

# Ama CONTACTS

Bulletin des médecins anciens  
de l'Université catholique de Louvain

HOMMAGE AUX

## PROFESSEURS ÉMÉRITES

# 2018

du Secteur des sciences de la santé  
de l'Université catholique de Louvain,  
des Cliniques universitaires  
Saint-Luc et  
du CHU UCL Namur



UCLouvain



- ▶ L'AMA CONTACTS MET À L'HONNEUR LES PROFESSEURS ÉMÉRITES
- ▶ L'ALCOOL, HISTOIRE D'UN PHARMAKON





Bulletin des médecins anciens  
de l'Université catholique de Louvain

## SOMMAIRE

### EDITORIAL

#### L'intelligence artificielle supplantera-t-elle le médecin ?

Dominique Pestiaux et Carl Vanwelde..... 749

#### L'AMA CONTACTS MET À L'HONNEUR LES PROFESSEURS ÉMÉRITES 2018..... 751

### HISTOIRE DE LA MEDECINE

#### L'alcool, histoire d'un pharmakon

Jean Claude Debongnie..... 761

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

#### La mémoire des doigts

Carl Vanwelde ..... 763

## EDITORIAL

### L'intelligence artificielle supplantera-t-elle le médecin ?

Dominique Pestiaux et Carl Vanwelde

Notre revue des alumni a pour but d'être aussi le témoin de l'actualité facultaire. C'est la raison pour laquelle nous publions un résumé du parcours académique des professeurs émérites de cette année. Ils ont contribué de longues années à la vie facultaire et enrichi celle-ci de leur expertise, de leurs recherches et de leur savoir transmis aux futurs soignants. A l'occasion de la séance d'hommage organisée en leur honneur la conférence du professeur Jean-Gabriel Ganascia avait pour sujet : « *le médecin et le patient dans le monde des datas, des robots, des algorithmes et de l'intelligence artificielle.* » Ce sujet est d'une actualité brûlante lorsqu'on sait que les élections du pays le plus puissant au monde peuvent être influencées en utilisant des données récoltées sur les réseaux sociaux et manipulées pour influencer l'électeur. Qu'en est-il pour la médecine et le soin ?

#### Le Big data, ma banque malgré moi

Où s'en vont nos données ? Il ne se passe de jour sans que des lanceurs d'alertes révèlent les curieux accords liant des réseaux hospitaliers, d'assurances, de laboratoires à d'énormes banques de données médicales, interconnectées et traitées par des algorithmes performants. Les médecins ne jouent souvent qu'un rôle mineur dans ces transferts de données qui alimentent leur méfiance et celle du grand public dépossédé de son bien le plus précieux. Résultats de biologie, protocoles d'imagerie médicale, génétiques et anatomopathologiques, données de consommation des médicaments, publications scientifiques mais aussi chiffres divers sont ainsi collectés par les millions d'objets connectés mis à disposition : glucomètres, podomètres, tracés d'électrocardiographie ambulatoire, monitoring de pression artérielle, surveillance du sommeil. L'innovation, outre le volume parfois impressionnant de ces données recueillies, consiste en leur interconnexion révélant d'inattendues découvertes, totalement ininterprétables lorsqu'on les observait de manière individualisée, patient par patient, médecin par médecin. Un exemple ? L'interprétation des tumeurs cutanées observées en consultation. En couplant un algorithme avec une banque de quelque 100 000 images, une équipe américaine l'a rendu aussi performant qu'un dermatologue expérimenté dans la reconnaissance des affections de la peau et leur degré de malignité (Nature, 2 février 2017). Autre domaine de recherche, la détection systématisée de la rétinopathie diabétique sur base de l'interprétation systématisée et comparée d'un grand nombre de clichés de fond d'œil protocolés par des ophtalmologues. L'Institut Curie vient de signer un accord de coopération pour analyser sa base de données de 450 000 patients, vieille de dix-sept ans avec l'objectif de proposer aux oncologues une liste de cas similaires aux patients dont ils s'occupent, afin de les aider à choisir la thérapie adaptée, notamment après des rechutes.

#### AMA CONTACTS

Bulletin des médecins anciens  
de l'Université catholique de Louvain

#### COMITÉ DE RÉDACTION :

Martin Buyschaert, Dominique Vanpee, Dominique Pestiaux, Jean-Claude Debongnie, Carl Vanwelde, Chantal Daumerie, René Fiasse, Cassian Minguet

#### 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'UCL (CENTAL).

### **Un faux ami qui vous veut du bien...**

De quoi inquiéter tous les métiers de la médecine, pour le meilleur ou pour le pire. Doter les ordinateurs d'une capacité d'analyse et de raisonnement inégalée, comparable voire supérieure à l'expertise d'un spécialiste chevronné, ne comporte-t-il pas à terme les germes de sa disparition ? La substitution pourrait être plus rapide qu'on l'imagine, l'outil remplaçant le maître grâce à sa maîtrise de grandes masses de données, d'algorithmes aptes à comprendre et à interpréter les anomalies pathologiques, à en hiérarchiser le risque tout en s'améliorant continuellement. Leur efficacité couplée à la raison économique, leur disponibilité, la simplicité de leur utilisation et la rapidité d'accès aux résultats pourraient s'avérer de redoutables arguments pour les gestionnaires des systèmes de santé et réseaux hospitaliers. Comme le soulignent avec pertinence David Larousserie et Sandrine Cabu dans le Monde Sciences (8.5.2017), un véritable changement de paradigme est amorcé. « Jusqu'à présent la science et la logique médicale progressaient en émettant des hypothèses, les testant par l'expérience puis en tirant des conclusions. Les données étaient les produits du processus. Avec le big data et les nouvelles méthodes d'intelligence artificielle, la logique s'inverse. Les données deviennent premières. » Des facteurs prédictifs se voient mis en évidence sans pouvoir établir de modèle conceptuel pour les expliquer, et dont le fil rouge échappe parfois au médecin. Toute une logique de raisonnement clinique éprouvé est bouleversée. Une dernière méfiance reste à surmonter, parmi bien d'autres d'ordre juridique ou éthique : qui portera la responsabilité en cas d'erreur : le médecin ou la machine ?

