

**OCTOBRE 2022**

Revue de la Faculté de médecine et de médecine dentaire de l'UCLouvain



**Louvain  
médical**

**Évaluation du risque vasculaire : SCORE 2**

**Chirurgie bariatrique**

**Financement hospitalier**

**Thrombose et hémostasie chez la femme**

**186<sup>ème</sup> Promotion des Médecins UCLouvain**

## 10 BONNES RAISONS DE S'ABONNER AU LOUVAIN MÉDICAL

1. Enrichir et maintenir ses connaissances dans toutes les disciplines
2. Cultiver son appartenance à l'UCLouvain et au Réseau Santé Louvain (RSL)
3. Maintenir le lien via l'Association des Médecins Alumni (AMA)
4. Apprécier une version papier de haute qualité
5. Naviguer avec aisance sur un site internet en constante mutation
6. Garantir l'indépendance scientifique via son abonnement
7. S'abonner pour un coût très raisonnable
8. Se faire plaisir ou l'offrir à son équipe et ses assistant.e.s
9. Redécouvrir une revue dynamique que vous avez peut-être un peu négligée ou oubliée
10. Rejoindre la communauté des lecteurs, auteurs et experts qui assurent la vivacité de la revue



### REVUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET MÉDECINE DENTAIRE

#### Médecins

revue papier et online + application mobile..... 120€ TVAC  
revue online uniquement site internet + application mobile ... 100€ TVAC

#### Médecins retraités, Maccs, Etudiants

revue papier et online + application mobile ..... 60€ TVAC

#### Etudiants, Maccs 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> année

accès online..... gratuit

### À VERSER SUR LE COMPTE LOUVAIN MÉDICAL

ING BE91 3100 3940 0476 - BIC : BBRUBEBB

Communication : Abonnement 2023

Cotisations déductibles fiscalement

### CONTACT

Isabelle ISTASSE - Responsable de l'édition  
Av. E. Mounier 52/B1.52.14 - B-1200 Bruxelles - Belgique

Tél. : 02 764 52 65 - Isabelle.Istasse@uclouvain.be

[www.louvainmedical.be](http://www.louvainmedical.be)

## COMITÉ D'HONNEUR

Fr. HOUSSIAU

► Vice-recteur du Secteur des Sciences de la Santé

F. SMETS

► Doyenne de la Faculté de Médecine et Médecine dentaire

PH. HAINAUT, A. PASQUET,

G. RICHARD, E. SCHRÖDER

► Bureau de la Commission d'Enseignement Continu

J.M. LACHAPPELLE, A. SIMONART †,

M. DE VISSCHER † et J. CRABBE †,

► anciens directeurs de la Revue

M. BUYSSCHAERT, J. PRIGNOT † et C. HARVENGT †

► anciens rédacteurs en chef de Louvain Médical

## RÉDACTION

Rédacteur en chef

► C. HERMANS

Rédacteur en chef adjoint

► A. PASQUET

Comité éditorial :

► C. HERMANS, M. BUYSSCHAERT,  
O.S. DESCAMPS, J.M. MALOTEAUX,  
A. PASQUET.

Comité de lecture :

► M. BUYSSCHAERT	M. GRAF	J.L. MEDINA
B. BOLAND	PH. HANTSON	R. OPSOMER
Y. BOUTSEN	V. HAUFROID	D. PESTIAUX
I. COLIN	M.P. HERMANS	V. PREUMONT
E. CONSTANT	F. HOUSSIAU	C. REYNAERT
CH. DAUMERIE	J. JAMART	CH. SCAVÉE
E. DE BECKER	A. KARTHEUSER	E. SOKAL
S. DE MAEGHT	P. LALOIX	P. STARKEL
O. DESCAMPS	M. LAMBERT	C. SWINE
O. DEVUYST	CH. LEFEBVRE	D. TENNSTEDT
S.N. DIOP	A. LUTS	J.P. THISSEN
J. DONCKIER	D. MAITER	B. TOMBAL
A. FERRANT	J.M. MALOTEAUX	D. VANPEE
P. GIANELLO	L. MAROT	J.C. YOMBI

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

M. BUYSSCHAERT ► président

A. PASQUET ► trésorier

O.S. DESCAMPS ► secrétaire

Administrateurs :

► M. BAECK	Fr. HOUSSIAU	A. PASQUET
O.S. DESCAMPS	C. MINGUET	J.M. MALOTEAUX
C. HERMANS	J. MORELLE	F. SMETS

## ÉDITION

► Louvain Medical asbl,  
avenue E. Mounier 52/B1.52.14 - 1200 Bruxelles  
Contact : Tel. 32 2 764.52.65 - Fax : 32 2 764.52.80  
isabelle.istasse@uclouvain.be  
ISSN : 0024-6956 / TVA BE 0445.001.455

Président du Conseil  
d'Administration

Pr. Martin Buysschaert

Rédacteur adjoint  
Pr. Agnès Pasquet

Rédacteur en chef  
Pr. Cédric Hermans

Responsable de l'édition

Mme Isabelle Istasse

## ABONNEMENTS (DIX NUMÉROS PAR AN)

- Papier + site Internet : médecins 110 € ;  
pensionnés : 55 € ; étudiants et maccs : 55 € (TVAC)
- site Internet + app' mobile ios et Android : 95 € (TVAC)

ING • IBAN : BE91 3100 3940 0476  
BIC : BBRUBEBB

Louvain Médical est également accessible sur l'internet à l'adresse  
suivante : [www.louvainmedical.be](http://www.louvainmedical.be)

Un accès personnalisé est offert aux étudiants de master ainsi  
qu'aux assistants de 1<sup>re</sup> et 2<sup>e</sup> année.

## CONSEILLERS EN STATISTIQUES

► J. Jamart, Fr. Zech

## RÉGIE PUBLICITAIRE

JEAN-PIERRE FELIX ► Gsm : + 32 (0) 475 28.39.63

E-mail : [jean.pierre.felix@skynet.be](mailto:jean.pierre.felix@skynet.be)

Louvain Médical est la revue de la Faculté de médecine et  
médecine dentaire de l'UCLouvain (Université catholique de  
Louvain). Indexée dans Elsevier, Scopus.

Les informations publiées dans Louvain Médical ne peuvent  
être reproduites par aucun procédé, en tout ou en partie, sans  
autorisation préalable écrite de la rédaction.

## COUVERTURE

Sergey Nivens - stock.adobe.com

Revue mensuelle de la Faculté de médecine et médecine dentaire,  
des Médecins anciens étudiants,  
du Cercle médical Saint-Luc et de la Commission  
d'Enseignement Continu Universitaire

[www.louvainmedical.be](http://www.louvainmedical.be)

# SOMMAIRE

OCTOBRE 2022

## ACTUALITÉS

### SCORE 2 : la nouvelle table pour évaluer le risque de maladie cardiovasculaire

Guy De Backer, Fabian Demeure, Olivier Descamps, Dirk De Bacquer..... 386

## MÉDECINE GÉNÉRALE

### Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ? Étude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients

Charline Bronchain, Thérèse Leroy, Ségolène de Rouffignac..... 392

## MÉDECINE ET SOCIÉTÉ

### Le financement de l'activité hospitalière en Belgique

Guy Durant ..... 403

## OPHTALMOLOGIE

### L'accompagnement du patient en cas d'inaptitude à la conduite automobile

Laurent Levecq, Margot D'Affnay, Alice Bughin..... 406

## ORTHOPÉDIE ET TRAUMATOLOGIE

### Taux de survie à moyen terme de la cupule à double mobilité Polarcup® dans l'arthroplastie primaire de hanche

Juan Toussaint, Julien Vanderplasschen, Didier Postlethwaite..... 411

# SOMMAIRE

OCTOBRE 2022

## CAS CLINIQUE

**Syndrome des anticorps antiphospholipides, une cause méconnue  
d'accidents thrombotiques multiples et variés**

Camille Desender, Pascal Fajardo, Nicolas Eppe, Fleur André-Mathieu,  
Ludivine Hougardy.....

418

## RÉSUMÉS DES WEBINAIRES 2022

**Thrombose et hémostasie chez la femme**

Cédric Hermans, Catherine Lambert.....

423

## AMA CONTACTS 122

430

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

.....

433

## SCORE 2 : la nouvelle table pour évaluer le risque de maladie cardiovasculaire

Guy De Backer, Fabian Demeure, Olivier Descamps, Dirk De Bacquer

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 386-391*

En bref

La table "SCORE 2 faible risque" a été récemment développée pour estimer le risque de maladie cardiovasculaire, en remplacement de la table "SCORE-Belgique".

La prévention primaire des maladies cardiovasculaires (MCV) est possible et nécessaire ; le choix de la stratégie la plus optimale pour y parvenir dépend du risque global d'un individu donné de développer une MCV. Pour l'estimer, il est préférable d'utiliser le modèle le plus approprié d'évaluation du risque. Jusqu'à présent, l'utilisation de la table de risque SCORE calibrée pour la Belgique était recommandé. Toutefois, une nouvelle table de risque (SCORE 2) qui présente certains avantages vient d'être développée tout récemment. Cette table dite "SCORE 2 faible risque" est maintenant recommandée pour la Belgique. Son utilisation est simple et permet de répartir la population adulte asymptomatique selon trois catégories de risque de maladies cardiovasculaires (CV) : faible à modéré, élevé ou très élevé. La prise en charge en matière de prévention s'adaptera ainsi selon ces catégories.

Un recalibrage de la table "SCORE 2 faible risque" ne semble pas nécessaire pour la Belgique, mais en général on peut dire que ce modèle semble sous-estimer le risque CV total dans notre pays, ce qui est tout à fait conforme à la place de notre pays parmi les pays considérés comme à "faible risque CV".

## Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ?

Étude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients

Charline Bronchain, Thérèse Leroy, Ségolène de Rouffignac

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 392-402*

En raison de la prévalence croissante de l'obésité, la chirurgie bariatrique est devenue une option thérapeutique efficace, entraînant une perte pondérale importante et une diminution des comorbidités associées. Cette intervention est un acte thérapeutique invasif, induisant des transformations rapides tant corporelles que psychologiques et nécessitant une discipline post-opératoire sérieuse. Sept patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique ont été interrogés via des entretiens individuels semi-dirigés, dans le but de mieux comprendre leur vécu et de clarifier la place que peut prendre le médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique. L'analyse qualitative des témoignages révèle différentes phases émotionnelles par lesquelles les patients peuvent passer une fois que le processus d'intervention chirurgicale est enclenché. Le médecin généraliste, présent en première ligne, a un rôle crucial dans l'accompagnement des patients face aux changements et dans l'identification des signes précoces d'une souffrance psychologique, à condition d'être attentif de manière continue à l'évolution émotionnelle des patients. Il pourrait également être un relai vers les aides disponibles et en informer le patient.

## Le financement de l'activité hospitalière en Belgique

Guy Durant

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 403-405*

Comment nos hôpitaux, et les médecins qui y travaillent, sont financés ? Selon quel mode de calcul et quelles modalités les fonds sont-ils alloués ? L'auteur de l'article présente son livre sur le sujet. Il y explique les constituants du financement hospitalier belge, le compare à ce qui se fait à l'étranger, expose ses points forts et ses faiblesses, et évoque la réforme ambitieuse projetée par le Ministre Vandenbroucke.

## L'accompagnement du patient en cas d'inaptitude à la conduite automobile

Laurent Levecq, Margot D'Affnay, Alice Bughin

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 406-410*

Le rôle du médecin ne se limite plus à simplement tenter de faire prendre conscience à son patient de sa déficience physique ou cognitive pour espérer le voir renoncer en tout ou en partie à la conduite. Il doit l'accompagner et l'informer de l'existence dans

certains cas, de restrictions ou de conditions à la conduite, qui permettent de continuer de conduire sans risques de sanctions pénales ou financières. Pour les rares cas où le dialogue n'est plus possible alors que l'inaptitude est avérée et représente un risque réel pour lui ou pour des tiers, le médecin peut s'affranchir du secret médical au prix d'une action progressive et proportionnelle sans risque de sanctions déontologiques ou pénales.

## Taux de survie à moyen terme de la cupule à double mobilité Polarcup® dans l'arthroplastie primaire de hanche

Juan Toussaint, Julien Vanderplasschen, Didier Postlethwaite

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 411-417*

Le but de cette étude est d'évaluer la survie à moyen terme d'une cupule à double mobilité (D.M.) de nouvelle génération : Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) dans l'arthroplastie primaire de hanche au sein d'une population âgée de plus de 70 ans (l'âge moyen de notre cohorte est de 80 ans). En comparaison avec d'autres études, nos résultats sont similaires en termes de taux de survie d'implant à moyen terme (100% à 9 ans de follow-up pour notre étude concernant les cotyles D.M. avec néanmoins 9 fractures péri-prothétiques du fémur à distance de l'opération). Ce type de cupule est indiqué chez les patients ayant un risque élevé de luxation, patients avec un âge élevé (> 70 à 75 ans), pathologies neurologiques, alcoolisme, faible trophicité musculaire, reprise de prothèse et pathologie tumorale nécessitant un cimentage de la cupule dans un anneau de reconstruction type croix de Kerboul. Des problèmes d'usure sont survenus au début de l'utilisation des cotyles D.M. de première génération car l'état de surface et la géométrie du col prothétique interviennent dans ces phénomènes d'usure, amenant à privilégier actuellement des tiges avec cols lisses dépourvus d'encoche d'extraction et de polyéthylène hautement réticulé. Actuellement, malgré un taux d'usure et de survie comparable au polyéthylène fixe, le risque de luxation intra-prothétique (2%) propre à ce type d'implant, doit rendre leur indication prudente notamment chez les sujets jeunes et actifs (1).

Une utilisation plus répandue chez les patients de plus de 70 ans confortée par la réduction significative du risque de luxation et des résultats de survie des implants D.M. de nouvelle génération à moyen terme très favorable comme le démontre le registre australien 2021 pourrait amener à un avantage économique conséquent (2).

## Syndrome des anticorps antiphospholipides, une cause méconnue d'accidents thrombotiques multiples et variés

Camille Desender, Pascal Fajardo, Nicolas Eppe, Fleur André-Mathieu, Ludivine Hougardy

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 418-422*

Le syndrome des anticorps antiphospholipides est un désordre thrombotique acquis auto-immun décrit depuis 1906 et dont la prévalence est de 40 à 50 pour 100.000 personnes. La physiopathologie, complexe, reste encore mal comprise actuellement. L'ensemble des organes peut être touché. Les symptômes sont très variés et en relation avec des événements thrombotiques ou thrombo-emboliques multiples. Ces événements découverts chez des patients jeunes, doivent nous faire envisager ce diagnostic, en ce compris les événements obstétricaux. La morbi-mortalité du syndrome des anticorps antiphospholipides en fait une urgence diagnostique et thérapeutique.

## Thrombose et hémostasie chez la femme

Cédric Hermans, Catherine Lambert

*Louvain Med 2022 octobre; 141 : 423-429*

Les troubles de la coagulation, de nature thrombotique ou hémorragique, affectent de nombreuses femmes tout au long de leur vie. Nous proposons un résumé du Webinaire consacré aux risques de thromboses favorisées par les traitements hormonaux, à la pertinence des bilans thrombophiliques et finalement au diagnostic et à la prise en charge des maladies hémorragiques dont la présence doit être évoquée chez toute femme présentant des hémorragies inhabituelles, notamment gynécologiques.

# SCORE 2 : la nouvelle table pour évaluer le risque de maladie cardiovasculaire\*

Guy De Backer<sup>1</sup>, Fabian Demeure<sup>2</sup>, Olivier Descamps<sup>3</sup>, Dirk De Bacquer<sup>1</sup>

## SCORE 2: a new model to estimate total cardiovascular risk

Primary prevention of cardiovascular disease (CVD) is actually needed, though poorly implemented as yet. The choice of the most optimal preventive strategy depends on the total cardiovascular (CV) risk of a given person. Several models have been developed to estimate total CV risk. Until recently, the SCORE model, calibrated for Belgium (SCORE-Belgium), has been recommended for that purpose.

A new model has now been developed and validated (SCORE 2), with certain advantages. Four systems have been advocated, and the 'SCORE 2 low-risk' system has been recommended for implementation in Belgium. This easy-to-use model allows for the stratification of the apparently healthy adult population into subgroups at low-to-moderate, high, and very-high total CV risk, so that preventive strategies can then be adapted accordingly. A recalibration of this 'SCORE 2 low-risk' model for Belgium seems unnecessary. The international model likely underestimates slightly the total CV risk in the population, which is in accordance with the position of Belgium as one of the countries with the highest CV mortality rates among the 10 countries considered being at 'low CV risk'. Indeed, this only marginal difference does not justify a recalibration of the international model.

### KEY WORDS

SCORE 2, cardiovascular prevention, LDL cholesterol, cardiovascular risk factors

## En bref

La table "SCORE 2 faible risque" a été récemment développée pour estimer le risque de maladie cardiovasculaire, en remplacement de la table "SCORE-Belgique".

La prévention primaire des maladies cardiovasculaires (MCV) est possible et nécessaire ; le choix de la stratégie la plus optimale pour y parvenir dépend du risque global d'un individu donné de développer une MCV. Pour l'estimer, il est préférable d'utiliser le modèle le plus approprié d'évaluation du risque. Jusqu'à présent, l'utilisation de la table de risque SCORE calibrée pour la Belgique était recommandée. Toutefois, une nouvelle table de risque (SCORE 2) qui présente certains avantages vient d'être développée tout récemment. Cette table dite "SCORE 2 faible risque" est maintenant recommandée pour la Belgique. Son utilisation est simple et permet de répartir la population adulte asymptomatique selon trois catégories de risque de maladies cardiovasculaires (CV) : faible à modéré, élevé ou très élevé. La prise en charge en matière de prévention s'adaptera ainsi selon ces catégories.

Un recalibrage de la table "SCORE 2 faible risque" ne semble pas nécessaire pour la Belgique, mais en général on peut dire que ce modèle semble sous-estimer le risque CV total dans notre pays, ce qui est tout à fait conforme à la place de notre pays parmi les pays considérés comme à "faible risque CV".

\* Cet article est la traduction avec quelques adaptations pour le français d'un article intitulé « SCORE 2: een nieuw model om het risico op cardiovasculaire ziekten in te schatten » et accepté pour publication par le « Tijdschrift voor Geneeskunde en Gezondheidszorg » dont les auteurs sont De Backer Guy et De Bacquer Dirk.

## INTRODUCTION

La prévention primaire des maladies cardiovasculaires d'origine athérosclérotique (MCVA) chez les personnes asymptomatiques reste très importante étant donné l'incidence de ces maladies et leur impact sur la mortalité précoce et la qualité de vie. De récentes analyses réalisées en 2018 confirmaient encore que les maladies coronariennes constituaient la deuxième cause de perte en qualité de vie dans notre pays ([www.belgiqueenbonnesante.be](http://www.belgiqueenbonnesante.be)).

