour arrêter l'un des 2 selon indication ( test sanguin assez couteux et non remboursé ).  
Merci de votre avis qui confirmerait cette idée.

Benoît Gillion

Cher-e-s collègues,

Je profite de cet échange courriel pour souligner qu'un antiagrégant (plaquettaire) n'est pas un anticoagulant (facteurs protéiques), et vice versa. L'un et l'autre sont des antithrombotiques.

Pour faire simple, l'antiagrégant, par son action plaquettaire, protège les parois artérielles athéroscléreuses d'un éventuel thrombus plaquettaire consécutif à la rupture d'un plaque/sténose.

Alors que l'anticoagulant, par son action sur la cascade des protéines de la coagulation, protège contre la formation de caillots par stagnation sanguine dans une oreillette non-contractile (FA) ou des veines en stase (post-op, immobilisation, ...)

Ils ne sont pas interchangeables.

Et ils ne doivent être associés que si l'un et l'autre sont indiqués, et ce sans contre-indication\*.

Cordialement,

\*Une contre-indication classique à la bithérapie antithrombotiques (anticoagulant + antiagrégant) est l'absence d'événement artériel ischémique au cours des douze derniers mois chez un patient âgé qui est sous anticoagulant au long cours, par exemple pour une FA

Benoit Boland, MD, PhD  
Gériatrie, pharmacothérapie clinique  
Chef de Clinique, CUSLuc, Bruxelles  
Institut de Recherche Santé et Société, UCLouvain  
Professeur ordinaire clinique, UCLouvain  
Belgique

En cas de bithérapie ne note-t-on pas une élévation significative des hémorragies digestives par exemple vs mono thérapie ? (Indépendamment d'une pathologie digestive préexistante évidemment)

JC Hariga

Profitons de ces explications de Benoit pour tordre le cou à une étonnante croyance qui sévit dans le public et ... parmi pas mal de collègues : il est inutile de prendre de l'AAS avant un long voyage en avion !

Guy Beuken

Doit-on stopper ou continuer l'aspirine lorsqu'on introduit le clopidogrel ?

Même question pour les NOAC

Cordialement

David SIMON

Stopper car dans la littérature, rien de montre l'avantage de l'association. Par contre, on augmente le risque de complications hémorragiques

Dr Patricia Eeckeleers

Cher Collègue

Il y a peu d'indication d'une bithérapie par anticoagulant (NOAC) et antiplaquettaire (clopidogrel), en dehors de stent coronaire récent ou semi-récent.

Si l'indication de cette double thérapie est avérée, on peut associer un NOAC et le clopidogrel, au prix bien entendu d'une augmentation du risque hémorragique évalué à +50%.

Cordialement.

Prof. Philippe Hainaut

Chef de Service

Médecine Interne

Maladie Thromboembolique veineuse

Président Master Complémentaire Médecine Interne

Tél: +32 2 7641039

Secrétariat: +32 2 7641051

Fax: +32 2 7648944

## VOUS SOUHAITEZ PARTICIPER À LA LISTE « MED-UCL » ?

Pour s'abonner à notre liste, la procédure est très simple :

1. Choisissez l'adresse-mail avec laquelle vous souhaitez vous abonner à la liste.
2. Envoyez un message à **sympa2@listes.uclouvain.be** avec l'adresse à partir de laquelle vous souhaitez vous abonner. Sympa n'est pas une personne mais un automate de gestion de listes de diffusion.
3. En **objet** du message, écrivez : subscribe med-ucl **Prénom Nom** (indiquez vos propres prénom et nom).
4. Laissez le corps du message vide. **Pas de signature !**

Vous recevrez ensuite un message vous informant que votre demande a été acceptée.

En fonction de la disponibilité du gestionnaire, **le délai de réception de la notification peut varier**. Il est inutile d'envoyer plusieurs demandes.

## COMMENT L'UTILISER ? C'EST TRÈS SIMPLE :

Envoyez votre message ou votre question à **med-ucl@listes.uclouvain.be**.

La liste est privée et destinée exclusivement à des médecins UCL.

La liste est modérée, il est donc possible qu'il y ait un léger délai entre l'envoi de votre message et sa transmission aux membres de la liste.

Quand vous envoyez un message ou quand vous répondez, ce message est envoyé à toutes les personnes inscrites sur la liste. **Assurez-vous de l'intérêt collectif de votre message !**