### **Y a-t-il un pilote dans l'avion ?**

Tout est-il perdu ? Pas sûr, car lorsque s'accroît la connaissance surgissent aussi les questions. Quelles sont les limites de cet homme que la technologie propose de transformer en dieu ? Le médecin-ingénieur devra se doubler progressivement d'un médecin-philosophe, passionnante cohabitation. De guérisseur, devenir un passeur de sens capable de surmonter l'échec et borner la frontière de toute aventure terrestre. Plus que jamais, comme le suggère Laurent Visier, professeur à l'université de Montpellier : « En gagnant du terrain, les technologies font émerger une foule de nouvelles questions sur le métier et ses pratiques. La médecine n'est pas seulement une discipline de sciences de la vie. Elle s'exerce dans des lieux donnés, au cœur d'institutions, en lien avec des confrères, et il est essentiel de prendre conscience de toutes les interactions qui en résultent. »

Les mutations qui s'annoncent risquent de modifier profondément le paysage diagnostique et thérapeutique, le plus éloigné des médecins de campagnes ayant accès immédiat de son cabinet à des outils dont la puissance et les performances étaient inimaginables jusqu'ici. Qui aurait imaginé il y a dix ans pouvoir consulter les banques de données les plus prestigieuses du bout des doigts pour un coût dérisoire, en consultation ? De douloureuses restructurations y seront liées, et des spécialités prestigieuses peut-être réduites à rien. Le patient n'en bénéficiera que si le corps médical assume son rôle de pilote d'une technologie triomphante, rappelant inlassablement que la santé est un bien commun. En plus de répondre à ses interrogations métaphysiques, il lui faudra endosser une responsabilité sociétale interrogeant obstinément le système de santé et ses dirigeants sur la place de la médecine dans la société, sur les inégalités d'accès aux soins et les priorités éthiques à respecter quand les enveloppes budgétaires rétrécissent. Réfléchir enfin au juste partage des connaissances à travers une éducation thérapeutique accessible à tous. Greffer à l'intelligence artificielle un cœur réel, capable de discernement, constitue un des beaux défis que nos émérites lèguent aux récents promus.

Vous trouverez également dans ce numéro une réflexion bien utile en ces temps de fête sur la consommation d'alcool et un texte révélateur de l'importance de cultiver le souvenir de ce qui nous a construit au cours d'une vie. Nous souhaitons aux lecteurs de la revue une belle année 2019 relevant les défis essentiels du vivre ensemble, assurant la solidarité nécessaire pour les plus démunis et le partage quotidien chaleureux avec leurs proches.

---

### **POUR ALLER PLUS LOIN**

Jean-Gabriel Ganascia. Le mythe de la singularité : faut-il craindre l'intelligence artificielle ? Seuil science ouverte, 02-02-2017. EAN 9782021309997

L'enseignement de la médecine se veut plus humain. Aurélie Djavadi. Le Monde 1 janvier 2018

### ALFRED BERNARD



Alfred Bernard est diplômé ingénieur agronome à l'UCL en 1976, orientation pollution, environnement et aménagement du territoire. Il entreprend ensuite une formation de chercheur en toxicologie industrielle et environnementale, toujours à l'UCL : il est licencié en sciences médicales en 1979, docteur en sciences agronomiques en 1982 (thèse sur la toxicité rénale du cadmium) et agrégé de l'enseignement supérieur en 1989 (thèse sur le dépistage précoce des lésions rénales).

Il mène pratiquement toute sa carrière de chercheur avec le soutien du FNRS, dont il gravit tous les échelons, du mandat d'aspirant en 1977 au mandat de directeur de recherches de 1993 à 2018.

Titulaire de plusieurs cours à l'UCL dans le domaine de la toxicologie et de la santé environnementale, Alfred Bernard est nommé chargé de cours à temps partiel en 1993 et professeur en 1998. Il met au point de nouveaux tests permettant de dépister à un stade précoce des lésions du rein ou de l'arbre respiratoire. Il développe notamment le test de la *Club cell protein*, un biomarqueur sanguin actuellement commercialisé qui permet une évaluation non-invasive de l'intégrité épithéliale du poumon profond.

A partir des années 1990, bénéficiant régulièrement de fonds européens, Alfred Bernard mène de nombreuses études épidémiologiques pour évaluer les risques toxiques des métaux lourds (cadmium, plomb, mercure, arsenic), des dioxines et PCBs, des polluants de l'air (ozone, particules fines, amiante, fumées...) ou encore des produits de chloration en piscine. Pour avoir accès à des populations exposées, il établit des collaborations avec des équipes de recherche en Europe mais aussi aux USA, au Canada, en Chine, au Maroc ou en Australie. Alfred Bernard est (co-) auteur de plus de 500 publications avec plus de 22.000 citations (H index de 86).

Il est marié et père de 5 enfants.

### FRÉDÉRIC BONBLED



Déterminé pour le droit plutôt que pour la médecine, Frédéric Bonbled opère un retour aux sources en 1978 en se spécialisant en anatomie pathologique, puis en médecine légale et en médecine d'expertise et d'assurance.

Son activité en salle d'autopsie puis en instituts médico-légaux, avec le soutien d'une bourse de l'OTAN, lui donne la volonté d'ajuster l'expertise médico-légale à son temps en tant que mise au service du témoignage en Justice.

Son agrégation en tant qu'expert judiciaire et médecin légiste pour plusieurs parquets est l'occasion de fonder un laboratoire de médecine légale pour soutenir cette activité. En 2015, ce laboratoire est adossé à ceux de toxicologie et de génétique et au Service d'anatomie pathologique pour former un Centre de médecine forensique, à disposition des parquets et tribunaux.

Chargé de cours à mi-temps en 1991, chef de laboratoire aux Cliniques universitaires Saint-Luc et professeur extraordinaire à l'UCL en 1999, Frédéric Bonbled enseigne en médecine légale et criminalistique ainsi qu'en expertise à la Faculté de médecine et de droit et criminologie. Sous son impulsion, le parquet devient aussi un lieu de stages

pour les candidats spécialistes en médecine légale.

Il participe à la création d'un enseignement complémentaire et pluridisciplinaire en médecine d'expertise et d'assurance, mettant en valeur les ressources de l'UCL en expertise médicale. Ses fonctions de secrétaire puis de président de la Société royale de médecine légale sont l'occasion de contribuer à la reconnaissance d'une spécialisation à part entière, en 2001.

Sur le plan international, Frédéric Bonbled est appelé comme expert par le gouvernement puis par l'ONU et la Cour pénale internationale à de multiples reprises, pour des missions à Bucarest, en ex-Yougoslavie et en Afrique, et il prend part à des travaux de détermination de critères de qualité de l'exercice de la médecine légale en Europe.

## YVES CASTILLE



Licencié en kinésithérapie et réadaptation en 1977,  
Yves Castille est le premier kinésithérapeute engagé aux  
Cliniques Universitaires Saint-Luc (CuSL) le 1<sup>er</sup> septembre 1977.

De 1980 à août 1983, il participe à deux missions humanitaires sous la bannière d'Oxfam Belgique au Nicaragua. Il y contribue au développement du Centre de kinésithérapie de Chinandega, à la création de l'Ecole de kinésithérapie du Nicaragua à Managua et à l'ouverture du Centre de kinésithérapie à l'Hôpital départemental de Diriamba.

De retour du Nicaragua en septembre 1983, Yves Castille se voit confier la mission de développer un tout nouveau domaine de la kinésithérapie : la rééducation périnéale, thème de sa thèse. Responsable de l'enseignement de cette matière à la Faculté des Sciences de la motricité, Yves Castille l'a depuis enseignée sur tous les continents (USA, Mexique, Chili, Bénin, Vietnam...).

Premier coordonnateur des kinésithérapeutes et des ergothérapeutes aux CuSL d'avril 1991 à octobre 2011, il initie deux formations continues à la FSM : en abdomino-

pelvi-périnéologie (2004), et en réadaptation dans les pays du Sud (certificat interuniversitaire, 2011).

Auteur de nombreuses publications, Yves Castille est aussi lauréat de la Fondation Saint-Luc pour l'acquisition d'expertise clinique en malformation ano-rectale de l'enfant, au Schneider Children Hospital de Long Island à New-York et à l'Hôpital universitaire de Sherbrook.