Il est clair actuellement que la prévention primaire des MCVA est possible et se révèle même économiquement avantageuse. L'utilité et la sécurité d'une telle prévention avaient déjà été démontrées en Belgique dès 1983 dans l'essai clinique randomisé contrôlé appelée « Belgian Heart Disease Prevention Project » (1) et se sont confirmées par la suite dans de nombreuses autres études.

La prévention primaire des MCVA fait l'objet de recommandations de la Société Européenne de Cardiologie (ESC), dont la dernière version a été présentée lors de son congrès de 2021 (2). Cependant, leurs applications semblent encore insatisfaisantes, comme l'a d'ailleurs montré la dernière étude EUROASPIRE V chez des sujets indemnes de MCVA mais à risque cardiovasculaire élevé (3).

La prévention primaire des MCVA repose principalement sur l'amélioration du mode de vie, consistant à adopter une alimentation saine, à pratiquer une activité physique suffisante et à ne pas fumer. Mais il est nécessaire aussi d'envisager la prescription pour mieux contrôler encore les facteurs de risque CV. C'est le cas, notamment, lorsque l'arrêt du tabac ou l'adaptation d'un mode de vie plus équilibré restent difficiles, ou lorsqu'une hypertension artérielle, un taux élevé de cholestérol LDL ou un diabète de type 2 ne peuvent être suffisamment contrôlés.

## STRATÉGIES DE PRÉVENTION PRIMAIRE

Le choix de la stratégie de prévention la plus optimale pour une personne donnée dépend de son risque CV global. Celui-ci varie en fonction des différents facteurs de risque qui peuvent interagir de manière complexe. Ainsi, pour estimer ce risque CV global chez des adultes apparemment en bonne santé, des modèles mathématiques et statistiques ont été développés. L'objectif est d'utiliser ces modèles pour catégoriser la population adulte asymptomatique en sous-groupes selon leur risque CV global et ainsi d'adapter la stratégie de prévention en conséquence : plus ce risque est élevé, plus l'approche est intensive. Depuis des décennies, l'utilisation de ces modèles fait partie intégrante des recommandations émises par des groupes d'experts internationaux pour prévenir les MCV. Ainsi, en Europe, sont principalement utilisées les recommandations émises sous la coordination

de la Société Européenne de Cardiologie (*European Society of Cardiology* ou ESC). Les versions 2003 (4), 2007 (5), 2012 (6) et 2016 (7) recommandaient l'utilisation de la table de risque « SCORE » développée pour l'Europe (8). Cette table estime le risque à 10 ans de mortalité CV sur base des données de 12 études prospectives, dont une réalisée en Belgique. L'un des avantages de cette table est qu'elle peut être calibrée à partir de données nationales, pour la faire correspondre plus étroitement à la situation réelle du pays dans lequel elle est utilisée. La table SCORE calibrée et validée pour la Belgique (SCORE-Belgique) (9) a été recommandée et a été utilisée jusqu'à présent pour classer la population adulte apparemment saine en sous-groupes de risque de MCVA (risque faible, modéré, élevé et très élevé) et pour adapter la stratégie de prévention en conséquence.

## SCORE 2 : UNE NOUVELLE TABLE D'ESTIMATION DU RISQUE CV GLOBAL

La table SCORE telle qu'utilisée jusqu'à présent avait ses limites : certaines des cohortes sur lesquelles les résultats étaient basés dataient des années 1970 et 1980 et il est clair qu'entre-temps, la mortalité CV a considérablement évolué dans de nombreux pays. Cette mortalité CV n'est maintenant plus que la partie émergée de l'iceberg que sont les syndromes coronariens. Pour estimer le risque global de MCVA, il est donc préférable d'utiliser un modèle qui inclut la morbidité et la mortalité des MCVA. Un nouveau modèle qui répond à ces exigences – la table SCORE 2 – a récemment été développé et publié (10). Cette table SCORE 2 est basée sur les observations de 45 études européennes prospectives plus récentes dans lesquelles non seulement les événements CV fatals mais aussi les événements non fatals ont été répertoriés. La table SCORE 2 estime ainsi le risque de morbidité et mortalité CV à 10 ans en fonction de l'âge, du sexe, du tabagisme, de la pression artérielle systolique et du taux de cholestérol non-HDL. Étant donné les grandes différences entre les pays européens, quatre tables de risque ont été établies, dont une pour les pays à "faible risque" ("SCORE 2 faible risque"). La Belgique fait partie des 10 pays considérés comme "à faible risque", sur base des statistiques officielles de mortalité de l'OMS (11), avec comme critère un taux de mortalité CV standardisé sur l'âge et le sexe inférieur à 100 sur 100 000 personnes-années. Comme le montre le tableau 1, la Belgique se classe au neuvième rang de ces dix pays, avec un taux de mortalité CV parmi les plus élevés de ce groupe. Cela signifie que la table "SCORE 2 faible risque" pourrait sous-estimer la situation en Belgique.

La table "SCORE 2 faible risque" est présentée dans la figure 1.



**TABEAU 1. Mortalité pour les maladies cardiovasculaires standardisée sur l'âge et le sexe pour 100 000 personnes-années (p.a.) (11) dans dix pays considérés comme à "faible risque" dans la table SCORE 2**

Pays	Mortalité CV/100.000 p.a.	Année de référence
France	70.9	2014
Israël	76.7	2015
Espagne	89.4	2015
Pays-Bas	89.9	2016
Suisse	90.2	2015
Danemark	90.4	2015
Norvège	90.8	2016
Luxembourg	92.9	2015
Belgique	99.2	2015
Royaume-Uni	99.7	2015

Cette table SCORE 2 a été publiée dans la version la plus récente des "2021 ESC Guidelines on CVD prevention in clinical practice" (2).

Avec cette table SCORE 2, il est possible de subdiviser la population adulte en trois sous-groupes en fonction du risque CV global sur base de valeurs seuils : risque CV faible à modéré, élevé ou très élevé. Dans les versions précédentes des recommandations de prévention, les valeurs seuils utilisées étaient les mêmes pour tous les âges : un risque faible à modéré d'événement CV fatal était considéré lorsque le SCORE à 10 ans était inférieur à 5% ; un risque élevé lorsque le SCORE à 10 ans était entre 5 et 10% et un risque très élevé lorsque le SCORE à 10 ans était à 10% ou plus. Cela avait toutefois pour conséquence que les personnes les plus âgées appartenaient d'office aux groupes à risque élevé ou très élevé. En effet l'âge est l'un des facteurs les plus importants du risque CV. Ainsi, sur la table originale "SCORE-Belgique », pratiquement tous les hommes âgés de 63 ans et plus appartenaient aux groupes à risque élevé ou très élevé, quel que soit leur profil de risque (9). Ceci pouvait alors conduire à une surutilisation de traitements médicamenteux chez de telles personnes même si apparemment saines et asymptomatiques.

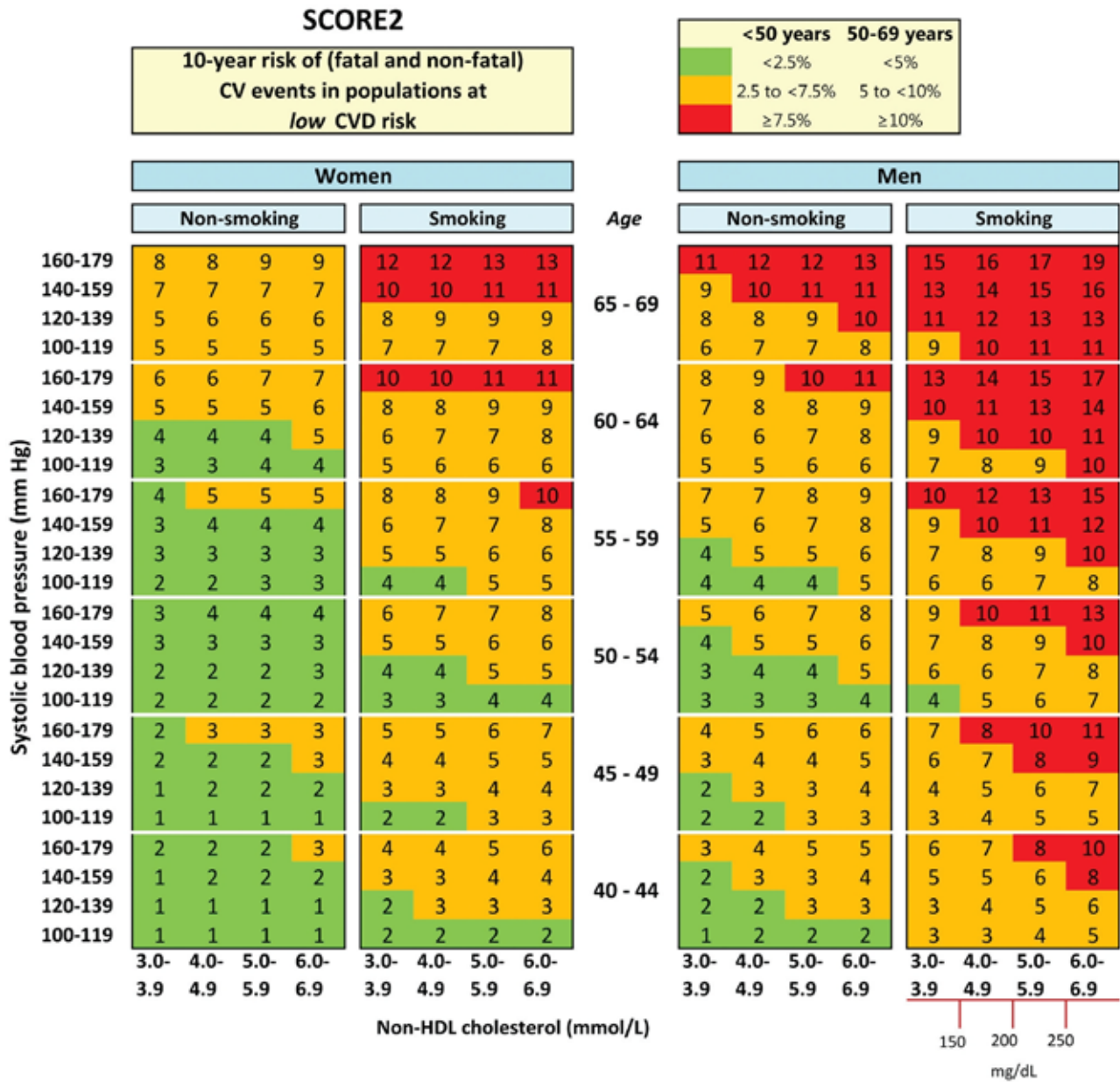
À l'inverse, les individus plus jeunes se retrouvaient souvent sur cette table dans le groupe des risques faibles ou modérés, même si leur pression artérielle ou leur taux de cholestérol total étaient significativement élevés : ainsi, un homme de 55 ans qui ne fume pas mais qui a une pression artérielle systolique de 170 mmHg et un taux de cholestérol total de 260 mg/dl, avait, selon le modèle "SCORE-Belgique", un risque d'événement CV fatal de 4% à

10 ans (9), soit un risque modérément élevé. D'où le risque d'inertie ou de fausse réassurance pour un tel individu.

Les recommandations de prévention de 2021 proposent maintenant des seuils spécifiques selon l'âge afin de mieux catégoriser le risque CV à partir de la table "SCORE 2 faible risque" comme cela est illustré à la figure 1 : une personne de moins de 50 ans ayant une probabilité d'événement fatal ou non fatal de 2,5 à 7,5% à 10 ans sera maintenant considérée comme ayant un risque élevé, tandis qu'une personne de plus de 50 ans avec une probabilité d'événement fatal ou non fatal de 5 à 10% à 10 ans sera considérée comme ayant un risque élevé. L'utilisation de ces seuils par âge vise à éviter le "surtraitement" chez les personnes âgées et le "sous-traitement" chez les jeunes.

Les recommandations de l'ESC en 2021 (2) soulignent que les catégories de risque ne conduisent pas automatiquement à des recommandations de traitement médicamenteux : dans le sous-groupe à risque faible à modéré, la prise en charge se limitera principalement à des modifications d'hygiène de vie. Dans le sous-groupe à risque élevé, on insistera sur ces mesures d'hygiène de vie, mais on accordera une attention particulière au contrôle des facteurs de risque CV classiques. Cela nécessitera généralement l'utilisation d'un traitement médicamenteux, mais une telle décision devra également tenir compte des autres facteurs de risque CV, des comorbidités, du risque CV pour le reste de la vie du patient ainsi que des préférences du patient lui-même. Dans le sous-groupe à risque très élevé, ces recommandations seront appliquées avec une attention particulière.

FIGURE 1. Tableau 'SCORE 2 faible risque'



Légende des couleurs

Vert : risque CV faible à modéré ; Orange : risque CV élevé ; Rouge : risque CV très élevé. Reproduit de la référence 10 avec permission

## SCORE 2 APPLIQUÉ À LA BELGIQUE

Avec ce nouveau modèle, on peut également se demander dans quelle mesure la table "SCORE 2 faible risque" est la meilleure table à utiliser en Belgique ou s'il faut envisager une table SCORE 2 calibrée pour la Belgique ? Selon les résultats du projet SCORE 2, la Belgique fait partie des pays à faible risque de maladies CV. Toutefois, au sein de ce groupe de 10 pays, elle se classe au 9<sup>e</sup> rang (voir tableau 1). La table "SCORE 2 faible risque" sous-estime-t-elle le risque réel de maladie CV dans la population adulte en Belgique ?

Pour l'évaluer, une calibration pour la Belgique de la table "SCORE 2 faible risque" a été réalisée sur base des données internationales (multiplicateurs pour convertir l'incidence de la MCV fatale en celle de la MCV totale fatale et non fatale et coefficients de corrélation reliant l'incidence de MVC totale aux différents facteurs de risque tel que âge, sexe, tabagisme, pression artérielle systolique et taux de cholestérol non-HDL) et en tenant compte de données épidémiologiques belge les plus récentes : les données officielles de mortalité par cause pour la Belgique de 2018 (12), les taux de prévalence du tabagisme selon l'enquête de santé 2018 (13) et les distributions de la pression artérielle systolique et du cholestérol non-HDL mesurées en 2012 dans la population de l'étude belge « Asklepios » (14). La comparaison de la table ainsi recalibrée pour la Belgique (consultable via [www.louvainmedical.be](http://www.louvainmedical.be)) et de la table "SCORE 2 faible risque" publiée par l'ESC montre qu'elle surévalue légèrement le risque CV total pour les deux sexes et pour tous les groupes d'âge entre 40 et 69 ans. Ce résultat est par ailleurs tout à fait conforme aux attentes étant donné les taux de mortalité CV légèrement plus élevés dans notre pays par rapport aux autres pays classés « à faible risque ».

### **Remerciements**

Nous remercions le Professeur Ernst Rietzschel d'avoir mis à notre disposition les résultats de l'étude de suivi Asklepios II.

Conflit d'intérêts : les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Soutien financier : aucun soutien financier n'a été reçu pour ce manuscrit.

Les différences entre les deux tables sont toutefois trop peu importantes que pour justifier l'introduction d'une nouvelle table "SCORE 2 Belgique". On retient simplement que la table "SCORE 2 faible risque" ne surestime pas le risque CV en Belgique, mais au contraire peut le sous-estimer. Les différences entre la table "SCORE 2 faible risque" et la table SCORE originale calibrée pour la Belgique (SCORE-Belgique) (9) sont toutefois plus importantes. Ceci est dû à la différence des paramètres utilisés ; avec la table "SCORE-Belgique", le risque d'événements CV fatals a été estimé alors que dans la table "SCORE 2 faible risque", il s'agit du risque d'événements CV fatals et non fatals. La différence de définition du risque faible à modéré entre les deux modèles rend également la comparaison très difficile. Néanmoins, on peut affirmer qu'avec la table "SCORE 2 faible risque", moins de personnes se retrouvent dans la catégorie de risque faible à modéré par rapport à ce qui est observé avec la table "SCORE-Belgique", mais plus dans le groupe à risque élevé ; ceci est particulièrement vrai pour les femmes qui ne fument pas. Mais les catégories de risque changent également chez les fumeurs ; par exemple, avec la table "SCORE Belgique", 36/96 cases (38%) d'hommes fumeurs sont évaluées comme présentant un risque faible à modéré ; avec la table "SCORE 2 faible risque", ce n'est le cas que dans une case sur 96 (1%).

En résumé, la nouvelle table SCORE 2 développée au niveau international a été validée et s'est révélée supérieure à la table SCORE original (10). Pour la Belgique, il est recommandé d'utiliser la table "SCORE 2 faible risque". Cela semble acceptable, bien que la Belgique obtienne un score plutôt élevé en matière de mortalité CV parmi les pays européens considérés comme "à faible risque". Un test de recalibrage confirme que le risque CV total en Belgique est un peu plus élevé que ne le suggère la table "SCORE 2 faible risque". La différence est toutefois limitée, de sorte que la table "SCORE 2 faible risque", qui constitue certainement une amélioration par rapport à l'ancienne table "SCORE-Belgique", peut être recommandée.

## RÉFÉRENCES

1. Kornitzer M, De Backer G, Dramaix M. *et al.* Belgian Heart Disease Prevention project: incidence and mortality results. *Lancet.* 1983 ; 1 : 1066-70.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM *et al.* 2021 ESC Guidelines on CVD prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021 ; 42 : 3227-3337.
3. Kotseva, KDBG, De Bacquer, D, Ryden, L, *et al.* ; EUROASPIRE V Investigators. Primary prevention efforts are poorly developed in people at high cardiovascular risk. A report from the ESC-EO-RP EUROASPIRE V survey in 16 European countries. *Eur J Prev Cardiol.*, 20 March 2020; DOI: 10.1177/2047487320908698.
4. De Backer G, Ambrosioni E, Borch-Johnsen K *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2003; 24: 1601-10.
5. Graham I, Atar D, Borch-Johnsen K *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2007; 28: 2375-414.
6. Perk J, De Backer G, Gohlke H *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2012; 33: 1635-1701.
7. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall J *et al.* European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J* 2016; 37: 2315-2381.
8. Conroy RM, Pyörälä K, Fitzgerald AP *et al.* Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. *Eur Heart J.* 2003;24(11):987-1003.
9. De Bacquer D, De Backer G. Predictive ability of the SCORE Belgium risk chart for cardiovascular mortality. *Int J Cardiol.* 2010; 143: 383-390.
10. SCORE2 working group and ESC Cardiovascular risk collaboration. SCORE2 risk prediction algorithms: new models to estimate 10-year risk of cardiovascular disease in Europe. *Eur Heart J.* 2021; 42: 2439-2454.
11. World Health Organization. WHO Mortality Database. <https://www.who.int/data/data-collection-tools/who-mortality-database> (20 March 2021).
12. Statbel. Cause de décès. <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/mortalite-et-esperance-de-vie/causes-de-deces#figures> (Octobre 2021).
13. Sciensano. HIS – Enquête de santé 2018. <https://www.sciensano.be/en/projects/health-interview-survey/hisia> (Octobre 2021).
14. Rietzschel ER, De Buyzere ML, Bekaert S, *et al.* Rationale, design, methods and baseline characteristics of the Asklepios Study. *Eur J Preventive Cardiol.* 2007;14(2):179-91.

---

## AFFILIATIONS

1 Vakgroep volksgezondheid en eerstelijnszorg, Universiteit Gent, B-9000 Gent.

2 Centre Hospitalier Universitaire UCL Namur – site de Mont-Godinne, B-5530 Yvoir.

3 Pôle Hospitalier Jolimont, Réseau HELORA, B-7100 La Louvière

## CORRESPONDANCE

DR FABIAN DEMEURE  
CHU UCL Namur – Site Godinne  
Av. Dr. G. Thérassé 1, B-5530 Yvoir  
[fabian.demeure@chuuclnamur.uclouvain.be](mailto:fabian.demeure@chuuclnamur.uclouvain.be)

**NOUVEAU**  
ADD ON

## DANS LA LUTTE CONTRE UN LDL-C ÉLEVÉ, AJOUTEZ POUR RÉDUIRE



Malgré le traitement par les thérapies hypolipémiantes disponibles, jusqu'à 80 % des patients n'atteignent pas l'objectif de LDL-C recommandé par les directives de l'ESC/EAS de 2019.<sup>1-3</sup>

**NILEMDO**<sup>®</sup> et **NUSTENDI**<sup>®</sup> sont de nouvelles options orales qui peuvent être ajoutées aux traitements hypolipémiants oraux existants pour obtenir les réductions supplémentaires du LDL-C dont les patients non-contrôlés à (très) haut risque CV ont besoin.<sup>\*\*4,5</sup>

**NILEMDO**<sup>®</sup> apporte aux patients une réduction **supplémentaire du LDL-C de 17-28 %**.<sup>\*\*6-9</sup>

**NUSTENDI**<sup>®</sup> apporte aux patients une réduction **supplémentaire du LDL-C de 38 %**.<sup>†10</sup>

De plus, dans les études cliniques, **NILEMDO**<sup>®</sup> et **NUSTENDI**<sup>®</sup> ont généralement été bien tolérés.<sup>4,5</sup>

Quand vous et vos patients luttez pour reprendre le contrôle du LDL-C, ajoutez **NILEMDO**<sup>®</sup> ou **NUSTENDI**<sup>®</sup> en une prise orale journalière.

**NILEMDO**<sup>®</sup> ▼  
(acide bempédoïque)

**NUSTENDI**<sup>®</sup> ▼  
(acide bempédoïque et ézétimibe)

**Add on to take back control**



▼ Ce médicament fait l'objet d'une surveillance supplémentaire

\* L'utilisation concomitante avec la simvastatine >40 mg par jour est contre-indiquée. Lorsque NILEMDO<sup>®</sup>/NUSTENDI<sup>®</sup> est administré conjointement avec la simvastatine, la dose quotidienne de simvastatine doit être limitée à 20 mg (ou à 40 mg par jour pour les patients présentant une hypercholestérolémie sévère et un risque élevé de complications cardiovasculaires, qui n'ont pas atteint leurs objectifs de traitement avec des doses plus faibles et lorsque les bénéfices sont censés être supérieurs aux risques potentiels).<sup>4,5</sup>

\*\*vs placebo en plus des statines à la dose maximale tolérée, avec ou sans autres traitements hypolipémiants oraux. Une réduction du LDL-C de 17 % a été observée en plus des statines de haute intensité.<sup>6</sup> Une réduction du LDL-C allant jusqu'à 28 % a été observée chez les patients qui ne prenaient pas de statine ou des statines de très faible intensité.<sup>7,9</sup>

†vs placebo en plus des statines à la dose maximale tolérée.<sup>10</sup>

**RÉFÉRENCES** : 1. ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias. Eur Heart J. 2020 ; 41(1) : 111-188. 2. Fox KM et al. Clin Res Cardiol. 2018 ; 107 : 380-388. 3. Kotseva K et al. Eur J Prev Cardio. 2019 ; 26(8) : 824-835. 4. NILEMDO<sup>®</sup>. Summary of Product Characteristics. 5. NUSTENDI<sup>®</sup>. Summary of Product Characteristics. 6. Goldberg AC et al. JAMA. 2019 ; 322(18) : 1780-1788 (Supplementary Material). 7. Laufs U et al. J Am Heart Assoc. 2019 ; 8 : e011662. 8. Ray KK et al. N Engl J Med. 2019 ; 380 : 1022-1032. 9. Ballantyne CM et al. Atherosclerosis. 2018 ; 277 : 195-203. 10. Ballantyne CM et al. Eur J Prev Cardiol. 2020 ; 27(6) : 593-603. EAS : European Atherosclerosis Society ; ESC : European Society of Cardiology ; LDL-C : cholestérol à lipoprotéines de basse densité



## ÉDITORIAL

### Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ?

Étude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients

Malgré le faible échantillonnage, cet article décrit très bien les différents vécus de patients ayant subi une chirurgie bariatrique. Il souligne, pour l'avenir, l'implication grandissante du médecin généraliste dans ce type de chirurgie, tant au niveau de l'indication opératoire par le biais de la concertation multidisciplinaire qu'au niveau du suivi post-opératoire à court et long terme. La loi de remboursement de la chirurgie bariatrique a déjà contribué depuis 2007 à réguler les abus en matière d'indication opératoire mais, comme le préconise le KCE (Centre Fédéral d'Expertise des soins de santé), le médecin généraliste devrait prendre une part grandissante dans le processus décisionnel.

Pour ce faire, il est nécessaire que la formation du médecin généraliste soit aussi axée sur cette discipline relativement récente. La connaissance des enjeux pour le patient est capitale. La détection précoce des complications, qu'elles soient chirurgicales, nutritionnelles ou psychologiques, est fondamentale pour l'amélioration de la prise en charge globale de l'obésité chirurgicale. La chirurgie est souvent vécue comme un dernier recours pour le patient lorsque le traitement médical a échoué. Néanmoins, la chirurgie ne résout pas tous les problèmes, notamment les perturbations psychologiques préexistantes ou secondaires à la chirurgie bariatrique qui peuvent survenir. Celles-ci peuvent résulter de la modification de l'image corporelle, d'un entourage parfois peu collaborant, de transferts d'addiction ou encore de résurgence d'un état dépressif latent. Le soutien du médecin généraliste face à ces difficultés sera d'autant plus efficace si celui-ci a participé à l'indication opératoire. Enfin, il faut souligner que la chirurgie bariatrique transforme souvent la vie des patients dans le bon sens du terme grâce la reprise d'activités physiques et d'une vie sociale et professionnelle plus valorisante.

La chirurgie bariatrique a certainement encore un grand avenir devant elle vu qu'il s'agit du seul traitement définitif de l'obésité amenant des résultats durables à long terme sur le plan de la perte de poids avec une réduction des comorbidités et une prolongation de l'espérance de vie.

Professeur Benoit Navez  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Responsable U Chir OG et Bariatrique, Chir HBP

# Chirurgie bariatrique, du rêve à la réalité : comment les patients vivent-ils la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique ?

## Étude du vécu de ces patients et réflexion sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients

Charline Bronchain<sup>1</sup>, Thérèse Leroy<sup>2</sup>, Ségolène de Rouffignac<sup>3</sup>

Bariatric surgery, from dream to reality: How do patients experience obesity management based on bariatric surgery?

Studying the experience of these patients, and reflecting on the role of the general practitioner in supporting these patients

Due to the increasing prevalence of obesity, bariatric surgery has become an effective treatment option, resulting in a significant weight loss and reduction in associated comorbidities. Nevertheless, this procedure is an invasive therapeutic act, inducing rapid physical and psychological changes and requiring serious post-operative discipline. Seven patients who had undergone bariatric surgery were interviewed via individual semi-structured interviews. These were aimed to better understand their experiences and clarify the role that the general practitioner could play in managing obesity through bariatric surgery. The qualitative analysis of the testimonies reveals different emotional phases that patients may go through once the surgical process has been performed. The general practitioner (GP), present on the front line, exerts a crucial role in accompanying the patients through the associated changes and identifying the early signs of psychological suffering, provided that the GP is continuously attentive to the patient's emotional evolution. In addition, the GP could be a relay contact concerning the help that is available by informing the patient about it.

### KEY WORDS

Bariatric surgery, qualitative research, psychological care, general practitioner

En raison de la prévalence croissante de l'obésité, la chirurgie bariatrique est devenue une option thérapeutique efficace, entraînant une perte pondérale importante et une diminution des comorbidités associées. Cette intervention est un acte thérapeutique invasif, induisant des transformations rapides tant corporelles que psychologiques et nécessitant une discipline post-opératoire sérieuse. Sept patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique ont été interrogés via des entretiens individuels semi-dirigés, dans le but de mieux comprendre leur vécu et de clarifier la place que peut prendre le médecin généraliste dans la prise en charge de l'obésité par la chirurgie bariatrique. L'analyse qualitative des témoignages révèle différentes phases émotionnelles par lesquelles les patients peuvent passer une fois que le processus d'intervention chirurgicale est enclenché. Le médecin généraliste, présent en première ligne, a un rôle crucial dans l'accompagnement des patients face aux changements et dans l'identification des signes précoces d'une souffrance psychologique, à condition d'être attentif de manière continue à l'évolution émotionnelle des patients. Il pourrait également être un relai vers les aides disponibles et en informer le patient.

### Que savons-nous à ce propos ?

La chirurgie bariatrique expose les patients à de nombreuses modifications physiques et somatiques. Or l'évaluation de la qualité de cette prise en charge ne peut se limiter à la perte de poids. Tous les enjeux psychologiques sont également à prendre en considération.

### Que nous apporte cet article ?

Cet article a pour but d'investiguer et de comprendre le vécu des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique afin d'identifier la place que peut prendre le médecin généraliste dans l'évolution psychologique associée à cette intervention chirurgicale.

### What is already known about the topic?

Bariatric surgery exposes the patients to several physical and somatic changes. However, evaluating the quality of patient care cannot be limited to assessing weight loss. Moreover, all psychological issues must be taken into consideration.

### What does this article bring up for us?

This article sought to further investigate and understand the experiences of patients having undergone bariatric surgery with the purpose of identifying the role that the GP could play in view of the psychological evolution associated with this surgical procedure.



## INTRODUCTION

Selon l'OMS, à l'échelle mondiale, le nombre de cas d'obésité a presque triplé entre 1975 et 2016 (1). La Belgique n'est pas épargnée. Selon le KCE, à l'heure actuelle, un adulte sur sept est obèse, en Belgique (2). L'obésité est une véritable problématique de santé publique. Il s'agit d'une maladie chronique et complexe, entraînant d'une part une morbi-mortalité majeure par l'augmentation du risque de diabète, de maladies cardiovasculaires, de certains cancers et de décès prématurés et d'autre part une souffrance psychologique et une stigmatisation importante. Une adaptation de l'hygiène de vie (alimentation saine et exercice physique régulier) reste la pierre angulaire du traitement conservateur de l'obésité, en raison de sa nature peu invasive et de ses risques limités. Mais cela ne suffit pas toujours à obtenir et à maintenir l'effet souhaité (1-4).

Force est de constater qu'aujourd'hui, le traitement le plus efficace de l'obésité est la chirurgie bariatrique (5,6). C'est pourquoi celle-ci est en pleine extension. Selon le KCE, plus de 13.000 opérations ont, en effet, été réalisées en 2016 en Belgique, ce qui correspond à une augmentation de 80% au cours des 7 dernières années (2). Elle entraîne une perte pondérale importante et durable chez la majorité des patients opérés ainsi qu'une réduction des comorbidités associées.

Les principales techniques d'interventions sont le Bypass Gastrique sur anse en Y de Roux et la gastrectomie longitudinale (la sleeve gastrectomie) (2,7,8).

La chirurgie bariatrique a un impact non négligeable et nécessite un suivi sur le long terme afin de limiter les complications chirurgicales, nutritionnelles ou psychologiques. Ainsi, la littérature scientifique permet un accès aisé aux recommandations de suivi médical de la chirurgie bariatrique (7,9) mais il est regrettable de constater un manque de données sur l'effet psychologique à long terme de cette chirurgie.

Toutefois, Bondolfi G *et al.* constatent que la qualité de l'évolution post opératoire ne se limite pas à la perte de poids mais doit également considérer les comorbidités somatiques et psychologiques. Lorsque la qualité de vie physique est plus favorable que la qualité de vie mentale, il y a une nécessité d'être vigilant (10). Les troubles de la personnalité, les troubles anxio-dépressifs, les addictions, les troubles du comportement alimentaire doivent faire partie d'une prise en charge systématique car ce sont des facteurs de risque de moins bonne évolution postopératoire (10-13). En effet, David J.R Morgan met en évidence le lien complexe qui existe entre l'obésité et la santé mentale. Il observe une augmentation de la fréquentation des services de psychiatrie après une

chirurgie bariatrique, en particulier pour les patients présentant une pathologie psychiatrique sous-jacente et pour les patients ayant développé des complications post-opératoires (14).

L'objectif de cette étude qualitative est de comprendre le vécu des patients ayant eu recours à la chirurgie bariatrique pour guider la pratique du médecin généraliste, de plus en plus confronté à cette problématique, lors des consultations, tant en période pré-opératoire que post-opératoire.

## MÉTHODOLOGIE

Une étude qualitative avec des entretiens individuels semi-dirigés a été menée avec des patients ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique (15,16). L'objectif est d'explorer leurs ressentis ainsi que l'évolution psychologique au décours de la prise en charge. Sur base du critère de triangulation proposé dans l'article de Mays and Pope (17), deux approches ont été utilisées : une revue de la littérature et un entretien compréhensif auprès de sept patients.

### RECRUTEMENT ET ÉCHANTILLONNAGE

De manière à obtenir une diversité élargie de données, des profils différents ont été recherchés selon des caractéristiques susceptibles d'influencer ces données, telles que le type de chirurgie bariatrique (le bypass ou le sleeve), le délai variable entre le moment de l'intervention et le moment de l'entretien (6 mois à 6 ans) ainsi que le degré variable de satisfaction face à l'intervention. Le chercheur principal, médecin généraliste en formation, a contacté plusieurs médecins généralistes en expliquant son étude et les profils recherchés. Ces médecins ont alors identifié les patients et transmis leurs informations après consentement. Les sujets à interviewer ont été choisis sur base des critères d'inclusion suivants : homme ou femme, âgé(e) de plus de 18 ans, pouvant s'exprimer en français et/ou en anglais et suivi(e) par un médecin généraliste.

### COLLECTE DES DONNÉES

Les sept entretiens se sont déroulés, entre octobre 2019 et janvier 2020, principalement au domicile du patient, cadre extérieur au milieu médical. Deux patients ont toutefois souhaité une rencontre au cabinet médical du chercheur principal. La durée moyenne d'un entretien est de 50 minutes. Un formulaire d'informations avait été transmis au préalable et un formulaire de consentement de participation à l'étude avait été signé avant chaque entretien. Celui-ci était individuel, compréhensif et semi-dirigé à l'aide d'un guide d'entretien qui abordait de manière non exclusive différents thèmes tels que la

perception de l'obésité, le vécu avant et après l'opération, la démarche décisionnelle, le rôle du médecin généraliste et les ressources personnelles du patient. Chaque entretien a été enregistré puis retranscrit mot à mot, dans leur intégralité, en respectant scrupuleusement l'anonymat et le discours tenu.

## ANALYSE DES DONNÉES

Tous les entretiens ont été analysés en suivant une démarche inductive qui consiste à se familiariser avec les témoignages, à codifier les entretiens en étiquettes, à regrouper ces dernières en catégories et puis ces dernières en thèmes. Il s'agit donc d'un travail consistant à faire émerger du sens, des idées, voire une théorie, à partir des données du terrain et du discours des patients. Un chercheur (CB – Médecin généraliste en formation) a été accompagné dans l'analyse par un second chercheur plus expérimenté (SdR – Médecin généraliste et chercheuse) lors de chaque étape de l'étude. Aucun logiciel n'a été utilisé. L'analyse a abouti à une schématisation d'une partie des résultats sur une courbe temporelle.

## RÉFLEXIVITÉ

Lors des entretiens, le chercheur, étant conscient de certains préjugés, a tenté de maintenir une distance face à ceux-ci, en confrontant ses éléments de recherche à la littérature ainsi qu'aux remarques du second chercheur. Par ailleurs, le statut d'étudiant du chercheur principal a permis d'exclure tout lien thérapeutique avec les sujets interrogés, ce qui pouvait être tant un déclencheur qu'un frein à la liberté d'expression.

## COMITÉ D'ÉTHIQUE

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire de Saint-Luc a émis un avis favorable à la réalisation de l'étude, en date du 22 octobre 2019. Référence du CEHF : 2019/03SEP/383.

## RÉSULTATS

Les sept patients contactés ont tous accepté de participer à l'étude (tableau 1). Il n'y a pas eu de refus. Les vécus étaient très variables selon les patients.

Lors de l'analyse, trois thèmes ont été relevés. Le premier met en évidence la relation des patients avec leur poids avant la chirurgie. Le deuxième est synthétisé sur une ligne du temps (figure 1), identifiant les phases émotionnelles par lesquelles le patient peut passer lors du parcours bariatrique. Le troisième démontre l'implication du médecin généraliste dans cette prise en charge.

## *Moi et mon poids avant la chirurgie : la relation du patient avec son poids*

Selon les patients interrogés, l'obésité n'est pas seulement un problème comportemental : elle est le résultat d'une vulnérabilité individuelle, exacerbée par des déterminants multiples. Ces derniers s'ancrent dans une société qui les pousse parfois à être « victime » de leur obésité. Le récit des patients illustre l'impact de ces déterminants sur la pathologie.

Il y a le monopole de l'industrie agro-alimentaire qui ne favorise pas toujours la qualité de l'alimentation (« Ça revient moins cher maintenant à l'heure actuelle de manger un Quick que de manger sainement. », P1). L'aspect économique intervient également (« Si on veut vivre un peu décemment, on est obligé de travailler à deux et (...) forcément, la bouffe s'en ressent puisqu'on fait des trucs qui vont un peu plus vite, on ne prend pas le temps de cuisiner (...) », P3). A cette réalité politico-économique, s'ajoute la gestion des responsabilités (privées et professionnelles) (« Je suis devenu papa, j'ai changé d'activité professionnelle, de travail, tout. (...) Et puis, j'ai pris, j'ai pris, j'ai pris », P4) ainsi que la gestion des émotions (« Il y a quand même eu un choc émotionnel à la mort de mon fils », P5).