Depuis 2011, Yves Castille participe au développement de la kinésithérapie au Vietnam. En 2015, il rejoint le groupe de réflexion sur la mise en place des soins de premières lignes et y prend la responsabilité du secteur kinésithérapie. D'octobre 2018 à octobre 2021, il est responsable académique d'une formation en kinésithérapie de niveau Master à Ho Chi Minh, en partenariat avec l'agence Wallonie-Bruxelles International et Humanité et Inclusion (anciennement Handicap International).

## DOMINIQUE CHARLIER



Après un parcours dans le réseau pédopsychiatrie ambulatoire et institutionnel de belge et luxembourgeois, Dominique Charlier rejoint l'équipe de pédopsychiatrie des Cliniques universitaires Saint-Luc.

En parallèle à ses consultations, elle crée le Radian, service de mesures réparatrices pour jeunes ayant commis des actes délictueux, au SSM Le Grès, ainsi qu'un groupe de parole pour parents issus du quart-monde au SSM La Gerbe. L'approche interdisciplinaire de Dominique Charlier, en collaboration notamment avec le Service de pédiatrie, l'amène à rencontrer la psychiatrie de liaison et à développer de véritables co-consultations multidisciplinaires avec le Prof. D. Hermans.

Responsable du Service de pédopsychiatrie de 2005 à 2015, Dominique Charlier participe à son développement : après la psychiatrie de liaison et le Centre thérapeutique pour adolescents, il se dote du PIM, projet intégré multidisciplinaire en pédiatrie réalisé avec les Profs. Nassogne et Hermans et dirigé par le Prof S. Symann, puis d'une hospitalisation de jour/nuit pour les enfants de 0 à 13 ans et d'un Centre ressources autisme dirigé par le Prof

A. Wintgens où Dominique Charlier continuera à travailler durant son éméritat.

Impliquée dans la formation des futurs pédopsychiatres à l'UCL, Dominique Charlier y a découvert le plaisir de transmettre et a vécu des rencontres très riches. Elle a également enseigné au Bénin, au Sénégal et en RDC.

Ses recherches et publications sont orientées vers la clinique avec les jeunes enfants et leurs familles. Depuis 2001, elle dirige la revue *Enfances adolescences*.

La carrière de Dominique Charlier n'aurait pu être ce qu'elle fut sans ses collègues du Service de psychiatrie infanto-juvénile dirigé par le Pr. E de Becker, grâce auxquels elle a découvert la force du travail multiforme. Et sans ses patients qui, confiants dans son travail, lui ont confié leur expérience de vie et les ressources pour faire face à leurs difficultés.

### PATRICK DE COSTER



Après une formation en médecine interne, en cardiologie et en médecine nucléaire, et un séjour de deux ans au *Hammersmiths Hospital* à Londres principalement pour de la recherche, Patrick De Coster prend en 1986 la direction du Service de médecine nucléaire aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Intéressé par les collaborations inter-hospitalières, il préside de 1993 à 2014 le Réseau Santé Louvain. Entre 2005 et 2011, il est président de l'École de santé publique, qu'il réorganise complètement.

Depuis 1991, il a occupé la place de directeur général/médical des Cliniques de Mont-Godinne, puis, en 2012 de directeur général du CHU UCL Dinant-Godinne. En 2015, il a conduit une deuxième fusion avec la Clinique Sainte-Elisabeth pour former le CHU UCL Namur où il occupe actuellement le poste de directeur général associé.

Par ailleurs, après un master en gestion hospitalière, Patrick De Coster est nommé professeur ordinaire à l'UCL où il enseigne plusieurs cours et est promoteur de plusieurs mémoires. Il est également co-titulaire d'un enseignement sur le *Lean management* aux Facultés de santé publique de l'UCL et de l'ULB, à l'École de management à Strasbourg

et à l'EHESP (Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes – Paris).

Depuis 2009, il a vu dans le *Lean* un cadre managérial cohérent, prônant les valeurs qu'il a toujours défendues, et a donc décidé avec son équipe de direction d'implémenter cette transformation managériale fondamentale à l'échelle institutionnelle, pour devenir une référence européenne dans le domaine.

Administrateur actif de 17 associations sans but lucratif dans le monde médico-social, Patrick De Coster est membre de plusieurs commissions au SPF Santé publique, dont le Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, et le Conseil national pour la promotion de la qualité des soins.

### PIERRE DELGUSTE



Les dix premières années de carrière de Pierre Delguste sont presque exclusivement cliniques, en tant que kinésithérapeute respiratoire. Dix années durant lesquelles la kinésithérapie respiratoire s'est forgée une place devenue indispensable au sein des Cliniques universitaires Saint-Luc (CuSL).

Ayant saisi l'opportunité de s'intéresser à une modalité thérapeutique nouvelle qu'était l'assistance ventilatoire mécanique par voie non invasive (VNI), Pierre Delguste met en place avec la Prof D. Rodenstein les premières VNI à domicile en Belgique, au bénéfice de patients atteints de maladies neuromusculaires. C'est sur la base de ces prises en charge cliniques et de leur évaluation que s'est construite sa thèse de doctorat en Kinésithérapie et Réadaptation, doctorat obtenu en 1991.

Au milieu des années nonante, Pierre Delguste rejoint l'équipe enseignante du cours de « Principes et pratiques de la kinésithérapie » à la FSM et, quelques années plus tard, il assure la coordination de deux nouveaux cours de « Kinésithérapie et réadaptation cardio-respiratoire », fonction exercée jusqu'en 2018.

Ses dix dernières années de carrière se sont partagées entre la poursuite de ses activités dans le cadre de la médecine du sommeil dans le Service de pneumologie, la fonction de Coordinateur des kinésithérapeutes et ergothérapeutes du Service de médecine physique et réadaptation, et ses cours à LLN.

Aujourd'hui, la plus grande satisfaction professionnelle de Pierre Delguste est d'être certain que, dans chacun de ces trois domaines, sa succession est assurée par des collègues qui ont largement, selon lui, « dépassé le Maître ».

## MICHEL DELMÉE



Diplômé docteur en médecine à l'UCL en 1978, Michel Delmée commence la même année une spécialisation en biologie clinique et se consacre d'emblée de façon privilégiée à la microbiologie.

De 1983 à 1989, avec un mandat d'assistant universitaire et sous la supervision du Prof. Georges Wauters, il réalise une thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur consacrée au *Clostridium difficile*, une bactérie découverte en 1978 et qui restera, durant toute sa carrière, le principal sujet de sa recherche, menant à de nombreux articles scientifiques et chapitres de livres. Il est membre fondateur de l'*European Study Group for Clostridium difficile*, et le laboratoire facultaire est devenu Centre national de référence en 2012.

Michel Delmée est nommé professeur à l'UCL en 1996 et professeur ordinaire en 2000. De 1997 à 2002, il est Secrétaire académique de la faculté de médecine. Aux Cliniques universitaires Saint-Luc, il est chef du Service de microbiologie de 1993 à 2008, Chef du Département de biologie clinique de 2006 à 2016, membre du Comité de

direction des cliniques de 2006 à 2012 en tant que directeur clinique, et membre du Conseil d'administration de 2008 à 2016.