La perception du comportement alimentaire et du schéma corporel est variable d'un patient à l'autre. Ainsi, le patient peut être dans le déni du comportement alimentaire (« Je ne me rendais même pas compte de ce que je mangeais... », P2) et/ou dans le déni du schéma corporel (« On se regarde dans le miroir mais on ne voit pas une personne forte », P7). Ou au contraire, il accepte son schéma corporel (« J'ai toujours accepté mon corps comme il était même avant l'opération », P3).

Les comorbidités semblent souvent être un point de départ pour la réflexion d'une éventuelle chirurgie bariatrique (« le corps m'a donné l'alerte... Il m'a fait un signe qu'il est temps de faire quelque chose », P3).

Quelle que soit la relation du patient avec son poids ou le processus de réflexion menant à l'intervention chirurgicale, ils ont eu recours à la chirurgie bariatrique pour tenter d'apporter une solution à leur obésité.

## *De victime à acteur de l'obésité : la vie après la chirurgie bariatrique*

Représentées par la courbe bleue sur la figure 1, les quatre phases de l'analyse expriment les étapes émotionnelles par lesquelles le patient peut passer lors de la prise en charge chirurgicale de l'obésité : la première phase « Honey Moon », la deuxième phase « Hangover », la troisième phase « Back to reality », la quatrième phase « Let's go ». Le vécu est propre à chaque individu et varie en fonction de l'histoire personnelle du patient. Cette variabilité de vécu est illustrée par les courbes orange et verte.

**TABEAU 1. Caractéristiques médicales des patients participants**

	Sexe	Chirurgie	Temps écoulé depuis l'opération
P1	F	Bypass	6 ans
P2	F	Bypass	6 mois
P3	M	Bypass	5 ans
P4	M	Bypass	3 ans
P5	F	Sleeve	2 ans
P6	M	Sleeve	5 ans
P7	F	Sleeve	4 ans

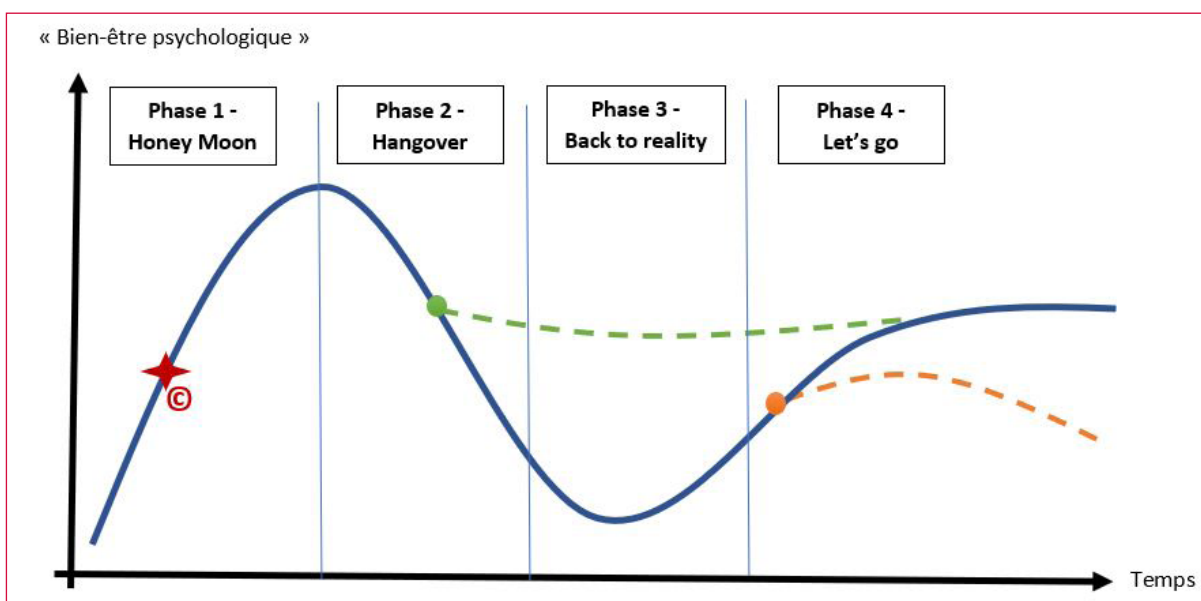
Phase 1 – Honey Moon

La chirurgie bariatrique, représentée par l'icône © sur la figure 1, a lieu lors de la phase dite « Honey Moon », décrite par les patients comme une phase d'enthousiasme. En effet, les patients « victimes » de leur poids reprennent une position de force vis-à-vis de leur corps en étant « acteur » de changement par la décision d'une chirurgie bariatrique. Quand l'obésité est vécue comme une souffrance chronique physique et/ou psychologique (« Moi je l'ai fait pour une question de survie », P3), le choix personnel de la chirurgie bariatrique apparaît comme une solution miracle. Les enjeux et les complications potentiels sont minimisés malgré que ceux-ci soient généralement mentionnés en pré-opératoire.

Phase 2 – Hangover

La deuxième phase dite « Hangover » est décrite comme une phase d'adaptation face à un corps qui se transforme rapidement (« J'ai perdu sur 6 mois mes 50 kg donc j'ai maigri vite. Ça aussi, on n'est pas prêt... », P7), face à des habitudes alimentaires à modifier (« Les quantités qu'on mangeait avant, il faut oublier. C'est divisé par 3 ou 4 », P6) et face à un psychisme altéré (« Moi, je ne me vois toujours pas mince. Dans ma tête, je suis toujours obèse », P1). Apprendre à se réapproprier un corps qui a subi un acte invasif, apprendre à reconnaître de nouveaux signaux comme ceux de la satiété, apprendre à adapter l'hygiène alimentaire.

**FIGURE 1. Illustration schématique des résultats : les phases du « bien-être psychologique » en fonction du temps**



### Phase 3 – Back to reality

La troisième phase dite « back to reality » est décrite comme une phase de réveil, de retour à la réalité. Il s'agit d'une conscientisation de l'acte réalisé, parfois associée à un désenchantement. En effet, il arrive que certains patients soient déçus de voir que l'opération qu'ils percevaient comme une solution magique ne résout pas tout (« *J'ai été un peu naïve aussi (...) Je ne me suis pas posée assez de questions...* », P7). Les changements alimentaires post opératoires, le retour des comorbidités, la non-acceptation du nouveau corps, le retour des mauvaises habitudes alimentaires (« *Après 3 mois, j'ai commencé à avoir mes coups de gourmandise (...) Et j'ai trouvé le truc : je me fais vomir* », P2), et la détresse psychologique semblent contribuer à une certaine désillusion.

### Phase 4 – Let's go

La quatrième phase dite "Let's go" est décrite comme une phase de redressement. Le patient a accepté l'intervention chirurgicale. Il a développé les ressources nécessaires, auprès du médecin traitant, du psychologue ou du diététicien, qui seront sollicités en cas de signes de fragilité. La chirurgie bariatrique n'est qu'une aide à la prise en charge de l'obésité (« *J'ai retrouvé une qualité de vie impeccable.* », P6).

### Et si on prenait un autre chemin ?

La courbe verte et la courbe orange schématisent des expériences différentes de celles représentées par la courbe bleue.

Après une période d'adaptation aux changements corporels et aux modifications psychologiques éventuelles, la courbe verte veut refléter l'acceptation naturelle de l'intervention chirurgicale, une acceptation qui fait directement passer le patient de la phase 2 à la phase 4. Les événements médicaux qui s'en suivent sont vécus tels qu'ils sont, sans lien apparent avec la chirurgie bariatrique. Cette courbe verte semble être empruntée lorsque les patients ont pris le temps de réfléchir et de conscientiser les enjeux corporels et psychologiques de l'intervention chirurgicale

(« *Si j'avais décidé de la faire, je la faisais et (...) j'avais essayé de regarder les tenants et aboutissants, ce qu'il y avait besoin de faire* », P6).

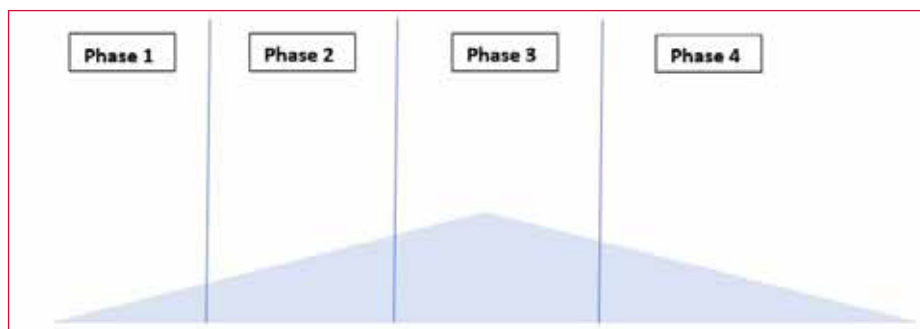
Après une période de désillusion, la courbe orange veut schématiser la complexité et la difficulté d'accepter les transformations physiques et psychiques. A travers les récits de patients, le vécu de la perte pondérale peut être douloureux et être à l'origine d'une détérioration psychologique ou de comportements inconscients, comme un glissement vers la dépression (« *Je suis complètement déprimée (...) ! encore maintenant... Oh oui, ça m'a complètement bousillée cette opération* », P7). La restriction alimentaire imposée par la chirurgie bariatrique ne permet plus de consommer des quantités importantes de nourriture en peu de temps. Ceci rend difficile la compensation des émotions négatives par les comportements alimentaires impulsifs. Après la chirurgie bariatrique, les patients ressentent parfois le besoin de trouver une autre source de compensation, comme l'alcool, qui peut se consommer plus aisément que la nourriture. (« *Toutes les deux heures, j'ai faim. Mais dès que j'ai consommé une canette (d'alcool), je n'ai plus faim* », P4 – « *Et je suis plus impulsif qu'avant, ça, c'est reconnu (...)* J'ai eu une tentative de suicide (...) J'ai sombré dans l'alcool et tout (...) », P4). Par ailleurs, la décompensation psychique peut également mener à une rupture relationnelle avec son entourage (« *Quand j'ai maigri, mon compagnon m'a mise dehors. J'ai mon entourage qui a coupé les ponts avec moi* », P1).

### Le médecin généraliste : une place à trouver dans la prise en charge de l'obésité

Suite à l'analyse du vécu des patients interrogés, deux modèles d'implication du médecin généraliste sont représentés.

Le premier modèle (figure 2) est un modèle en forme de pyramide. Il suggère que l'intervention du médecin généraliste s'accroît surtout lors de la phase 2 (« Hangover ») et atteint son sommet lors de la phase 3 (« Back to reality »).

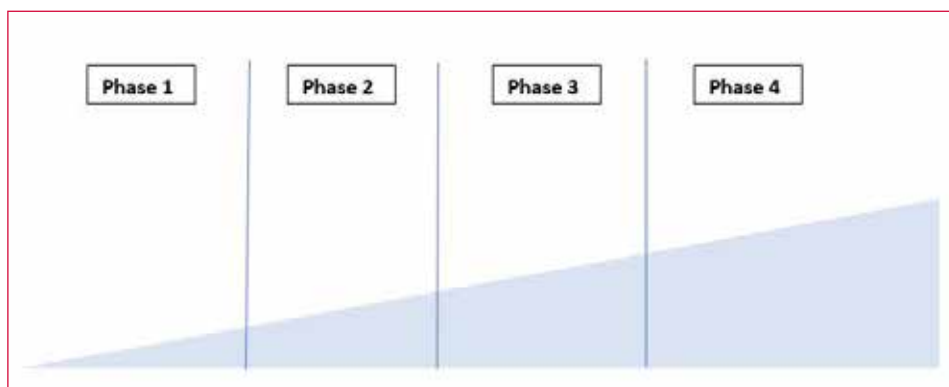
**FIGURE 2. Illustration schématique du modèle « pyramide » pour l'implication du MG**



Le patient sollicite le médecin généraliste au fur et à mesure que la phase d'euphorie diminue. Il consulte pour adapter les régimes alimentaires en post-opératoire, pour comprendre les nouveaux signes corporels, comme ceux de la satiété, et pour suivre les complications post-chirurgicales comme la fatigue, les douleurs, les carences, etc. (« *La fatigue est tout le temps là. J'ai des douleurs tout le temps (...) Et, plus j'avance, pire c'est* », P1). Le médecin généraliste intervient également dans le soutien psychologique face à un corps qui change. Une fois que la chirurgie bariatrique et ses enjeux consécutifs ont été compris et acceptés, le patient poursuit son chemin. L'implication du médecin généraliste est donc moindre lors de la phase 1, phase pré-opératoire et post-opératoire immédiat, ainsi que lors de la phase 4 (« *Let's go* »).

Le deuxième modèle (figure 3) est un modèle schématisé par une pente ascendante qui montre l'implication progressive du médecin généraliste après l'intervention. Les trois premières phases sont similaires au modèle 1. Mais dans ce cas-ci, le médecin généraliste est d'autant plus sollicité en phase 4. Si le patient souffre d'une instabilité psychologique et qu'il est face à une difficulté, une décompensation peut se manifester sous forme d'un trouble du comportement psychique ou alimentaire (« *Mon médecin traitant m'a dit que ça, c'est un petit peu les troubles de l'alcoolisme* », P4). Ceci le mène à consulter plus régulièrement son médecin généraliste qui collabore avec les psychologues et diététiciens pour soutenir le patient en détresse.

**FIGURE 3. Illustration schématique du modèle « ascenseur » pour l'implication du MG**



## DISCUSSION

Cette étude soulève toute la complexité du suivi psychologique d'un patient ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique et son évolution dans le temps. Elle met en évidence le rôle que le médecin généraliste joue dans ce suivi (figure 4). En effet, l'obésité est une maladie chronique et complexe, entraînant des comorbidités importantes. Face aux multiples échecs des traitements conservateurs, les patients recherchent souvent une solution immédiate et définitive tandis que le personnel chirurgical souhaite soulager le plus rapidement les patients (11). Le choix d'une intervention de chirurgie bariatrique reflète souvent une saturation et une lassitude du patient face à sa pathologie. Elle n'éradique généralement pas la cause de la maladie, parfois liée à un trouble de comportement alimentaire, pouvant être le reflet d'une souffrance psychologique (11,12). La modification rapide, soudaine et radicale du corps face à une pathologie chronique, sans préparation psychologique au préalable, représente un risque majeur de décompensation future (10,11,12,13,14).

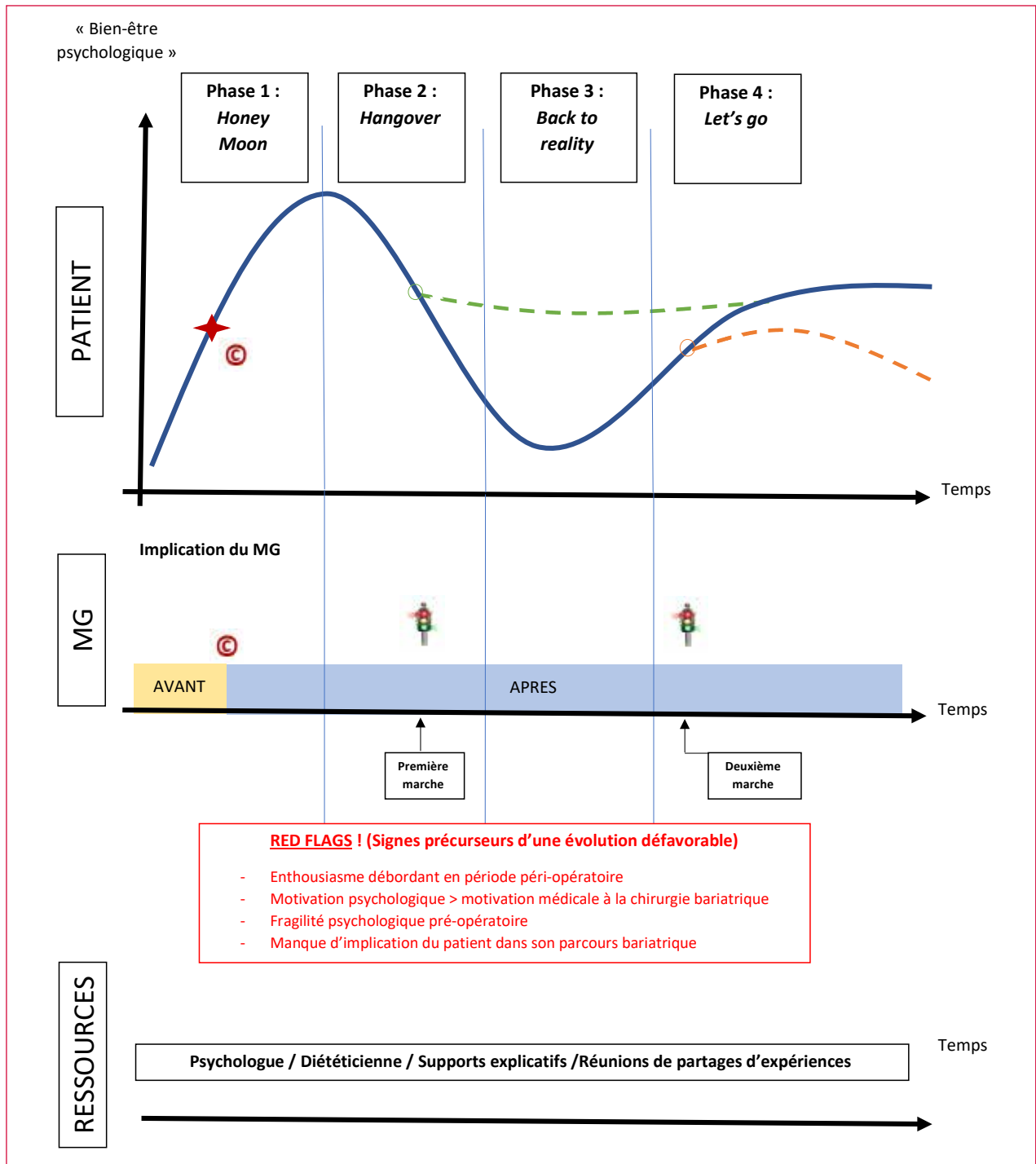
En parallèle à la concertation multidisciplinaire réunissant au moins le chirurgien, l'interniste et un psychologue/psychiatre, le KCE recommande que les patients soient bien

informés sur l'opération, ses conséquences éventuelles et les modifications indispensables à apporter à leur mode de vie. L'équipe multidisciplinaire doit s'assurer via une discussion approfondie avec le futur opéré que les informations ont bien été comprises et qu'il est prêt à modifier ses habitudes de vie et à s'engager dans un suivi à long terme. Cette préparation nécessite du temps. Le KCE recommande donc un délai de minimum 3 mois entre le premier contact et l'opération elle-même pour laisser place à la prise d'informations et à la réflexion nécessaire (18).

L'analyse du vécu des patients montre l'importance de la préparation et du suivi de cette chirurgie. Elle met en exergue la notion de temps, inscrivant la chirurgie et ses conséquences dans la longévité. Dans une société régie par le « tout, tout de suite et maintenant » où le sentiment d'urgence ressenti par le patient est important, prévenir les impacts psychologiques devient un immense challenge.

Ainsi, la prise en charge de l'obésité doit surtout s'ancrer dans la conscientisation de la problématique de l'obésité par la société et doit être considérée dès le plus jeune âge. Se concentrer sur la prévention paraît pertinent afin d'éviter de basculer dans la prise en charge « urgente » de

FIGURE 4. Schématisation globale d'un parcours bariatrique et du rôle du MG

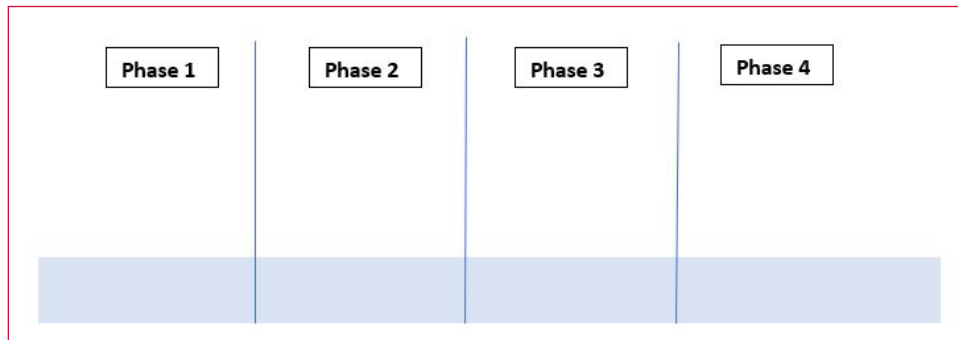


l'obésité par la chirurgie bariatrique. La place du médecin généraliste est donc importante et pourrait prévenir les conséquences psychologiques par la détection des troubles psychiques et des troubles du comportement alimentaire en préopératoire.

L'analyse a abouti uniquement à deux schémas d'implication du médecin généraliste. Cependant, ces deux modèles présentent des limites pour de multiples raisons. Premièrement, ces modèles sont des modèles de « crise » c'est-à-dire que le médecin généraliste n'est sollicité que lorsque des souffrances ou des complications

surviennent. Or le rôle du médecin généraliste est un rôle qui s'inscrit sur le long terme, un rôle de prévention, de dépistage et d'accompagnement. Deuxièmement, le médecin généraliste n'est souvent pas impliqué dans la réflexion, ni dans le processus décisionnel de la chirurgie bariatrique. Troisièmement, il ignore souvent la manière dont le patient a été préparé à l'intervention chirurgicale. Tout ce raisonnement pousse les chercheurs à proposer un troisième modèle (figure 5) pour schématiser l'implication idéale du médecin généraliste dans l'accompagnement des patients opérés ou futurs opérés.

FIGURE 5. Illustration schématique du modèle « socle » pour l'implication du MG



Il suggère un accompagnement sur le long terme permettant une évaluation régulière du patient (6) et cela de manière pluridisciplinaire. Le rôle du médecin généraliste est primordial et double. D'une part, il a un rôle pré-opératoire dans l'identification des troubles du comportement alimentaire ainsi que dans la conscientisation des enjeux somatiques, psychologiques et diététiques induits par l'intervention. D'autre part, il a un rôle post-opératoire, dans l'identification des signes précoces de décompensation ainsi que dans le relais et l'échange avec les différentes disciplines paramédicales. Par ces implications, le médecin généraliste incite les patients à déconstruire les éventuelles attentes magiques souvent associées à la chirurgie et à développer de nouvelles ressources pour gérer leurs émotions. Par ailleurs, le médecin généraliste veillera aux complications à court et long-terme et au suivi médical.

Quatre « red flags » peuvent ainsi attirer l'attention du médecin généraliste et s'inscrivent dans le dépistage d'instabilités psychologiques en préopératoire.

Premièrement, un enthousiasme débordant en péri-opératoire pourrait supposer que l'évolution vers les phases 2 et 3 soit importante et entraîne un retour brutal à la réalité. Les conséquences de la chirurgie bariatrique ont-elles bien été saisies par le patient ? N'idéalise-t-il pas l'acte chirurgical ? Est-il conscient des changements consécutifs et des enjeux ?

Deuxièmement, s'interroger sur la motivation réelle poussant à la chirurgie bariatrique pourrait être pertinent. Est-ce que le patient le fait dans un but totalement médical pour réduire les comorbidités et augmenter la qualité de vie ? Ou est-ce que le patient est plutôt guidé par un objectif esthétique pour correspondre à une norme sociétale ? Sur base des récits de patients, lorsque la motivation était médicale, l'évolution post-opératoire était positive tandis que l'inverse menait souvent à une déception.

Troisièmement, lorsque le patient présente une instabilité psychologique avant l'intervention, il semble indispensable que le médecin généraliste collabore

avec les diététiciens et les psychologues pour créer des ressources autour du patient fragile afin d'aborder les enjeux post-opératoires le plus sereinement possible. S'il y a une tendance à la surconsommation d'alcool ou la prise d'antidépresseurs avant l'intervention chirurgicale, il faudra y être encore plus attentif.

Quatrièmement, l'implication du patient dans le choix de la technique chirurgicale semble avoir une influence dans l'évolution post-opératoire. Cette implication n'influence-t-elle pas l'acceptation de l'intervention et de ses enjeux ? La chirurgie serait-elle une des spécialités pour laquelle la collaboration avec le patient devrait être plus développée ?

Ces quatre red flags pourront être détectés s'il existe un suivi pré et post opératoire soutenu, régulier et pluridisciplinaire.

## FORCES ET LIMITES DE LA RECHERCHE

Au vu de la nature qualitative de cette recherche et de l'échantillon restreint de personnes interrogées, les résultats obtenus ne peuvent être généralisés mais les différents profils recherchés ont permis d'appréhender au mieux la diversité des vécus et ainsi de transférer ces résultats à d'autres situations rencontrées. Par ailleurs, l'analyse par théorisation ancrée a été confrontée au regard d'un deuxième chercheur, ce qui a permis d'améliorer l'objectivité de la recherche. Enfin, la richesse de cette étude tient à sa rigueur scientifique ainsi qu'à la confrontation des résultats obtenus à la littérature.

## PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Ce travail n'ayant été élaboré qu'à travers le prisme des patients, il serait intéressant d'élaborer des études qualitatives dédiées au vécu du médecin généraliste accompagnant ces patients ainsi qu'aux ressources déployées par le médecin généraliste lorsqu'il est confronté à cette problématique. Il serait également intéressant d'explorer l'expérience des spécialistes, notamment les chirurgiens, et des paramédicaux (nutritionniste

et psychologue) ainsi que de creuser l'influence de la sphère familiale sur le vécu des patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique.

## CONCLUSION

Prévenir l'obésité et accompagner les patients obèses est un enjeu sociétal majeur. Les données épidémiologiques sont sans équivoque, nous allons être de plus en plus confrontés à une population qui aura recours à la chirurgie bariatrique. Celle-ci n'a plus à démontrer son efficacité, tant sur la perte pondérale que sur la diminution des comorbidités associées. Cependant, une telle intervention bouleverse une vie. Quiconque l'envisage doit être conscient des enjeux et des changements qu'elle va apporter dans le quotidien et le suivi médical qu'elle exige à long terme. Toutes ces modifications tant corporelles que psychologiques constitueront un défi

permanent pour le reste d'une vie. Le médecin généraliste a donc un rôle à jouer pour l'accompagnement de ces patients en changement, un accompagnement ancré dans le temps. Mais ne serait-il pas plus judicieux de s'investir davantage dans la prévention de l'obésité plutôt que dans sa prise en charge ?

## RECOMMANDATIONS PRATIQUES

*Tout patient ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique est soumis à des enjeux psychiques qui doivent attirer l'attention du médecin généraliste. En postopératoire, la qualité de vie est physique mais aussi et surtout mentale. Et un accompagnement global du patient contribue à la réussite au long terme de cette opération.*

## RÉFÉRENCES

1. OMS. Obésité et surpoids. [page web]. 2019. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
2. KCE. Bariatric surgery: an HTA report on the efficacy, safety and cost-effectiveness. 2019. Disponible sur [https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2nd\\_publication\\_KCE316\\_Bariatric\\_surgery\\_Report\\_0.pdf](https://www.kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/2nd_publication_KCE316_Bariatric_surgery_Report_0.pdf)
3. Société Scientifique de Médecine Générale. Obésité et nutrition. 2019. Disponible sur :[https://www.ssmg.be/avada\\_portfolio/obesite-et-nutrition/](https://www.ssmg.be/avada_portfolio/obesite-et-nutrition/)
4. Heymsfield SB, Wadden TA. Mechanisms, Pathophysiology, and Management of Obesity. *N Engl J Med*. 2017 Jan 19;376(3):254-266. doi: 10.1056/NEJMra1514009. PMID: 28099824.
5. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, *et al.*; Swedish Obese Subjects Study. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. *N Engl J Med*. 2007 Aug 23;357(8):741-52. doi: 10.1056/NEJMoa066254. PMID: 17715408.
6. Zhou X, Yu J, Li L, Gloy VL, Nordmann A, Tiboni M, *et al.* Effects of Bariatric Surgery on Mortality, Cardiovascular Events, and Cancer Outcomes in Obese Patients: Systematic Review and Meta-analysis. *Obes Surg*. 2016 Nov;26(11):2590-2601. doi: 10.1007/s11695-016-2144-x. PMID: 26992897.
7. Navez B, Thissen J-P. Chirurgie bariatrique : le suivi en médecine générale. *Louvain Med*. 2018; 137 (5): 250-254.
8. Jarlborg P, Megevand J-M, Pralong F, Heinicke J-M. Chirurgie bariatrique: sleeve gastrectomie ou bypass gastrique, comment choisir? *Rev Med Suisse*. 2019;(15) : 618- 21.
9. Mantziari S, Duvoisin C, Demartines N, Favre L, Suter M. Complications fonctionnelles et chirurgicales après chirurgie bariatrique pour obésité sévère. *Rev Med Suisse*. 2019 ; 15 (643): 622-625.
10. Bondolfi G, Alberque C, Lymperopoulou F, Rodriguez M. Chirurgie bariatrique : enjeux psychiatriques avant et après l'intervention. *Rev Med Suisse*. 2017; 3 (549): 367-370.



11. Corminboeuf Y, Rieben I, Gebhard S, Pralong FP, Stiefel F. Préparation à la chirurgie bariatrique : lorsque prendre du temps n'est pas en perdre. *Rev Med Suisse*. 2017 ; 13 (155): 650-654.
12. Boulanouar L, Locatelli L, Meuli V, Pataky Z, Golay A. Troubles du comportement alimentaire, addiction à la nourriture et chirurgie bariatrique. *Rev Med Suisse*. 2017; 3 (555): 647–649.
13. Ferrario C, Pralong F, Daeppen J-B, Favre L. Chirurgie bariatrique et risque accru de dépendance à l'alcool. *Rev Med Suisse*. 2016; 2 (511): 602–605.
14. Morgan DJR, Ho KM, Platell C. Incidence and Determinants of Mental Health Service Use After Bariatric Surgery. *JAMA Psychiatry*. 2020 Jan 1;77(1):60-67. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2019.2741. PMID: 31553420; PMCID: PMC6763981.
15. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. *Les recherches qualitatives en santé*. Editions Armand Colin, France, 2016.
16. de Rouffignac S. Analyse qualitative. Bruxelles, Séminaire organisé par le CAMG, avril 2019 et février 2020.
17. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 2000 Jan 1;320(7226):50-2. doi: 10.1136/bmj.320.7226.50. PMID: 10617534; PMCID: PMC1117321.
18. KCE. Chirurgie l'obésité : les soins pré- et postopératoires sont cruciaux mais pas identiques partout. [page web]. 2020. Disponible sur <https://kce.fgov.be/fr/a-propos-de-nous/communiqués-de-presse/chirurgie-de-lobesite-les-soins-pre-et-postoperatoires-sont-cruciaux-mais-pas-identiques-partout>

---

## AFFILIATIONS

CAMG (Centre Académique de Médecine Générale) ; Faculté de médecine et médecine dentaire – UCLouvain, B-1200 Bruxelles

1. Médecin généraliste (Conception du protocole de recherche, recueil des données, interprétation des résultats, écriture du manuscrit)
2. Biologiste (Ecriture et relecture du manuscrit)
3. Médecin généraliste (Conception du protocole de recherche, interprétation des résultats, écriture et relecture du manuscrit)

## CORRESPONDANCE

DR. SÉGOLÈNE DE ROUFFIGNAC  
CAMG - UCLouvain  
Avenue Hippocrate, 57 bte B1.57.02  
B-1200 Woluwe-Saint-Lambert, Belgique  
+32 487 321 353  
[segolene.derouffignac@uclouvain.be](mailto:segolene.derouffignac@uclouvain.be)

Find out now **SEASON 11** - Rare à l'écoute



## CUSHING'S SYNDROME

### 5 episodes = 5 points of view

*4 experts and 1 patient testimony*

#### 1. What is Cushing's syndrome?

Available from the 8<sup>th</sup> of April 2021

Pr. Olivier Chabre, endocrinologist, *Grenoble-Alpes University Hospital - France*

#### 2. Diagnosing Cushing's syndrome

Available from the 15<sup>th</sup> of April 2021

Pr. Rosario Pivonello, endocrinologist, *University Federico II, Naples - Italy*

#### 3. Managing Cushing's syndrome - Available from the 22<sup>nd</sup> of April 2021

Pr. Jérôme Bertherat, endocrinologist, *Cochin Hospital, Paris - France*

#### 4. Managing Cushing's syndrome - patient-physician relationship - Available from the 29<sup>th</sup> of April 2021

Pr. Nienke Biermasz, endocrinologist, *Leiden University Medical Center - The Netherlands*

#### 5. Living with Cushing's syndrome - Available from the 6<sup>th</sup> of May 2021

Mrs Fournier, Cushing's patient



With the institutional support of

# Le financement de l'activité hospitalière en Belgique

Guy Durant

## The financing of hospital activity in Belgium

How are our Belgian hospitals, including the physicians who work in them, being funded? How are these funds calculated and allocated? Herein, the article's author has presented his book covering this topic. In brief, he has further explained the components of Belgian hospital financing, comparing it to what is done abroad, exposing both its strengths and weaknesses, and discussing the ambitious reform that is being scheduled by Minister Vandebroucke.

### KEY WORDS

Hospital institutions, hospital financing, payment for hospital activity, lump-sum payments, reform

**Comment nos hôpitaux, et les médecins qui y travaillent, sont financés ? Selon quel mode de calcul et quelles modalités les fonds sont-ils alloués ? L'auteur de l'article présente son livre sur le sujet. Il y explique les constituants du financement hospitalier belge, le compare à ce qui se fait à l'étranger, expose ses points forts et ses faiblesses, et évoque la réforme ambitieuse projetée par le Ministre Vandebroucke.**

## ANALYSE INTERNATIONALE

En 2021, les Editions MARDAGA publiaient un livre co-écrit avec deux collègues de l'ULB [1] : nous y analysons le financement hospitalier à travers le monde et présentons les principes méthodologiques qui sous-tendent les différents systèmes.

Les méthodes de paiement des hôpitaux et des médecins hospitaliers dans les différents pays présentent des divergences, mais surtout de larges convergences : partout on vise l'équité entre les établissements, la transparence sur l'activité et sur les coûts, la responsabilisation des acteurs, l'incitation à la performance clinique et financière. Au centre des méthodes déployées figurent les classifications médicales et médico-économiques et le concept de forfaitarisation, préféré à tout financement sur base des dépenses, des journées d'hospitalisation ou des prestations médicales.

Les techniques de budget global ou de paiement par procédure sont dépassées. Aujourd'hui prévaut (dans 60 pays, dont les USA, la France, l'Allemagne ou encore la Suisse) le paiement forfaitaire par admission par pathologie, honoraires médicaux inclus ou non : il s'agit d'un financement quelles que soient les dépenses réelles, en fonction de l'activité mesurée par la technique des groupes homogènes de malades, cliniquement similaires et consommant des ressources identiques, encore dits DRG (*diagnosis related groups*). Par ailleurs émergent de nouveaux systèmes comme les paiements groupés (*bundled payments*) ou encore les paiements pour une population, forme moderne de capitation.

Le système mérite cependant d'être amélioré pour mieux prendre en compte la qualité des soins et leur coordination, ce que les Américains appellent le *value-based purchasing* (un financement fondé sur la valeur du soin).

## LE SYSTÈME PARTICULIER DE LA BELGIQUE

Le même éditeur, Mardaga, vient de publier « Le financement de l'activité hospitalière en Belgique » [2]. Nous y décrivons, pour les hôpitaux aigus, psychiatriques et de réhabilitation, le système actuel, constitué de trois parties : le Budget des moyens financiers (anciennement appelé prix de journée), les honoraires médicaux et les produits pharmaceutiques.

Les règles sont nombreuses et très complexes. Il est difficile de s'y retrouver dans le dédale des prescriptions légales et réglementaires, la documentation est rare, l'information sur les sites de l'INAMI et du SPF Santé publique est éparse, parfois très détaillée, parfois lacunaire. Le livre a pour objet de rendre le système lisible et accessible pour le plus grand nombre d'acteurs hospitaliers.

**Le Budget des moyens financiers** (« BMF ») constitue un des trois volets du financement des hôpitaux pour les patients hospitalisés. Il s'agit d'une enveloppe annuelle, distincte hôpital par hôpital, calculée par le SPF Santé publique et payée aux hôpitaux par les mutuelles (sous déduction d'une très légère quote-part individuelle des patients). La somme est, pour les hôpitaux généraux (aigus = court séjour), basée sur l'activité de l'année antérieure la plus récente possible de chaque hôpital, celle-ci étant mesurée par la technique des groupes homogènes de malades (APR-DRG pour *All patients refined diagnosis related groups*), avec quatre niveaux de sévérité. Les DRG, issus des RHM (Résumé hospitalier minimum) sont notamment utilisés pour fixer les durées de séjour standard de chaque pathologie traitée dans chaque institution, lesquelles servent à calculer le nombre de journées justifiées (par l'activité) de l'hôpital, et partant, son nombre de lits justifiés. Celui-ci est recalculé chaque année, base des moyens qui sont alloués à l'hôpital. D'autres paramètres et mécanismes sont utilisés, comme la performance issue de la comparaison entre établissements pour la fixation de la sous-partie relative aux services administratifs et logistiques, les normes minimales de personnel soignant par lit justifié, les actes médicaux, les NRG (*Nursing related groups*) pour la mesure de l'activité infirmière, le nombre et le type d'interventions chirurgicales et leurs temps standard, le nombre d'accouchements ou encore le nombre de passages aux urgences. Il y a par ailleurs de nombreux financements forfaitaires pour diverses activités et fonctions de l'hôpital. Certains éléments du BMF donnent lieu à des révisions ultérieures en fonction des charges réelles constatées, avec un rattrapage, positif ou négatif, qui intervient plusieurs années après.