Dès après l'obtention de son diplôme et jusqu'à son éméritat, Michel Delmée voit dans l'enseignement son activité de prédilection. Il enseigne de 1978 à 1995 à l'Institut supérieur de nursing et, au départ du Prof. G. Wauters en 1993, il devient titulaire, jusqu'à la fin de sa carrière, du cours de microbiologie médicale dispensé aux étudiants de médecine, de dentisterie, de pharmacie et de sciences bio-médicales. Membre du bureau de l'Ecole de médecine, Michel Delmée assure durant les vingt dernières années un rôle actif dans les nombreuses réformes de l'enseignement, les jurys et comités d'année.

## GENEVIÈVE FRANÇOIS



Titulaire d'un doctorat en médecine de l'UCL en 1978, Geneviève François se spécialise en pédiatrie (1983) et en soins intensifs pédiatriques (1984) avant de compléter sa formation par un diplôme d'expériences en néonatalogie.

Assistante spécialiste en pédiatrie aux Cliniques universitaires Saint-Luc de 1983 à 1984, puis assistante spécialiste en néonatalogie (1984-1986), Geneviève François est titulaire de 1987 à 1988 d'une bourse du FNRS Loterie nationale pour une formation en sommeil pédiatrique, toujours aux Cliniques universitaires Saint-Luc. Elle y sera ensuite résidente en pédiatrie de 1988 à 1990, année où elle créera l'Unité de sommeil pédiatrique, dont elle sera responsable et qui deviendra rapidement un centre de référence. Chef de clinique adjoint en pédiatrie de 1980 à 2002, puis chef associé, Geneviève François est nommée chef de clinique en 2004.

Coordnatrice du Centre labio-palatin pour la prise en charge des malformations crânio-faciales, Geneviève François est également pédiatre de référence de la crèche "Les Coccinelles", crèche des Cliniques universitaires Saint-Luc.

Son expertise porte particulièrement sur la prévention de la mort subite du nourrisson et la prise en charge des enfants à risque : consultations et examens de sommeil, suivi des monitorings à domicile ; ainsi que sur la prise en charge des malaises graves des nourrissons.

Ses autres activités cliniques sont centrées sur la prise en charge des patients avec malformations maxillo-faciales et obstruction des voies aériennes supérieures ; des patients avec troubles respiratoires liés aux pathologies neurologiques et neuro-musculaires, liés à l'obésité ; et de la prise en charge des troubles de déglutition et de la croissance (CMAO).

### VÉRONIQUE GODDING



C'est à l'âge de huit ans que Véronique Godding décide de devenir médecin. Un choix qu'elle n'a jamais regretté !

Après sept années d'étude en médecine à l'UCL (alors toujours à Leuven), sa spécialisation en pédiatrie l'amène au Sénégal, où elle apprend beaucoup au niveau clinique, ainsi qu'à Saint-Luc et à Mont-Godinne, qui lui apportent beaucoup au niveau scientifique.

Véronique Godding s'oriente rapidement vers la pneumologie pédiatrique, à Mont-Godinne d'abord, puis à l'UWMadison dans le Wisconsin (USA) avec le Pr. W. Busse (1992-1993), et enfin durant cinq ans de recherche fondamentale à l'ICP (aujourd'hui Institut de Duve), avec les Prs. Vaerman et Sibille. Véronique Godding présente sa thèse de doctorat en sciences en 1998. Elle développe ensuite une activité clinique de pneumologie pédiatrique aux Cliniques universitaires Saint-Luc avec le Pr. Lebecque.

L'exposition des enfants au tabagisme in utero et au tabagisme environnemental lui apparaît comme une priorité à étudier et à prendre en charge. Il n'existait pas de consultation de tabacologie à cette époque. Avec le Pr. Galanti, Véronique Godding obtient le DIU de tabacologie à Paris en 1997, et développe une consultation d'aide à l'arrêt tabagique à Mont-Godinne à partir de 1997, puis aux Cliniques universitaires Saint-Luc dès 1999. Elle participe également à l'enseignement de la tabacologie, au niveau du DIU organisé en Belgique par le Fares, ainsi qu'au niveau du cours consacré aux toxicomanies et dépendances de la Faculté de pharmacie de l'UCL.

L'environnement familial, la dimension bio-psycho-sociale de la maladie chronique, l'adhérence au traitement et l'éducation du patient ont été des valeurs fortes qui ont guidé Véronique Godding tout au long de son parcours.

### YVES HUMBLET



Né en 1953, Yves Humblet est promu médecin de l'UCL en 1978, lors de la cérémonie qui se déroule pour la première fois sur le site de l'UCL à Woluwe. Il est reconnu spécialiste en médecine interne générale en 1983 et se surspécialise ensuite en oncologie médicale. Il est l'un des premiers médecins à avoir pratiqué l'oncologie médicale comme seule spécialité tout au long de sa carrière, cette discipline n'étant d'ailleurs pas reconnue en Belgique à ce moment-là.

Après avoir passé 8 ans à l'Institut Ludwig pour la recherche contre le cancer, Yves Humblet rejoint aux Cliniques universitaires Saint-Luc l'Unité d'oncologie médicale en 1988. Il met au point à l'UCL les techniques de séparation, de purge et de congélation des cellules souches de la moelle et du sang, et défend sa thèse d'agrégation en 1994 sur le thème « *High dose chemotherapy and autologous bone marrow transplantation in small cell lung cancer patients* ».

Responsable de l'Unité d'oncologie médicale et codirecteur avec le Pr. Scalliet du Centre du cancer, il crée la fonction de coordonnateur de soins oncologiques (CSO) et participe à l'écriture du livre blanc Cancer publié en 2007 à destination des autorités de la santé en Belgique.

Si la première partie de sa carrière de médecin universitaire est consacrée à la recherche et aux traitements des cancers bronchiques, Yves Humblet consacre la seconde moitié aux cancers du tube digestif. Il participe aux développements de nombreux médicaments ciblés, notamment contre le cancer colique, parmi lesquels les anti-EGFR et les anti-angiogénèse.

Yves Humblet est membre de la Commission d'éthique hospitalo-facultaire de l'UCL.



## YVES KREMER



Né le 29 janvier 1953 à Lüdenscheid (Allemagne), Yves Kremer est diplômé Docteur en Médecine, chirurgie et accouchement de l'Université de Liège en 1977. Il complète sa formation à Anvers par un Certificat de Médecine Tropicale, en 1978. Il revient ensuite à l'UCL pour se spécialiser en Anesthésie-Réanimation, dont il est diplômé en 1982. Un an plus tard, il obtient un Certificat de Soins Intensifs, toujours à l'UCL, qu'il complètera en 1991 par un Diplôme Européen de Soins Intensifs.

Yves Kremer est également titulaire d'un Diplôme Universitaire d'Antibiotiques et Antibiothérapie obtenu à l'Hôpital St Louis de Paris (2000), d'un Diplôme d'Études Spécialisées en Gestion socio-économique des Organisations Sanitaires et Sociales (Mons, 2003) et, enfin, du Diplôme Européen d'Accompagnement en Soins Palliatifs (2014).