**Le financement de l'activité médicale** consiste essentiellement en une facturation à l'acte, sur base d'une nomenclature gérée par l'INAMI qui fixe les tarifs de près de 4000 codes. Il existe toutefois une série d'honoraires forfaitaires, les plus significatifs concernant les forfaits partiels par journée et par admission en biologie clinique, ceux en imagerie et les honoraires forfaitaires globalisés pour les soins à basse variabilité. L'honoraire est, sauf exception, complet, couvrant la rémunération du médecin mais aussi les coûts de la pratique, en frais de personnel équipement et locaux. Ces coûts étant généralement à charge de l'hôpital qui est l'employeur du personnel et propriétaire du matériel et des infrastructures, un prélèvement sur honoraires a lieu pour les couvrir.

**Les médicaments et les dispositifs médicaux** (prothèses, implants, matériel de synthèse), troisième constituant des revenus de l'hôpital, font l'objet d'une facturation séparée. Ensemble, les prestations pharmaceutiques représentent jusqu'à 20% du chiffre d'affaires des hôpitaux. C'est principalement lors des soins en ambulatoire que les dépenses surviennent, et elles sont en augmentation spectaculaire au cours des dix dernières années. Mais la facturation à l'unité délivrée, pour les patients hospitalisés, ne vaut plus que pour 25%, le solde faisant l'objet d'une forfaitarisation partielle : chaque hôpital se voit signifier chaque année, en fonction de ses DRG, le forfait par admission qu'il peut facturer à l'organisme assureur. Il existe cependant une liste d'exceptions : les médicaments (chers et innovants) y repris restent facturés à la prescription. Les dispositifs médicaux font, eux, l'objet d'un remboursement forfaitaire ou non, se référant à des listes publiées par l'INAMI. La grande majorité des implants ne doivent pas être couverts par le BMF.

## LA RÉFORME DU FINANCEMENT HOSPITALIER

Il est largement reconnu, et ce depuis dix ans, que le financement de l'activité hospitalière en Belgique, datant de 2002 pour la dernière version du BMF et remontant à 50 ans pour la nomenclature des actes médicaux (même s'il y a eu plusieurs révisions), doit être réformé en profondeur. La comparaison que fait le livre avec ce qui se fait à l'étranger montre que notre système est atypique et dépassé. Certes, il présente des qualités : l'utilisation de paramètres objectifs pour assurer l'équité dans l'attribution du budget fédéral disponible entre hôpitaux ; la liaison avec l'activité -l'hôpital est payé pour ce qu'il fait et non ce qu'il est- ; l'abandon de la journée comme unité de facturation au profit de l'admission ; une responsabilisation des acteurs quant à la durée de séjour et l'hospitalisation de jour. Mais le système présente aussi des défauts : il est composite et peu lisible (une enveloppe pour le BMF, des actes, des forfaits -parfois partiels-) ; avec des mélanges de prospectif

et de rétrospectif ; il est rapporté parfois à la journée, parfois à l'admission ; il est dual, BMF d'un côté, honoraires de l'autre, ce qui ne correspond pas au concept d'un hôpital intégré ; l'utilisation des DRG est cantonnée au calcul du nombre de lits justifiés et à la détermination des forfaits partiels en biologie, imagerie et médicaments ; il ne fait que peu de place à la qualité des soins, à leur coordination, à la multidisciplinarité, à la prévention et la promotion de la santé. Le système est complexe : l'Arrêté royal du 25 avril 2002 sur le BMF comporte 160 pages et les modifications sont incessantes ; le système est peu transparent ; les hôpitaux ne disposent pas d'un financement stable ; les révisions *a posteriori* créent beaucoup d'incertitudes financières. Quant aux actes médicaux, la nomenclature est obsolète, sans transparence sur les tarifs qui ne représentent plus le prix de revient des actes.

Il n'est donc pas surprenant que la Ministre Onkelinx puis la Ministre De Block aient envisagé des réformes mais elles n'ont, soit pas abouti, soit ne concernaient qu'une petite partie de l'activité. Le 28 janvier 2022, le Ministre Vandenbroucke publiait une note de 17 pages, portant notamment sur une réforme du financement des hôpitaux. L'objectif est de passer du système de lits justifiés à un système prospectif de forfaits par pathologie (x euros pour une prothèse de hanche, y euros pour un pontage coronaire), comme à l'étranger, pour les activités liées aux soins. Les honoraires médicaux restent facturés

séparément pour la partie pure, les coûts de la pratique étant inclus dans le forfait par admission. A terme, les coûts pour la pré- et la post-hospitalisation pour certaines pathologies pourront aussi être inclus dans le forfait (= les *bundled payments*). Le système sera fondé sur les coûts réels par pathologie (pour le BMF comme pour les actes médicaux) et la nomenclature sera révisée, avec une distinction entre la partie professionnelle des actes et la partie coûts de fonctionnement (ce qui ne rendra plus nécessaires les prélèvements sur honoraires, encore dits rétrocessions). Une plus grande partie qu'aujourd'hui sera affectée au financement de la qualité.

La réforme prendra cinq ans car beaucoup d'analyses doivent être effectuées. Nous croyons pouvoir dire que, considérée comme impérieuse, elle est bien accueillie par l'ensemble des acteurs hospitaliers, même si plusieurs critiques sont légitimement adressées.

La plupart des parties prenantes s'accordent à dire que pour aboutir, la réforme doit s'accompagner d'une véritable gestion de projet et d'un engagement des autorités politiques pour affronter les intérêts divergents des parties. Les conditions de réussite sont : la gouvernance du projet, le sentiment à faire passer de l'urgence et du caractère inévitable de la réforme, une vision motivante, une concertation permanente avec les acteurs et une réponse claire à toutes les questions.

## RÉFÉRENCES

1. Durant, G., Leclercq, P., Pirson, M. *Le financement des hôpitaux et de l'activité médicale – Panorama international et principes méthodologiques*, Bruxelles : Mardaga, 2021, 400 p.
2. Durant, G. *Le financement de l'activité hospitalière en Belgique - Contexte, situation actuelle et perspectives*, Bruxelles : Mardaga, 2022, 170 p.

## CORRESPONDANCE

PR. GUY DURANT  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Administrateur général honoraire  
Pr. émérite à l'UCLouvain

**Contour**  
Evolving with you

Découvrez la gestion facilitée du diabète.\*  
**Lecteur CONTOUR®NEXT**  
(connectable).  
**Faites confiance à la lumière.**



**Mieux comprendre les résultats glycémiques<sup>1</sup>** avec la fonction smartLIGHT®

**Haute précision<sup>2</sup>** prouvée de la célèbre tigelette CONTOUR®NEXT

**Evite de se repiquer** grâce à la fonction Second-Chance®<sup>3</sup>:  
60 secondes pour réappliquer du sang sur la même tigelette

**Meilleur contrôle glycémique<sup>4,5</sup>** démontré avec l'application gratuite CONTOUR®DIABETES

[www.diabetes.ascensia.com](http://www.diabetes.ascensia.com)



\*La fonctionnalité smartLIGHT® aide à mieux interpréter les résultats glycémiques<sup>1</sup>. L'application permet de s'investir plus activement dans l'autosurveillance de son diabète<sup>4,5</sup>. Avec le compte à rebours de 60 secondes (pour prélever plus de sang), l'utilisateur sait exactement le temps qu'il lui reste pour ajouter plus de sang sur la même tigelette<sup>2</sup>.

**References:** **1.** Smartson online survey, Sweden 2017. 352 respondents: People with type 1 and type 2 diabetes, over 18 years old, who tested at least 4–7 times a day. Participants received free meter and tests strips. Survey funded by Ascensia Diabetes Care. **2.** Data on File. N=326. Ascensia Diabetes Care. CNext/CTV3 Study. Protocol no. GCA-PRO-2018-006-01. **3.** Market Research. Ascensia Diabetes Care, Hall & Partners online market research, conducted April/May 2015. **4.** Stuhr A and Pardo S. Impact of Real-World Use of the CONTOUR®DIABETES App on Glycemic Control and Testing Frequency. Poster presented at the Diabetes Technology Meeting (DTM). November 8-10 2018, North Bethesda, Maryland, USA. **5.** Pardo S et al. Changes in Blood Glucose Excursions After at Least 180 Days Real-world Use of a New Smartphone Application for Blood Glucose Monitoring. Poster presented at the 12th International Conference on Advanced Technologies & Treatments For Diabetes (ATTD); February 20–23, 2019; Berlin, Germany.  
© 2019 Ascensia Diabetes Care. All rights reserved. Ascensia, the Ascensia Diabetes Care logo, Contour, Smartlight and Second-Chance are trademarks and/or registered trademarks of Ascensia Diabetes Care.

Apple and the Apple logo are trademarks of Apple Inc., registered in the U.S. and other countries. App Store is a service mark of Apple Inc. Google Play and the Google Play logo are trademarks of Google LLC. All other trademarks are properties of their respective owners and are used solely for informative purposes. No relationship or endorsement should be inferred or implied.  
Date de préparation: Octobre 2022. Code: G.DC.07.2019.PP-CN-Mtr-GBL-0016 / LMR-ADC-BE-2022015-L-FR

  
**ASCENSIA**  
Diabetes Care

# L'accompagnement du patient en cas d'inaptitude à la conduite automobile

Laurent Levecq, Margot D'Affnay, Alice Bughin

## Patient support in case of inability to drive a car

The physician's role is no longer limited to trying to make his patient aware of his physical or cognitive impairment, hoping that he will partially or fully give up on driving. The physician must support the patient and point out that there might be solutions, whether in the form of restrictions or conditions, likely to save him from financial and legal setbacks. In rare cases, it may happen that the dialogue is not possible anymore, the incapacity is proven and puts at risk both the patient and the third parties. In this specific situation, the physician might free himself from medical confidentiality without risk of ethical or criminal penalties, provided progressive and proportional actions.

### KEY WORDS

Medical impairment, driving, medical confidentiality, ethical responsibility, criminal responsibility

Le rôle du médecin ne se limite plus à simplement tenter de faire prendre conscience à son patient de sa déficience physique ou cognitive pour espérer le voir renoncer en tout ou en partie à la conduite. Il doit l'accompagner et l'informer de l'existence dans certains cas, de restrictions ou de conditions à la conduite, qui permettent de continuer de conduire sans risques de sanctions pénales ou financières. Pour les rares cas où le dialogue n'est plus possible alors que l'inaptitude est avérée et représente un risque réel pour lui ou pour des tiers, le médecin peut s'affranchir du secret médical au prix d'une action progressive et proportionnelle sans risque de sanctions déontologiques ou pénales.

## What is already known about the topic?

The quality of the physician-patient relationship is fundamental when announcing and supporting driving incapacity.

## Que savons-nous à ce propos ?

La qualité de la relation patient-médecin est fondamentale dans l'annonce et l'accompagnement d'une inaptitude à la conduite.

## What does this article bring up for us?

Medical confidentiality is the keystone of the physician-patient relationship and might exceptionally be broken if the patient keeps denying his visual incapacity, making him a real danger for himself and for third parties.

## Que nous apporte cet article ?

Le secret médical, clé de voûte de la relation patient-médecin, peut exceptionnellement être rompu lorsqu'un patient persiste à nier une inaptitude avérée et représentant un danger réel pour lui et pour des tiers.

## INTRODUCTION

Dans sa pratique, tout médecin est amené régulièrement à devoir annoncer une mauvaise nouvelle à son patient et/ou à l'entourage de ce dernier. En général, la difficulté de l'annonce est proportionnelle à la gravité ou au pronostic de la maladie ou du handicap.

L'inaptitude à la conduite est souvent particulièrement difficile à annoncer bien qu'à première vue ses conséquences semblent limitées.

Il est possible mais plutôt rare que ce soit le patient qui, se sachant porteur d'une affection médicale, soulève lui-même la question de l'aptitude à la conduite. Le plus souvent, c'est le médecin qui doit aborder ce problème car le patient n'a pas toujours conscience de l'apparition ou de l'aggravation d'une déficience physique ou cognitive et de ses conséquences sur la conduite.

L'inaptitude à la conduite nécessitera pour le patient une prise de responsabilité morale, civile et pénale, et pour le médecin une prise de responsabilité déontologique et pénale en rapport avec le secret médical.

## LES EXIGENCES LÉGALES

L'annexe 6 de l'Arrêté Royal (AR) du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire précise les normes médicales minimales et dresse la liste des affections physiques ou cognitives contre-indiquant la conduite automobile (1). Celles-ci peuvent être nerveuses, psychiques, locomotrices, cardiovasculaires, endocriniennes, auditives, vestibulaires

En ophtalmologie, il est assez simple de déterminer l'aptitude ou l'inaptitude à la conduite automobile pour les permis du groupe 1 (véhicule de maximum 3,5 tonnes avec éventuelle remorque de maximum 750 kg pour un transport de maximum 8 personnes). En effet des critères légaux sont bien définis pour l'acuité visuelle binoculaire (minimum cinq dixièmes), le champ visuel binoculaire (120 degrés minimum sur le méridien horizontal, 50 degrés minimum vers la droite et à la gauche, 20 degrés minimum vers le haut et le bas, et absence de déficit absolu dans les 20 degrés centraux) et pour la vision crépusculaire. L'AR stipule aussi mais sans définir de critères, que l'attention doit être portée sur la sensibilité à l'éblouissement et aux contrastes, la diplopie et sur « d'autres fonctions essentielles pour conduire un véhicule à moteur en toute sécurité » sans préciser néanmoins lesquelles.

Déterminer la fréquence de l'inaptitude à la conduite dans la population générale est difficile. Nous avons publié 2 études prospectives de 1000 patients chacune à propos de l'aptitude visuelle et de la conduite automobile ; l'une chez les 60 ans et plus, et l'autre chez 18-59 ans (2, 3). Parmi les

60 ans et plus, 9,6 % des conducteurs étaient inaptes sur le seul critère de l'acuité visuelle binoculaire. Parmi les 18-59 ans, 3,9 % des conducteurs étaient inaptes sur les critères de l'acuité visuelle binoculaire ou du champ visuel binoculaire. Dans les 2 études, il était retrouvé comme facteurs statistiquement associés au maintien de la conduite malgré l'inaptitude, l'absence d'un examen ophtalmologique récent, une moindre conscience de l'inaptitude et un moindre accès aux transports et aux magasins.

## L'ANNONCE DE L'INAPTITUDE

L'article 46 de l'AR du 23 mars 1998 énonce que le médecin qui constate que le titulaire d'un permis de conduire ne répond plus aux normes médicales, est tenu légalement de l'informer (4). Au terme de l'examen médical, l'aptitude ou l'inaptitude peut donc être déclarée. Nous préférons à ce moment partager cette information à la fois au patient et à son proche entourage familial qui l'aurait accompagné en consultation, tout en laissant au patient le droit de s'y opposer (situation que nous n'avons jamais rencontrée en 20 ans). Bien souvent, le patient est surpris par cette annonce brutale d'interdiction de conduite. Différents indices auraient pu pourtant le préparer à cette annonce (petits dégâts à la voiture lors de manœuvres, remarques bienveillantes du conjoint ou plus vindicatives des autres usagers lors des déplacements, ...).

La décision d'une inaptitude suite à une mise au point médicale est toujours tardive. Avant de rendre obligatoire les tests d'évaluation pour l'aptitude à la conduite de véhicules à moteur, des mesures simples pourraient être mises en place par les autorités publiques : bilan de santé régulier, vérification des capacités visuelles et auditives, sensibilisation de l'entourage à plus de vigilance bienveillante lors de l'apparition de troubles cognitifs...

Si pour le patient la prise de conscience de ses difficultés à conduire en toute sécurité prend du temps, la compréhension des conséquences d'une interdiction de conduite est par contre assez fulgurante et entraîne en général une réaction d'opposition très marquée. Certains acceptent la décision en reconnaissant qu'ils ont des difficultés et qu'ils ont déjà restreint leurs déplacements. D'autres n'acceptent pas le verdict arguant bien sûr, que la conduite est un facteur indispensable à leur mobilité et leur indépendance. Il a bien été rapporté que l'arrêt de la conduite entraîne isolement social, dépression, accès réduit aux soins, placement en maison de retraite, ... (5).

La perte de l'autonomie pour le patient est une source de stress majeur. Elle entraîne des grandes modifications des habitudes et des lieux de vie qui n'ont pas été envisagées, anticipées et choisies par le patient. Par-delà, elle amoindrit une qualité de vie qui pourtant est bien nécessaire pour affronter tous les aléas liés à une moindre santé. Le médecin



est alors bien en peine au vu des conséquences vitales pour son patient. Afin de donner quelques perspectives encourageantes pour le patient et faciliter ainsi le travail de persuasion du médecin et éviter l'usage de la voie légale, des alternatives à la mobilité des personnes inaptes à la conduite seraient bienvenues de la part des autorités publiques !

Dans notre expérience les patients plus jeunes semblent plus facilement prêts à accepter la décision même si elle aura de lourdes conséquences sur leur vie familiale et professionnelle qu'ils devront adapter. Bien sûr avec la pandémie du Covid 19, nos habitudes de déplacement et de communication ont été transformées avec e.a. le télétravail mais nous observons déjà cette attitude de plus grande acceptation chez les patients plus jeunes avant 2020. Pour les patients plus âgés dont parfois le conjoint ne conduit pas ou plus, l'acceptation est bien plus compliquée en raison des difficultés futures d'effectuer leurs courses sans voiture ou de ne plus pouvoir aller rechercher leurs petits-enfants après l'école.

## QUE DIRE APRÈS L'ANNONCE ?

La chose fondamentale à garder à l'esprit est de faire preuve de bienveillance et d'empathie à l'égard du patient. Adopter un ton moralisateur ou paternaliste sera contreproductif et ne permettra pas de maintenir une relation de confiance. De la patience et du temps seront nécessaires pour laisser le patient réagir à notre argumentation. C'est pourquoi nous proposons souvent de le revoir une ou plusieurs fois avec son entourage.

Le premier point concerne la sécurité. Continuer à conduire sans en avoir les capacités physiques peut constituer un risque de décès ou de graves séquelles physiques pour eux-mêmes, pour les passagers (conjoint, enfants, petits-enfants) et pour les autres usagers. De plus, le faire consciemment, c'est devoir en cas d'accident grave provoqué en accepter la responsabilité morale et vivre avec les remords.

Parfois le patient peut arguer qu'il est très prudent, qu'il n'a jamais eu d'accident et qu'il se sent malgré tout en parfaite condition pour conduire. Dans ce cas nous osons la comparaison avec le chauffard alcoolisé qui pourrait évoquer le même type d'arguments (par exemple l'absence d'antécédent d'accident sous l'emprise de l'alcool ou sa parfaite capacité de maîtrise du véhicule malgré l'imprégnation alcoolique) pour se défendre devant un tribunal après un accident mortel dont il serait responsable.

Continuer à conduire alors qu'on a été averti de son incapacité physique, peut également avoir des conséquences financières et pénales.

Tout d'abord, les AR du 16 avril 2018 et du 5 février 2019 déterminent les conditions des contrats d'assurance obligatoire de responsabilité civile en matière de véhicules automoteur (6, 7). Il y est indiqué qu'en cas de restriction de son aptitude, d'inaptitude temporaire ou définitive le conducteur est tenu d'avertir son assureur ; s'il ne le fait pas il s'expose à la déclaration de nullité de son contrat d'assurance et au droit de recours de l'assureur. Non seulement, ses propres frais médicaux et ses propres dégâts matériels ne seront pas pris en charge par l'assureur mais il devra en outre rembourser les dommages versés par l'assureur aux victimes. Le droit de recours est proportionnel aux montant des indemnités versées par l'assureur aux victimes et peut s'élever jusqu'à un maximum de 31.000 euros. Par ailleurs, il faut rappeler que l'assurance responsabilité civile auto est obligatoire pour tout conducteur (8). S'il n'y souscrit pas ou plus, il s'expose à une sanction pénale : emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende de cent à mille euros (à multiplier par 8 pour les décimes additionnels) ou d'une de ces peines seulement (9).

Pour prévenir son assureur, le patient ne doit pas envoyer un simple certificat médical mais bien l'attestation d'aptitude Modèle XII (délivrée par le centre d'évaluation cfr plus loin) ou Modèle VII (délivrée par un médecin) ou Modèle VIII (délivrée par un ophtalmologue) certifiant qu'il ne peut plus conduire ou garantissant qu'il peut conduire moyennant certaines conditions ou restrictions (1).

Ensuite, l'article 8.3 de l'AR du 9 décembre 1975 impose que tout conducteur doit présenter les qualités physiques requises pour cette tâche (10). De plus, les articles 24 et 30 de l'AR du 16 mars 1968 imposent au conducteur atteint d'un des défauts physiques ou affections déterminés par le Roi, de rendre son permis à la commune endéans les 4 jours après avoir pris connaissance qu'il ne satisfait plus aux normes légales et indiquent que s'il continue à conduire, il peut être puni d'un emprisonnement de 15 jours à 6 mois, d'une amende 200 à 2000 euros (à multiplier par 8 pour les décimes additionnels) ou d'une de ces peines seulement (11). Les mêmes sanctions s'appliquent en cas d'aptitude partielle si le conducteur n'a pas fait modifier son permis de conduire aux conditions ou restrictions fixées par le centre d'aptitude ou par le médecin.

## QUE FAIRE APRÈS L'ANNONCE ?

Il faut certainement impliquer la famille du patient et son médecin traitant si l'inaptitude est établie par le spécialiste. Avoir tous le même discours peut aider le patient à agir de manière responsable.

Il ne faut pas hésiter non plus à conseiller aux conducteurs plus âgés un outil développé par l'institut indépendant pour la sécurité routière VIAS (accessible à l'adresse [www.vias.be](http://www.vias.be)).

senior-test.be) pour les aider à faire prendre conscience de l'inaptitude. Ce test anonyme permet à travers 15 questions à choix multiple et l'obtention d'un score vert, orange ou rouge, de les sensibiliser à écouter les conseils de leurs proches et à consulter leur médecin.

Enfin, il est possible d'encourager le patient à s'adresser au centre d'aptitude à la conduite et d'adaptation des véhicules (CARA) situé à Bruxelles pour les régions bruxelloise et flamande, ou au département d'aptitude à la conduite (DAC) de l'agence wallonne pour la sécurité routière situé à Namur. En pratique c'est le patient qui doit réaliser cette démarche sur base volontaire. Il télécharge au préalable un questionnaire médical à faire compléter par ses médecins généraliste et/ou spécialiste(s) en fonction de sa situation médicale (12, 13). L'évaluation est gratuite et pluridisciplinaire et comporte au minimum un examen pratique de la conduite sur route avec si nécessaire un examen médical et un examen des fonctions mentales et cognitives. Le CARA ou le DAC peut après l'avis positif du médecin qui a adressé le patient, autoriser la conduite automobile moyennant certaines restrictions, conditions et/ou adaptations du véhicule et pour une durée limitée mais renouvelable. Ainsi par exemple, un patient présentant une atteinte modérée de son champs visuel mais possédant une excellente vision binoculaire pourrait obtenir une aptitude limitée aux trajets dans un rayon de quelques kilomètres autour du domicile, aux trajets entre 1 heure après le lever et 1 heure avant le coucher du soleil, hors autoroute, ... Le CARA ou le DAC délivre alors l'attestation d'aptitude Modèle XII à remettre à l'administration communale par le patient sur base volontaire, pour modification du permis de conduire sur lequel apparaîtront les conditions/restrictions immédiatement visibles par les forces de sécurité en cas de contrôle. Cependant, ni le médecin du patient ni le centre ne reçoivent un accusé de réception de l'administration communale.

Il est à noter que tout médecin peut lui-même remplir l'attestation Modèle VII (ou VIII pour l'ophtalmologue) d'inaptitude, d'aptitude ou d'aptitude partielle moyennant certaines restrictions et conditions, sans adresser obligatoirement le patient au CARA ou au DAC (1). Nous préférons pour notre part plutôt toujours l'y adresser car cela augmente la prise de conscience par le patient de ses difficultés à conduire un véhicule et parce que nous trouvons que l'examen pratique en situation réelle est très important et complémentaire à notre évaluation.

Au bout de cet échange qui s'étale donc parfois sur plusieurs consultations, la plupart des patients se font à l'idée qu'ils ne sont plus aussi performants sur la route qu'autrefois et acceptent la décision d'inaptitude ou la nécessité de passer par un centre d'évaluation de l'aptitude.

## EN CAS DE DÉSACCORD ENTRE LE PATIENT ET LE MÉDECIN

Il existe néanmoins des patients dans le déni qui refusent tout dialogue ou remise en question et qui n'hésitent pas à brandir le bouclier du secret médical qui empêchera le médecin d'agir à son encontre.

L'article 25 du Code de déontologie médicale précise que le médecin doit respecter le secret médical (14). Mais en sa séance du 13 juillet 2013, le Conseil national de l'Ordre des médecins a remis un avis sur l'obligation de signalement par le médecin d'un patient inapte à la conduite automobile et sur la coresponsabilité du médecin si le patient inapte à la conduite provoque un accident (15). Selon cet avis le médecin doit se contenter de remplir l'attestation d'inaptitude ou d'envoyer le patient au centre d'évaluation de l'aptitude. Le patient doit ensuite prendre lui-même l'initiative d'accomplir les démarches nécessaires auprès de l'administration communale et de la société d'assurances. Ni le médecin ni le centre d'évaluation ne peuvent contrôler si le patient a donné les suites nécessaires à l'attestation rédigée. L'Ordre estime aussi que la responsabilité du médecin qui a attiré l'attention du patient sur ses obligations légales via l'attestation d'inaptitude ou l'envoi au centre d'évaluation, ne peut être mise en cause en cas d'accident si le patient a signé un formulaire de bonne réception de l'information et que cela a été acté dans son dossier. Enfin toujours dans cet avis, l'Ordre indique que si le médecin estime en conscience que le patient est susceptible de provoquer des accidents avec toutes les conséquences graves pour lui-même ou pour des tiers, cet «état de nécessité» peut néanmoins justifier qu'il communique au procureur du Roi ses doutes quant à la capacité de conduire de cette personne.

Concernant le secret professionnel, l'article 10 de la loi relative aux droits du patient stipule que le patient a droit à la protection de sa vie privée lors de toute intervention du praticien professionnel, notamment en ce qui concerne les informations liées à sa santé (16). De plus l'article 458 du Code pénal indique également que les médecins et toutes autres personnes dépositaires par état ou par profession, des secrets qu'on leur confie, qui, (...), les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement d'un an à trois ans et d'une amende de cent à mille euros (à multiplier par 8 pour les décimes additionnels) ou d'une de ces peines seulement (17). À la fin de sa conférence donnée le 4/3/2020 au CHU UCL Namur (site de Godinne) sur le secret médical, nous avons posé la question suivante à Monsieur Vincent Macq, procureur du Roi de Namur: « lorsqu'un médecin constate qu'un patient est inapte à la conduite d'un véhicule, peut-il évoquer l'état de nécessité (danger pour la sécurité du patient et de tiers) pour le dénoncer au procureur du Roi sans risque des sanctions pénales prévues par la loi pour rupture du secret médical ? ». Sa réponse a été affirmative

à condition que malgré une démarche progressive et proportionnelle du médecin, le patient soit resté fermé à toutes les tentatives de sensibilisations et propositions d'évaluation. Dans ce cas, le procureur du Roi mandatera la police pour lui saisir provisoirement son permis de conduire aussitôt qu'il se sera assis au volant de sa voiture. Il recevra ensuite une citation à la section pénale du tribunal de police qui statuera sur la possibilité de le récupérer ou non après examen médical.

## CONCLUSIONS

S'il est plutôt facile de répondre à la question de l'aptitude médicale à la conduite automobile, il est par contre plus difficile de convaincre le patient qu'il a perdu une partie de son intégrité et que son aptitude à la conduite est remise en cause. Mais le rôle du médecin ne se limite plus à juste essayer de faire prendre conscience à son patient de sa déficience physique ou cognitive pour espérer le voir renoncer en

tout ou en partie à la conduite. Il doit l'accompagner et l'informer de l'existence dans certains cas, de restrictions ou de conditions à la conduite, qui permettent de continuer de conduire sans risques de sanctions pénales ou financières. Pour les rares cas où le dialogue n'est plus possible alors que l'inaptitude est avérée et représente un risque réel pour lui ou pour des tiers, le médecin peut s'affranchir du secret médical au prix d'une action progressive et proportionnelle sans risque de sanctions déontologiques ou pénales.

## RECOMMANDATIONS PRATIQUES

En plus d'informer le patient devenu inapte à la conduite sur les conséquences morales, financières et pénales en cas de maintien des habitudes de conduite, le médecin ne doit pas hésiter à faire intervenir l'entourage, un confrère généraliste ou spécialiste, à utiliser un test de dépistage en ligne (seniortest) et à orienter le patient vers un centre d'évaluation d'aptitude à la conduite.

## RÉFÉRENCES

1. Annexe 6 de l'AR du 23 mars 1998, normes médicales minimales et attestations d'aptitude, [www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-230398/662-annexe6](http://www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-230398/662-annexe6)
2. Levecq L, De Potter P, Jamart J. Visual acuity and factors influencing automobile driving status in 1,000 patients age 60 and older. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol.* 2013; 25: 881-7.
3. Levecq L, Safi A, Jamart J, De Potter P, Oustabassidis E, Blondeau *et al.* Visual acuity, visual field, and factors influencing automobile driving status in one-thousand subjects aged 18 to 59 years. *Int J Ophthalmol Clin Res.* 2017; 4: 079: 1-8.
4. Article 46 de l'AR du 23 mars 1998, obligation d'information du médecin, [www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-230398/642-t3hs4afd6](http://www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-230398/642-t3hs4afd6)
5. Owsley C. The vision and driving challenge. *J Neuroophthalmol.* 2010 Jun; 30: 115-6.
6. Article 2 de l'AR du 16 avril 2018, obligations du conducteur envers sa compagnie d'assurance, [www.code-de-la-route.be/pdf/wijzigingen/Verzekering/2019-02-19.pdf](http://www.code-de-la-route.be/pdf/wijzigingen/Verzekering/2019-02-19.pdf)
7. AR du 5 février 2019, droit de recours de la compagnie d'assurance, [www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-16-04-2018/1960-ar-160419](http://www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/ar-16-04-2018/1960-ar-160419)
8. Moniteur Belge du 8 décembre 1989, obligation d'assurance responsabilité civile auto, [www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/lois/w211189/983-hs2-v15-983](http://www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/lois/w211189/983-hs2-v15-983)
9. Loi du 21 novembre 1989 relative à l'assurance obligatoire en matière de véhicules automoteurs, peines, Synthèse de l'institut VIAS du 21 février 2021, page 21, [www.code-de-la-route.be/download/Assurance%20responsabilité%20véhicules%20automoteurs.pdf](http://www.code-de-la-route.be/download/Assurance%20responsabilité%20véhicules%20automoteurs.pdf)
10. Article 8.3 de l'AR du 9 décembre 1975, capacités du conducteur, [www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/code-de-la-route/108-art8](http://www.code-de-la-route.be/textes-legaux/sections/ar/code-de-la-route/108-art8)
11. Articles 24 et 30 de l'AR du 16 mars 1968, obligations du conducteur devenu inapte, Loi de la circulation routière ([code-de-la-route.be](http://www.code-de-la-route.be))
12. Questionnaire médical du CARA à télécharger, [www.vias.be/fr/particuliers/cara/s'inscrire-au-cara](http://www.vias.be/fr/particuliers/cara/s'inscrire-au-cara)
13. Questionnaire médical du DAC de l'AWSR à télécharger, [www.aws.be/services/aptitude-a-la-conduite](http://www.aws.be/services/aptitude-a-la-conduite)
14. Article 25 du Code de déontologie médicale, le secret médical,
15. Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 13 juillet 2013, obligation de signalement et co-responsabilité du médecin, <https://ordomedic.be/fr/avis/autorite/permis-de-conduire/aptitude-a-la-conduite-responsabilite-du-medecin>
16. Article 10 de la loi relative aux droits du patient, <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>
17. Article 458 du Code pénal, sanctions en cas de rupture du secret médical, [https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&table\\_name=loi&cn=1867060801](https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1867060801)

### Conflit d'intérêts

Aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêts pour cet article.

## CORRESPONDANCE

PR LAURENT LEVECQ  
Ophtalmologie  
Chef de Service  
CHU UCL Namur - Site de Godinne  
Avenue Dr G. Thérèse 1  
B-5530 Yvoir  
[laurent.levcq@chuclnamur.uclouvain.be](mailto:laurent.levcq@chuclnamur.uclouvain.be)

# Taux de survie à moyen terme de la cupule à double mobilité Polarcup® dans l'arthroplastie primaire de hanche

Juan Toussaint<sup>1</sup>, Julien Vanderplasschen<sup>1</sup>, Didier Postlethwaite<sup>2</sup>

## Medium-term survival rate of dual mobility Polarcup® cup in primary hip arthroplasty

The purpose of this study was to evaluate the medium-term survival of a dual mobility (D.M.) new generation cup: Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) in primary hip arthroplasty, in a population over the age of 70 (mean in our study: 80 years old). In comparison with other studies, our results are similar in terms of medium-term implant survival (100% after 9 years of follow-up, with the occurrence of nine periprosthetic femur fractures long after the operation). This type of cup is indicated for patients with a high risk of dislocation, aged between 70 and 75 years old, with neurological pathologies, alcoholism, low muscle trophicity and prosthesis revision, as well as tumor pathology requiring cementing of the cup in a Kerboull cross-type reconstruction ring. Wear problems occurred at the beginning of the first-generation DM cups use because the surface condition and the geometry of the prosthetic neck are involved in these wear phenomena. This led to the current preference for stems with smooth necks without extraction notches and highly cross-linked polyethylene. Currently, despite a wear and survival rate comparable to that of fixed polyethylene, the risk of intra-prosthetic dislocation (2%) specific to this type of implant should make their use cautious, especially in young and active patients (1).

A more widespread use in patients over 70 years of age, supported by the significant reduction in the dislocation risk, as well as the very favorable medium-term survival results of new generation D.M. implants demonstrated by the Australian 2021 registry, could lead to a significant economic advantage (2).

### KEY WORDS

Hip arthroplasty, dual mobility, survival rate, economic advantage

Le but de cette étude est d'évaluer la survie à moyen terme d'une cupule à double mobilité (D.M.) de nouvelle génération : Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) dans l'arthroplastie primaire de hanche au sein d'une population âgée de plus de 70 ans (l'âge moyen de notre cohorte est de 80 ans). En comparaison avec d'autres études, nos résultats sont similaires en termes de taux de survie d'implant à moyen terme (100% à 9 ans de follow-up pour notre étude concernant les cotyles D.M. avec néanmoins 9 fractures péri-prothétiques du fémur à distance de l'opération). Ce type de cupule est indiqué chez les patients ayant un risque élevé de luxation, patients avec un âge élevé (> 70 à 75 ans), pathologies neurologiques, alcoolisme, faible trophicité musculaire, reprise de prothèse et pathologie tumorale nécessitant un cimentage de la cupule dans un anneau de reconstruction type croix de Kerboull. Des problèmes d'usure sont survenus au début de l'utilisation des cotyles D.M. de première génération car l'état de surface et la géométrie du col prothétique interviennent dans ces phénomènes d'usure, amenant à privilégier actuellement des tiges avec cols lisses dépourvus d'encoche d'extraction et de polyéthylène hautement réticulé. Actuellement, malgré un taux d'usure et de survie comparable au polyéthylène fixe, le risque de luxation intra-prothétique (2%) propre à ce type d'implant, doit rendre leur indication prudente notamment chez les sujets jeunes et actifs (1).

Une utilisation plus répandue chez les patients de plus de 70 ans confortée par la réduction significative du risque de luxation et des résultats de survie des implants D.M. de nouvelle génération à moyen terme très favorable comme le démontre le registre australien 2021 pourrait amener à un avantage économique conséquent (2).

### What is already known about the topic?

The new generation of D.M. cups using highly cross-linked polyethylene, including the Polarcup® cup (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas), coupled with the use of a smooth-necked femoral stem, have a longer life span than older generation D.M. cups.

### What does this article bring up for us?

The encouraging results regarding medium-term longevity, as reported in the Australian 2021 registry (fig. 6 and 7), and the significant reduction of the dislocation risk (fig. 8) could lead to a more widespread use of the new generation D.M. cup in primary hip arthroplasty in people over 70 years of age, resulting in health care savings.

### Que savons-nous à ce propos ?

Les cupules à double mobilité de nouvelle génération utilisant un poly-éthylène hautement réticulé dont fait partie le cotyle Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) couplé à l'utilisation d'une tige fémorale à col lisse ont une longévité supérieure aux cupules à D.M. d'ancienne génération.