En 1984, Yves Kremer devient Anesthésiste et Intensiviste à l'Hôpital de Jolimont. Il occupe ensuite cette fonction au Centre de Santé des Fagnes à Chimay en 1986, durant deux ans. En 1988, il devient Anesthésiste et Responsable des

Soins Intensifs à l'Hôpital de Nivelles, jusqu'en 1991.

Chef de Service des Soins Intensifs à Notre-Dame à Charleroi jusqu'en 2000, il est nommé en 2002 Directeur de MRS "Les jardins de Scailmont" à Manage.

En 2004 et jusqu'à son Emeritatus, il prend la fonction de Responsable de l'EPI (évaluation Pré-Intervention) aux Cliniques Universitaires Saint-Luc.

## JEAN-MARIE MALOTEAUX



Jean-Marie Maloteaux est diplômé médecin de l'UCL en 1977, et neuropsychiatre en 1982. Il est aspirant puis chargé de recherches au FNRS et réalise une thèse d'agrégation en neuropharmacologie (1991) à l'ICP (Institut de Duve), au laboratoire de neurochimie et dans les laboratoires de Janssen Pharmaceutica.

Engagé dans le Service de neurologie aux Cliniques universitaires Saint-Luc en 1984, Jean-Marie Maloteaux est ensuite nommé professeur ordinaire à la Faculté de médecine en 1996. Il enseigne la pharmacologie générale et une partie de la pharmacologie spéciale en médecine, sciences dentaires, psychologie et sciences biomédicales, tout en poursuivant des activités de recherche dans le domaine des neurorécepteurs et des maladies neurodégénératives. Il participe à de nombreuses études cliniques et à l'enseignement post-universitaire.

Chef du Service de neurologie aux Cliniques universitaires Saint-Luc de 2008 à 2018, Jean-Marie Maloteaux est ou a été membre de plusieurs Commissions : les Commissions des médicaments et de pharmacovigilance à l'Agence Fédérale des Médicaments et Produits de Santé (AFMPS), la Commission de remboursement des médicaments

(INAMI), et une Commission à l'Agence européenne des médicaments (EMA, Londres). Il est également membre du Comité Consultatif national de Bioéthique belge (CCB) et du Centre de Droit médical de l'UCL.

Rédacteur en chef du Centre Belge d'Information Pharmacothérapeutique (CBIP), il a assuré la Présidence du *Belgian College for Neuropsychopharmacology* (BCNBP), est Président du Comité d'éthique médicale de l'UCL et des Cliniques universitaires Saint-Luc depuis 1999, et dirige la Fondation Médicale Reine Elisabeth (FMRE, Neurosciences).

Membre ordinaire de l'Académie Royale de Médecine de Belgique, Jean-Marie Maloteaux est aussi membre invité permanent à l'Académie Nationale de Médecine en France et Vice-président de la *Belgian Association of Research Ethics Committees* (BAREC).

## ANNE JOURET-MOURIN



Diplômée docteur en médecine de l'UCL en 1977, Anne Jouret-Mourin se spécialise en anatomie pathologique aux Cliniques universitaires Saint-Luc dans le Service du Prof. Meersseman. En fin d'assistantat, elle obtient une bourse d'un an de résidanat à l'Hotel-Dieu, dans le Service de pathologie du Prof. Diebold.

Elle s'oriente vers la pathologie du tube digestif et devient membre actif de nombreuses sociétés savantes. Ses sujets de recherche de prédilection sont les lésions précancéreuses, les *early cancer* et la pathologie inflammatoire digestive. Elle défend une thèse de doctorat en Sciences biomédicales intitulée *Contribution au démemberment des gastropathies nodulaires et à gros plis* en 1990.

Anne Jouret-Mourin co-fonde le *working group* de pathologie digestive au sein de la Société belge de pathologie en 1996. Elle participe à l'enseignement de la pathologie digestive dans de nombreux cours internationaux d'endoscopie digestive, devient expert pour le KCE, reviewer pour plusieurs revues européennes, et auteur de nombreuses publications. Elle est éditeur responsable de l'ouvrage *Colitis : a practical approach to colon and ileum biopsy interpretation* (2018 - Springer).

Chef du Service d'anatomie pathologique de l'Hôpital civil de Tournai pendant 20 ans, Anne Jouret-Mourin est nommée responsable du Secteur de pathologie gastrointestinale aux Cliniques universitaires Saint-Luc en 2007, et devient ensuite chef du Service de pathologie de Saint-Luc en 2011.

Elle enseigne la pathologie spéciale en Médecine et en Médecine dentaire. Dans la formation des assistants, l'une de ses priorités, elle souligne que derrière chaque lame existe un patient souffrant, en attente d'un diagnostic correct.

Membre du bureau de la Société belge de pathologie depuis 2001, Anne Jouret-Mourin en assure la présidence de 2014 à 2017.

Mariée et mère de trois enfants, ses dix petits-enfants la comblent de joie.

## CHARLES PILIPILI



Né à Bukavu au Congo-Belge le 13 janvier 1953, Charles Pilipili termine ses études universitaires en sciences bucco-dentaires à l'UNAZA de Kinshasa en 1978, avec « Distinction ».

Assistant aux Cliniques universitaires de Kinshasa, il effectue un stage de 6 mois à la VUB et de 12 mois à l'ULB, avant un master de spécialisation en médecine dentaire pédiatrique à l'UCL, obtenu en 1984.

Consultant externe aux Cliniques universitaires Saint-Luc dès 1982, Charles Pilipili est dès le départ intégré dans l'enseignement comme suppléant du Pr. Demars en 1983. Le Pr. Dhem l'invite dans son laboratoire de morphologie humaine, et le conduit à une thèse de doctorat soutenue en 1993 avec « La plus grande distinction et les félicitations du Jury ». Il est nommé chargé de cours et accède au grade de Chef de clinique en 1999. Il est nommé professeur clinique en 2017.

Assumant la responsabilité du Service de dentisterie pédiatrique et soins dentaires aux handicapés depuis 2006, Charles Pilipili met en place, aux bénéfices des enfants et des personnes à besoins particuliers, un centre

de référence pour les soins dentaires sous sédation consciente au MEOPA.

Au travers des programmes Erasmus et Mercator, il participe à l'enseignement de sa spécialité dans plusieurs universités d'Europe, de Moyen-Orient ainsi que, via la cellule de coopération au développement du Secteur des sciences de la santé, d'Afrique. Charles Pilipili y mène de nombreux voyages humanitaires et, pendant 2 ans, y est nommé directeur pour le programme de formation continue par la Fédération dentaire internationale.

Cofondateur de l'Académie belge de dentisterie pédiatrique, Charles Pilipili en assume la présidence pendant 4 ans, ainsi que la présidence de la Conférence internationale des doyens et des facultés de chirurgie dentaire d'expression française de 2013 à 2017. Il assure le vice-décanat MEDE de 2013 à 2018.

## MARC REMACLE



Otorhinolaryngologue (ORL) de formation et agrégé de l'enseignement supérieur, Marc Remacle est nommé professeur académique à l'Université de Louvain et contribue au développement de la maîtrise en logopédie interuniversitaire, qui a associé l'UCL et l'ULB. Il s'oriente progressivement vers la laryngologie et la phoniatrie, qu'il exerce à temps plein.

Chef de service associé du Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale des Cliniques de Mont-Godinne jusqu'en 2015, Marc Remacle est actuellement coopérant dans le service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale du CHL (Luxembourg) où il est en charge de l'Unité des troubles de la voix et de la déglutition.

Sur le plan scientifique, ses travaux ont surtout porté sur la mise au point et le traitement des troubles de la voix. Son intérêt pour la chirurgie assistée au laser l'a conduit à contribuer au développement d'instruments comme le micromanipulateur et le scanner ou encore le guide d'onde Co2 qui ont permis une chirurgie de grande précision. Il a aussi mis au point des micro-instruments chirurgicaux. Initiateur, avec le Prof. Lawson, de la chirurgie robotique (TORS) en Belgique, Marc Remacle collabore actuellement

au développement d'un robot dédié à la chirurgie de la gorge, le *flex system*.

Membre de nombreuses sociétés scientifiques internationales, il a notamment été Secrétaire général de la Société européenne de laryngologie, dont il est membre fondateur, et premier membre étranger à assurer la présidence du Comité en charge des relations internationales de l'*American broncho-esophagological association*.

Auteur et co-éditeur de nombreuses publications, il a été président de la Confédération européenne d'ORL et de chirurgie cervico-faciale, qui réunit toutes les sociétés scientifiques liées à l'ORL. Président de la Société française de phoniatrie pour 2018, il est le premier non-Français élu à cette position.

## PIERRE SCALLIET



Pierre Scalliet débute ses études de médecine à Lille, de 1971 à 1973. Pour des raisons familiales, il les poursuit à l'UCL (alors encore à Leuven), pour être diplômé en juillet 1979, avec « Grande distinction ».

Après un cursus de médecine interne (1979-1983), Pierre Scalliet bifurque en fin de formation vers la radiothérapie (1983-1987). Il effectue des stages à l'UCL, Namur, Villejuif et Leuven, avant de travailler au laboratoire de radiothérapie expérimentale de la KUL entre 1985 et 1987 chez le Pr. Emmanuel Van der Schueren, qu'il considère comme son père spirituel. Pierre Scalliet termine son cursus par la défense de sa thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur à la KUL en 1991.

Après deux années de résidanat aux Cliniques universitaires Saint-Luc, Pierre Scalliet est nommé en 1989 chargé de cours à l'Université d'Anvers, et chef du Service de radiothérapie à l'AZ Middelheim au CPAS d'Anvers. En 1995, il devient Chef de service de radiothérapie aux Cliniques universitaires Saint-Luc et professeur ordinaire à l'UCL,

prenant la succession du Pr. A. Wambersie. Deux postes occupés « avec bonheur » jusqu'au 30 septembre 2018.

En dehors de ces activités cliniques, Pierre Scalliet a été administrateur et secrétaire général de l'*European Society for Therapeutic Radiology and Oncology* (ESTRO) pendant 7 ans, ce qui lui a ouvert de nombreuses portes à l'international. Également membre du bureau de l'*European Organisation for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) dans les années 90, il développe une expertise particulière en assurance de qualité, puis en Total Quality Management (TQM), domaine dans lequel il devient auditeur pour le compte de l'IAEA sur plusieurs continents, et formateur dans de multiples séminaires autour du monde. Il est également (co)auteur de nombreuses publications.

Marié, Pierre Scalliet est père de 6 enfants et déjà 3 fois grand-père.

## ERWIN SCHROEDER



Diplômé docteur en médecine de l'UCL en 1978, Erwin Schröder se spécialise en médecine interne et en cardiologie à l'UCL et à l'Université de Bâle. En 1985, il rejoint l'équipe du Prof. R. Krémer aux Cliniques de Mont-Godinne après deux années de formations supplémentaires en recherche, à l'Universitätsklinikum Eppendorf à Hambourg et à l'Université d'Iowa City (USA).

En 1995, il devient responsable de l'Unité de cardiologie interventionnelle. Il y introduit la prise en charge de l'infarctus myocardique par angioplastie coronaire directe dès 2002. Il développe une banque de données (Klinivision) en cardiologie interventionnelle qui reprend aujourd'hui plus de 23.000 procédures consécutives depuis la première procédure d'angioplastie coronaire réalisée à Godinne en 1982. Cette banque de données est l'outil par excellence pour l'évaluation de la qualité - complications intra-hospitalières et suivi à long terme.

L'évaluation de la qualité en cardiologie clinique a été la première préoccupation d'Erwin Schröder durant sa carrière. Dès 1993, il développe aussi avec le Prof. M. Buche des outils pour l'évaluation de la qualité en chirurgie cardiaque en comparant les complications observées aux complications prédites selon des scores validés.

Il est nommé professeur clinique en 2000, chef du Service de cardiologie en 2005, professeur ordinaire clinique en 2006 et chef du Département cardiovasculaire en 2006. De 1997 à 2006, il est directeur médical adjoint. Dès 2013, il s'investit dans la fusion des cliniques de Dinant et de Mont-Godinne. Il parvient à maintenir l'activité de cardiologie hospitalière à Dinant malgré de nombreuses difficultés. Conscient de l'absence d'un hinterland naturel pour justifier un programme de cardiologie complet sur le site de Godinne, il continue à s'engager personnellement dans différentes institutions du réseau de cardiologie.

## EMILE VAN SCHAFTINGEN



Né à Wasmes le 27 août 1953, Emile Van Schaftingen est diplômé médecin de l'UCL en 1978. Il est alors déjà, depuis 1973, étudiant-chercheur au sein du laboratoire du Pr. Henri-Géry Hers, avec le Pr. Louis Hue comme superviseur.

De 1978 à 1986, il devient chercheur plein-temps dans ce même laboratoire, à l'ICP (aujourd'hui rebaptisé Institut de Duve), et est titulaire de plusieurs mandats du FNRS, de 1985 à 1995.

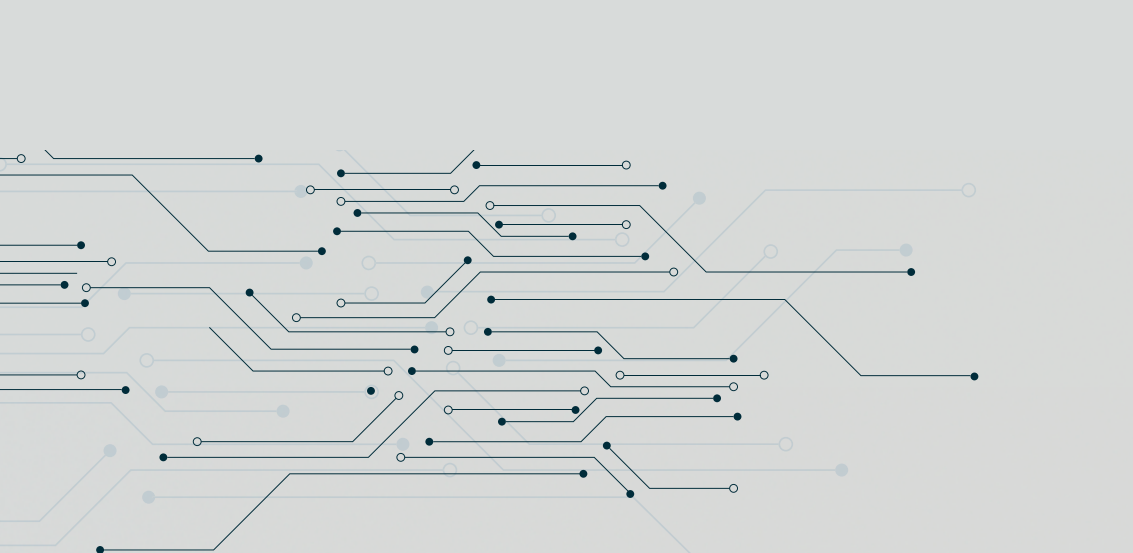
En 1980, avec les Prs. L. Hue et H-G. Hers, Emile Van Schaftingen fait la découverte du Fructose-2,6-bisphosphate, un régulateur majeur de la glycolyse. Il en fera son sujet de thèse d'agrégation, défendue avec succès en 1985.

En 1986, il séjourne durant deux ans dans le laboratoire du Pr. Benoît de Crombrugge, aux *National Institutes of Health*, Bethesda (USA). Il revient à l'ICP en 1987 et y fonde une équipe de recherche. Membre du directoire de l'ICP en 1995, Emile Van Schaftingen en assure la direction à partir de 2004.

En 1995, Emile Van Schaftingen est nommé chargé de cours à l'UCL, puis professeur ordinaire en 1997.

Emile Van Schaftingen est l'auteur de plusieurs découvertes importantes depuis 1987: celle de la protéine régulatrice de la glucokinase (1989) ; l'élucidation d'une douzaine d'erreurs innées du métabolisme, dont, avec le Pr. Jaak Jaeken (KULeuven), le défaut le plus fréquent de glycosylation des protéines (1995) ; la découverte de nombreuses enzymes du métabolisme intermédiaire, de la déglycation des protéines et de nombreux mécanismes de réparation métabolique.

Emile Van Schaftingen est lauréat du Prix des Alumni (1983), du Minkowski Prize (EASD - 1992) et du Prix van Gysel (2003).



« Le médecin et le patient dans le monde des data, des robots, des algorithmes et de l'intelligence artificielle ».



**JEAN-GABRIEL GANASCIA**

Jean-Gabriel Ganascia est professeur d'informatique à Sorbonne Université (Paris), chercheur en intelligence artificielle, président du comité d'éthique du CNRS et auteur du **« Mythe de la singularité. Faut-il craindre l'intelligence artificielle ? »** (Seuil, 2017).

## L'alcool, histoire d'un pharmakon<sup>(1,2)</sup>

Le pharmakon, terme d'origine grecque, signifie à la fois remède et poison. L'histoire de l'alcool est celle d'un breuvage longtemps considéré comme un remède et ensuite comme un poison.

L'Australopithèque a peut-être découvert par hasard l'alcool dans la nature, résultat de la fermentation spontanée de fruits dans une eau dormante chauffée au soleil. Il a pu en constater les effets positifs sur la fatigue, la douleur, l'humeur. L'hydromel, vin de miel, premier alcool artisanal s'est largement répandu. Il a fallu, pendant l'âge néolithique, l'apparition du feu, de la culture des céréales, de la céramique et de l'usage de la poterie pour voir créer la bière (plus présente dans le nord de l'Europe en raison du peu de fruits) et le vin (plus présent dans le sud en raison de la chaleur pour la vigne). Plus de quatre millénaires avant notre ère, la bière était connue à Babylone, en Mésopotamie et avait sa déesse: Nidaba. Là comme en Egypte, elle est devenue une boisson nationale, taxée par l'état. Historiquement et géographiquement, la naissance du vin est plus discutée: en Arménie avec l'Arche de Noé ? En Italie, dans le Chianti, avec les Etrusques ? En Mésopotamie ou en Egypte ? Dionysos, fils de Zeus, en aurait ramené la recette en Grèce. Hippocrate n'en dit pas grand-chose.

C'est à l'empire romain qu'est due l'expansion du vin, parallèle à celle de l'empire: civiliser, propager le vin et planter des vignes dans les pays conquis. Les romains étaient de grands consommateurs, utilisaient le vin dans la cuisine. La viticulture importante source de richesse s'est étendue vers le nord, à partir de Marseille et de la Provence.

Le christianisme conquiert l'Europe occidentale en même temps que le vin. Lors de l'invasion barbare et de la chute de l'empire romain, évêques et moines sauvent la viticulture et assurent son développement. Outre son usage sacré avec la communion sous les deux espèces, le vin est festif pour le peuple (et à une époque, il y eut jusqu'à 150 jours de fête) et signe d'accueil: le "vin d'honneur" était offert par les évêques à des hôtes comme le roi, par les moines aux pèlerins. Les Cisterciens, grands propriétaires de vigne ont créé le Clos Vougeot. A la fin du moyen-âge, la France entière était couverte de vignes. Sont apparus le verre à boire (les plus précieux venaient de Murano), les alcools forts obtenus par distillation et plus tard le champagne. Dom Pérignon a pu réaliser la deuxième fermentation, en bouteille, grâce au bouchon de liège. Autre moine célèbre: Rabelais, franciscain.

Et le pharmakon ? A l'époque, les boissons alcoolisées étaient un remède et les médecins contribuaient à l'alcoolisation des malades car le vin était censé faciliter

la digestion, augmenter la vigueur, favoriser l'exonération et même conforter la digestion au niveau du foie. L'alcool distillé était une "eau de vie" (Aquavit). Au Grand Béguinage de Malines, les malades recevaient de la bière. L'excès, l'ivrognerie, étaient punis mais la toxicité chronique était inconnue.

L'histoire de l'absinthe, concentre tous les aspects et les problèmes de l'alcool. L'absinthe est extraite d'une plante: *Artemisia absinthum* (NB: *Artemisia annua* contient un composé à l'origine de l'artémisine, antimalarique). Des extraits ont été utilisés par les Egyptiens (papyrus d'Ebers), par Dioscoride comme vermifuge, au Moyen-Age comme remède contre la fièvre et fortifiant (Hildegard von Bingen). Au 19<sup>e</sup> siècle, la distillation réalisée par Pernod a permis la liqueur d'absinthe qui s'est répandue entre autre dans les milieux artistiques à cause de son aspect psychostimulant: Musset, Maupassant, Verlaine, Baudelaire, Rimbaud, Apollinaire. Le rituel consistait à mettre au fond d'un verre un peu de liqueur de couleur verte, de mettre un sucre dans une cuillère percée et de laisser couler un peu d'eau sur le sucre qui diluait ainsi l'absinthe et en cachait le goût amer. En 1913, la production française était de 50 millions de litres. Mais le remède contenait un poison: la thuyone, un puissant neurotoxique. L'absinthe a été interdite en France en 1915: la fée verte était devenue sorcière. C'est le seul exemple de prohibition réussie... et justifiée.

L'alcool-médicament s'est longtemps maintenu dans notre thérapeutique. Au 19<sup>e</sup> siècle, Laennec recommandait une once d'eau de vie au coucher, dans une infusion, à certains malades. Todd en Grande-Bretagne prescrivait l'alcool comme remède dans les maladies ou d'adynamie dominait. La pharmacopée universelle de Paris incluait 164 vins. C'est dire que les médecins étaient des alcoolothérapeutes (efficaces). Le vin était aussi considéré comme un aliment, une bouteille étant presque l'équivalent de cinq cent grammes de viande de bœuf.

Devant les méfaits sociaux de la consommation croissante de spiritueux et après l'apparition des mouvements de tempérance, les alcools forts ont été distingués des "boissons hygiéniques" (bière et vin), distinction encore présente chez les patients (docteur, je ne bois pas d'alcool, je ne prends que de la bière). "Le vin chasse l'alcool", aphorisme du 19<sup>e</sup> siècle était admis par les médecins catholiques des pays producteurs vinicoles. En 1930, le ministre de l'Instruction publique en France recommandait, avec l'appui d'illustres professeurs de médecine, aux maîtres de l'enseignement primaire d'expliquer la valeur biologique et hygiénique du vin, le meilleur médicament contre l'alcoolisme.

Ce n'est qu'au milieu du 19<sup>e</sup> siècle que l'alcool devient un problème médical et que sa toxicité chronique est reconnue. "Alcoholismus chronicus" est publié en 1849 par Huss, clinicien suédois qui décrira par exemple la polynévrite alcoolique. La neurotoxicité de l'alcool (et ses aspects psychiatriques) sera la première reconnue: 1813 delirium tremens – 1881 encéphalopathie de Gayet-Wernicke – 1889 syndrome de Korsakoff. En ce siècle où les maladies infectieuses dominent, les critères de causalité sont inconnus et les premiers (critères de Koch) concerneront les infections. La cirrhose illustre le problème. Laennec a décrit cliniquement et histologiquement la cirrhose mais ne l'a pas attribuée à l'alcool. L'association alcool-cirrhose sera controversée jusqu'à la deuxième moitié du 20<sup>e</sup> siècle où l'apparition des statistiques médicales et de l'épidémiologie permettront à Pequignot d'établir formellement et de préciser ce lien de causalité. Autre exemple: la pancréatite chronique, son lien avec l'alcool et la pancréatite aiguë, bien étudiées par Sarles il y a 50 ans. En 1968, P. Lemoine a décrit le syndrome d'alcoolisation fœtal, qui a pour corollaire l'abstinence complète recommandée aux femmes enceintes.

Alors, abstinence... et prohibition ou tempérance? Au 19<sup>e</sup> siècle apparaissent les mouvements de tempérance, d'abord aux USA et en Grande-Bretagne, ensuite en France où l'alcool est considéré comme une cause de dégénérescence et accusé d'avoir contribué à la défaite de 1870 face aux Prusses et aux excès des communes. Aux Etats-Unis, le mouvement anti-alcool finira par obtenir un 18<sup>e</sup> amendement à la Constitution, proclamant en 1920 la prohibition totale de l'alcool. Dans un premier temps, les effets positifs dominent: chute des hospitalisations pour alcoolisme, réduction de l'incidence de la cirrhose mais les effets négatifs suivent: fabrication d'alcools frelatés encore plus toxiques – fraude et contrebande (c'est la période d'Al Capone). La prohibition sera révoquée en 1933<sup>(3)</sup>.

En 1931, dans un livre de régimes<sup>(4)</sup> Fiessinger écrit : "Rappelons-nous que si ceux qui se livrent à des abus excessifs meurent souvent jeunes, ceux qui suivent tout de suite pour le grand départ sont des buveurs d'eau. Les consommateurs modérés de vin, ce sont eux qui détiennent le palme de longévité". Sans doute, ceux qui savent goûter le vin savent goûter la vie.

L'alcool n'est pas le seul exemple de pharmakon. Fin du 19<sup>e</sup> siècle, l'héroïne a été synthétisée par Bayer comme antitussif avant d'être bannie comme remède et considérée parmi les poisons. La morphine, et d'autres opioïdes de synthèse, analgésique puissant largement recommandé sont à l'origine d'une épidémie de décès par surdosage aux USA. La chimiothérapie anticancéreuse est une

thérapeutique efficace, mais transitoirement empoisonne la vie des patients. Tout médicament est "biface", intentionnellement curateur, potentiellement destructeur. Heureusement, nous n'en sommes plus à l'équation plainte = médicament. Heureusement, nous pouvons progressivement personnaliser certains traitements grâce à la pharmacogénétique. Heureusement, la chronothérapie nous aidera à donner les substances thérapeutiques au meilleur moment. Par exemple, chez la souris, une grosse dose de paracétamol est bien tolérée en prise matinale, détruit le foie en prise vespérale<sup>(5)</sup>.

Alors, l'alcool, remède ou poison ? C'est peut-être un remède (non médical) dans la mesure, certainement un poison dans la démesure. Dans un article publié en août 2018 dans le British Medical Journal, une étude prospective de près de 10 000 personnes évalue le risque de démence, augmenté chez ceux qui consomment plus de 14 doses d'alcool par semaine, mais aussi chez les abstinents: effet protecteur de petites doses ? Une autre étude d'août 2018, dans le Lancet, revoit plusieurs centaines de publications et estime que les risques pour la santé sont toujours présents et proportionnels à la dose et donc commencent avec un verre !

## REFERENCES

1. Fouquet P, M. De Borde M. Le roman de l'alcool. 1985 Ed. Seghers
2. Sournia JC. Histoire de l'alcoolisme. 1986 Flammarion
3. Musto DF. Alcohol in American History. Sci-AM. April 1996; 64-69
4. Fiessinger Ch. Vingt régimes alimentaires en clientèle. 1931: Ed. Maloine
5. Greenwood. The clock within our cells. Scient. Amer. July 2018; 319:42-49

## *La mémoire des doigts*



*"Je ne sais pas pourquoi  
Cette mélodie me fait penser à Chopin  
Je l'aime bien, Chopin  
Je jouais bien Chopin  
Chez moi à Varsovie."*

*Bécaud. Le pianiste de Varsovie.*

Moment de grâce. Je termine mes écritures aux Jardins de la mémoire, quand me parviennent quelques notes de Chopin. Dans sa chambre, une résidente nonagénaire dont la mémoire s'est perdue joue. Son piano est le seul compagnon rescapé de sa vie antérieure, et il me semble qu'elle lui confie le récit de son existence, et ce qu'elle en espère encore. Ses compagnes d'étage sont en ergothérapie, rêvassent assises en cercle ou écoutent de vieilles chansons des années 50, elle joue Chopin et Varsovie. Je reste un moment, intrigué par ces doigts qui courent sur le clavier, agiles, et la mémoire intacte de ces notes venues de l'origine de sa vie. Et si, vieillissant, l'essentiel n'était pas ce qu'on perd mais ce qu'on conserve, qui sans doute représente le meilleur de nous-même ? Soudain elle découvre ma présence, sourit, sort une partition jaunie et entame "Couleur Tendresse" de Richard Clayderman. On ne saurait mieux résumer ma matinée.