### Que nous apporte cet article ?

Les résultats encourageant en termes de longévité à moyen terme comme repris dans le registre australien 2021 (fig. 6 et 7) et de réduction significative du risque de luxation (fig. 8) pourraient amener les cupules D.M. de nouvelle génération à une utilisation plus répandue en arthroplastie primaire de hanche chez les plus de 70 ans amenant à une économie de soins de santé.

## INTRODUCTION

Le nombre croissant d'arthroplastie totale de hanche impose aux chirurgiens de faire des choix tribologiques. La revue des registres internationaux démontre une grande variabilité dans les choix d'implants en fonction des pays.

Au cours de ces dernières années, les résultats publiés à moyen terme des cotyles à D.M. de nouvelle génération utilisant un poly-éthylène hautement réticulé sont très encourageants en termes de survie selon le registre australien 2021 (2,3) (Fig. 6 et 7) et de satisfaction (4) avec toutefois un principe de vigilance chez les jeunes patients actifs par rapport au risque éventuel de corrosion (5).

Dans le cas des cotyles à double mobilité, l'insert en poly-éthylène n'est pas solidarifié à la cupule lui permettant ainsi de s'articuler à la fois avec cette dernière et la tête.

Cette configuration particulière permet à la D.M. d'augmenter l'amplitude des mouvements (R.O.M : range of motion) en jouant sur la mobilité entre tête-liner et liner-cupule. La tête est donc couverte pour de plus grandes amplitudes articulaires (6,7).

L'avantage premier de ce système est de diminuer le risque de luxation dont l'incidence atteindrait : les 3,5% dans les arthroplasties primaires (8) et représenterait la 3<sup>ème</sup> cause de reprise selon le dernier rapport du registre belge des implants Orthopride (9).

Dès lors, un des enjeux de ces dernières années réside dans l'augmentation de la stabilité des implants afin de réduire le taux de luxation. L'une des manières d'y parvenir fut l'introduction des cupules à D.M. de nouvelle génération avec poly-éthylène hautement réticulé.

Cependant, les implants de première génération furent victime d'une usure précoce de leur liner en poly-éthylène impactant directement leur durée de vie les rendant peu attractif à une utilisation répandue.

Durant les années 90, l'apparition de la réticulation a permis d'obtenir des polyéthylènes de haut poids moléculaires (UHMWPE) révolutionnant ainsi la résistance à l'usure du liner (10). Celle-ci fut encore améliorée par l'introduction de vitamine E (11) permettant de réduire l'oxydation au sein du polyéthylène.

Ces progrès en matière de longévité du poly-éthylène bénéficient à la D.M. de nouvelle génération et pourraient amener les chirurgiens à la considérer non plus comme un implant de reprise ou réservé aux cas à risque de luxation mais également en arthroplastie primaire.

À travers cette étude, nous avons voulu comparer nos résultats à moyen terme (9ans) de survie de nos arthroplasties primaires de hanche avec cupule à double

mobilité de nouvelle génération avec les résultats repris dans la littérature.

**FIGURE 1. Radiographie hanche gauche : arthroplastie totale : cotyle polarcup® - tige polarstem® -tête oxinium®**



## MÉTHODE

Nous avons réalisé une analyse rétrospective systématique des patients ayant bénéficié entre 2011 et 2013 d'une arthroplastie totale de la hanche. La totalité des interventions ont été réalisées par un même chirurgien soit par voie de Hardinge, soit par voie postérieure mini-invasive selon Moore. L'implant cotyloïdien utilisé fût le même pour tous les patients, il s'agit du cotyle Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) avec un insert polyéthylène hautement réticulé utilisant une tête en Oxinium® et une tige polarstem®.

182 patients consécutifs ont été initialement sélectionnés. Parmi ceux-ci, 14 ont été exclus pour diverses raisons.

Les critères d'inclusions furent : arthroplastie primaire réalisée entre 2011 et 2013 chronologiquement avec implant cotyloïdien à double mobilité type Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas).

Les critères d'exclusions furent : arthroplastie secondaire ; décès du patient avant 2018 (aucun patient décédé n'a eu de révision de son cotyle implanté).

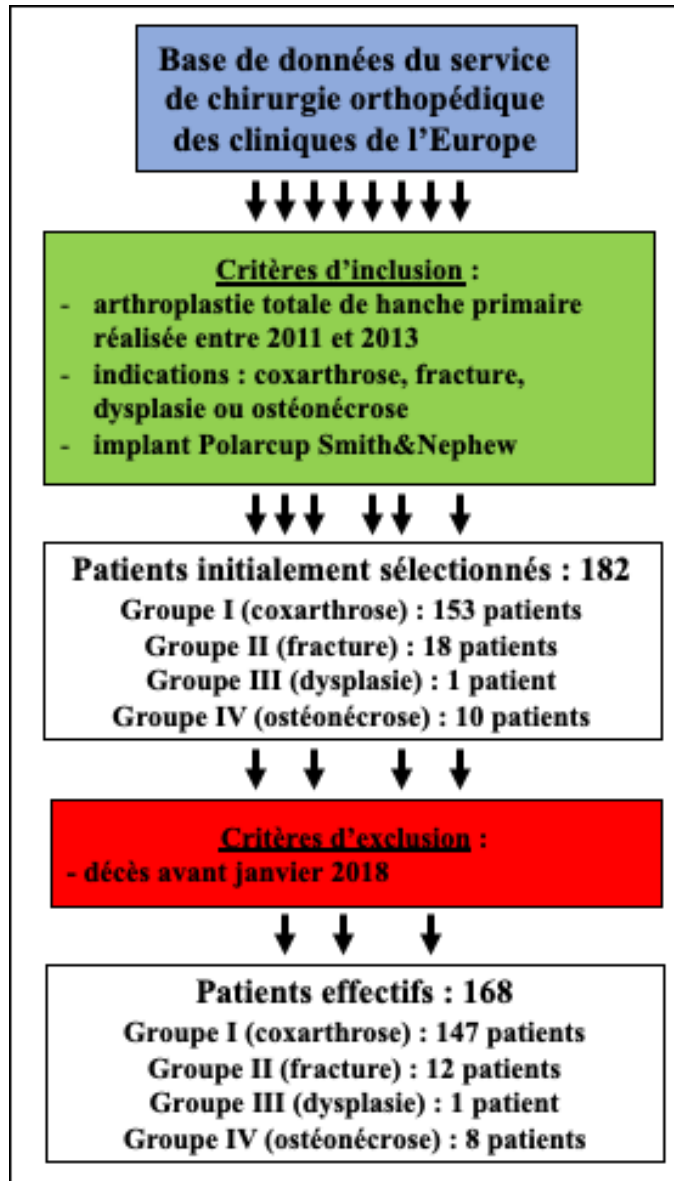
Les 168 patients effectifs en vie ont ensuite été répartis en quatre sous-groupes selon l'indication chirurgicale :

Le groupe I (coxarthrose) composé de 147 patients (87,50%), le groupe II (fracture) composé de 12 patients (7,14%), le groupe III (dysplasie) composé de 1 patient (0,60%) et le groupe IV (ostéonécrose) composé de 8 patients (4,76%).

Pour la totalité de ces patients, nous avons répertorié l'ensemble des reprises chirurgicales de la cupule pour cause de luxation, descellement septique/aseptique ou usure. Les

données ont ensuite été analysées pour l'ensemble des patients et enfin pour chacun des groupes.

**FIGURE 2. Organigramme de la sélection des patients**



**FIGURE 3. Répartition de la cohorte**

	Group I (coxarthrose)	Group II (fracture)	Group III (dysplasie)	Group IV (ostéonécrose)	Total
Patients initialement sélectionnés	153 (84,07%)	18 (9,89%)	1 (0,55%)	10 (5,49%)	182
Patients décédés avant 2018	6 (3,92%)	6 (33,33%)	0 (0,00%)	2 (20,00%)	14
Patients effectifs	147 (87,50%)	12 (7,14%)	1 (0,60%)	8 (4,76%)	168

## RÉSULTATS

### COHORTE DE PATIENT

L'âge médian des patients de la cohorte est de 80 ans.

FIGURE 4. Composition et follow-up moyen des différents sous-groupes

	Group I (coxarthrose) n = 147	Group II (fracture) n = 12	Group III (dysplasie) n = 1	Group IV (ostéonécrose) n = 8	Total n = 168
Homme	49 (33,33%)	4 (33,33%)	0 (0,00%)	4 (50,00%)	57 (33,93%)
Femme	98 (66,67%)	8 (66,67%)	1 (100,00%)	4 (50,00%)	111 (60,07%)
Temps de follow-up moyen (année; mois)	8 ; 11	8 ; 11	9 ; 0	9 ; 1	9 ; 0

### SURVIE DU COTYLE

FIGURE 5. Taux de persistance du cotyle double mobilité

	Group I (coxarthrose) n = 147	Group II (fracture) n = 12	Group III (dysplasie) n = 1	Group IV (ostéonécrose) n = 8	Total n = 168
Persistance du cotyle double mobilité	147 (100%)	12 (100%)	1 (100%)	8 (100%)	168 (100%)

Au sein de notre cohorte de 168 patients, nous n'avons observé aucune reprise de cupule. Notons que nous avons eu 9 fractures péri-prothétiques en regard de la tige à distance de l'opération.

Nous pouvons donc considérer qu'au sein de notre cohorte de patient, le taux de survie du cotyle de nouvelle génération : Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) est de 100% à 9 ans dans une population âgée de > 70 ans.

## DISCUSSION

Au vu des taux de survie similaire entre les cotyles à simple et à double mobilité et au risque relatif plus important de luxation avec les cotyles à simple mobilité (12), nous avons calculé en se basant sur les études relatives aux différences de coût entre simple et double mobilité les gains qui pourraient être réalisés en Belgique en favorisant l'utilisation de la D.M. de nouvelle génération.

Etant donné que l'implantation de cupule D.M. n'induit pas de surcoût par rapport à une cupule simple mobilité, le gain économique qui en résulte serait estimé 28,3 millions d'euro pour 100 000 prothèses (12). En Belgique 20 500 arthroplasties totales de la hanche sont réalisées par an. Une économie de 5,5 millions d'euro par an pourrait dès lors être réalisée par l'utilisation des prothèses à double mobilité en chirurgie primaire vu la diminution du risque de luxation. Cette projection économique ne pourra se faire que si la durée de vie à long terme des D.M. de nouvelle génération sera superposable aux cotyles avec insert fixe. Ce calcul théorique est en adéquation avec les résultats du registre australien actuel (fig. 6 et 7) et à mettre en réserve par rapport aux résultats du registre belge qui démontre un taux de révision des cupules à double mobilité supérieur à celui des prothèses primaires simple mobilité dès la première année. Cette tendance s'accroît à 5 ans à l'inverse du registre australien qui démontre un avantage à 9 ans.

FIGURE 6. Cumulative Percent Revision of Primary Total Conventional Hip Replacement by Acetabular Mobility (Primary Diagnosis OA)

Acetabular Mobility	N Revised	N Total	1 Yr	3 Yrs	5 Yrs	10 Yrs	15 Yrs	20 Yrs
Dual Mobility Prosthesis	223	10763	1.6 (1.4, 1.9)	2.5 (2.1, 2.8)	3.0 (2.5, 3.5)	3.8 (3.1, 4.6)		
Other Acetabular Prosthesis	11805	358071	1.6 (1.5, 1.6)	2.3 (2.3, 2.4)	2.9 (2.8, 3.0)	4.4 (4.3, 4.5)	6.5 (6.3, 6.7)	9.0 (8.3, 9.8)
<b>TOTAL</b>		<b>12028 368834</b>						

Note: All procedures using metal/metal prostheses have been excluded  
Restricted to modern prostheses

FIGURE 7. Cumulative Percent Revision of Primary Total Conventional Hip Replacement by Acetabular Mobility (Primary Diagnosis OA)

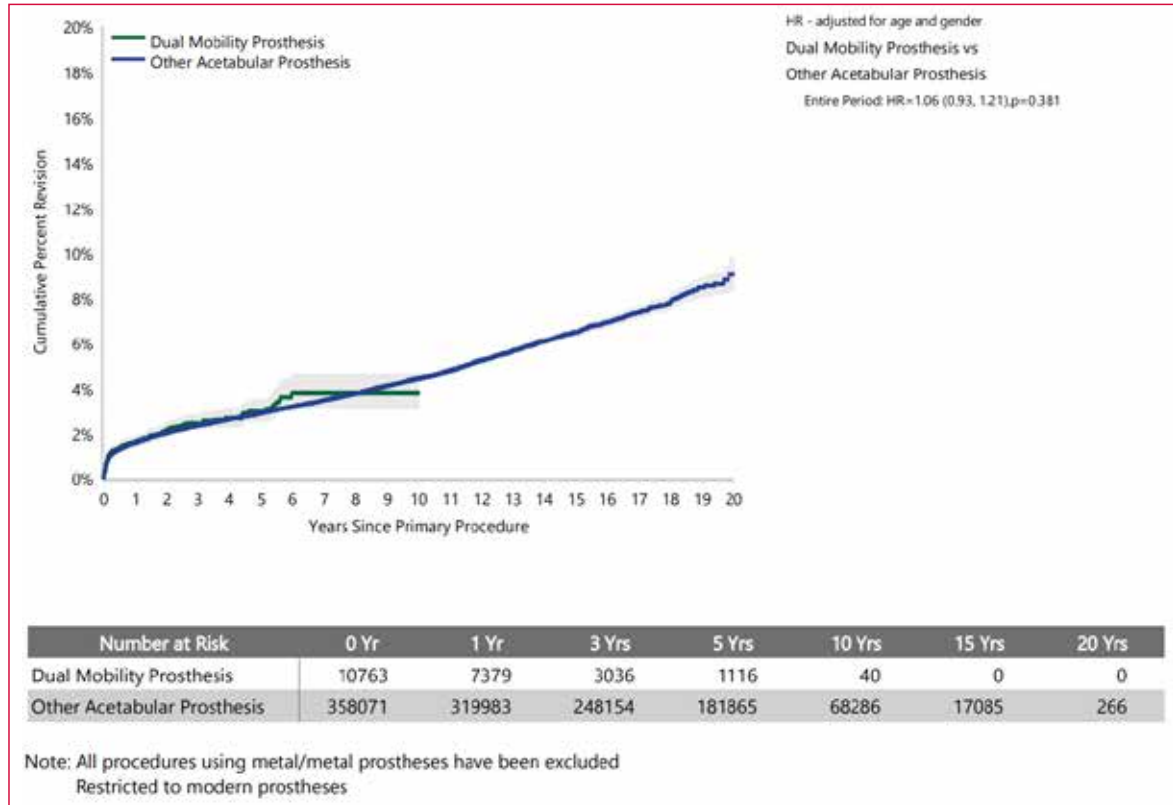
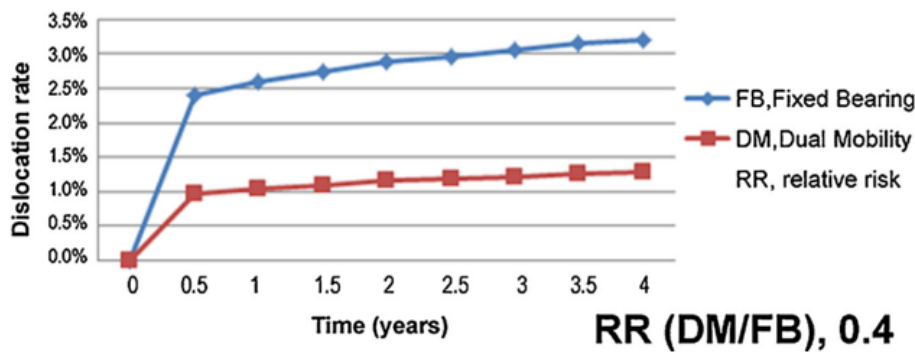


FIGURE 8. Luxation avec cupules à double mobilité à appui fixe en supposant un risque relatif (RR) de 0,4 avec la première (12)





La littérature nous rapporte en effet que le risque relatif de luxation entre une prothèse à liner fixe et à D.M. équivalait à 0.4.(12)

Le risque est donc plus faible de luxer avec une prothèse à double mobilité, les conséquences et le coût d'utilisation diminue tout autant. Ceci vaut uniquement pour le risque de luxation et pas s'il est associé à d'autres risques comme la luxation intra-prothétique, l'impingement entre le col et la cupule métallique avec une granulomatose induite à long terme associée à une éventuelle reprise. Si l'on considère les données du registre Orthoprïde lors de la première année (9), une cupule à double mobilité à un risque relatif de révision 1.28 significativement supérieur à celui d'une prothèse de hanche primaire simple mobilité paradoxalement aux résultats du registre australien (fig.6 et 7)

D'un point de vue économique, le rapport bénéfice risque est difficile à estimer. Certaines études ont tenté d'estimer ce rapport à l'aide du modèle de Markov. Ceci permettant de mettre en lumière les coûts directs et indirects des luxations de hanche en fonction des cupules utilisées. Une d'entre elles, réalisée à grande échelle, rapporte une diminution de 3000 luxations pour 100.000 arthroplasties primaires réalisées. Le surcoût de ces reprises pour luxation est estimé à 28,3 millions d'euro. (12)

Les biais de notre étude résident principalement dans l'analyse unicentrique, un seul chirurgien et une instrumentation unique.

## CONCLUSION

Notre étude démontre une survie de 100% à moyen terme (9 ans) du cotyle à double mobilité de nouvelle génération Polarcup® (Smith&Nephew, Fort Worth, Texas) dans l'arthroplastie totale primaire de hanche chez les patients de plus de 70 ans (80 ans d'âge médian pour notre cohorte). Ces résultats en termes de survie à moyen terme sont tout à fait comparables aux cotyles à insert fixe et à ceux d'autres études en termes de survie et de risque de luxation dans une population âgée de plus de 70 ans (7). Le nombre de reprise pour luxation, descellement ou usure d'implant est de 0% dans notre étude.

Notons qu'il y a eu 9 fractures péri-prothétiques au niveau du fémur à distance de l'opération.

Le suivi à long terme de notre cohorte permettra d'évaluer si la survie des cotyles D.M. de nouvelle génération est comparable à celle des simples mobilités mais aussi d'analyser si l'utilisation plus répandue de ces implants permettra une réelle économie de soins de santé.

## RECOMMANDATIONS PRATIQUES

Aux vues de la littérature, des résultats du registre australien 2021 et des résultats de notre étude, nous recommandons l'utilisation des cotyles à double mobilité de nouvelle génération dans l'arthroplastie primaire de hanche chez les patients de plus de 70 ans. Le principe de précaution persiste chez les patients plus jeunes selon la littérature actuelle. (13)

## RÉFÉRENCES

1. De Martino I, D'Apolito R, Soranoglou VG, Poultsides LA, Sculco PK, Sculco TP. Dislocation following total hip arthroplasty using dual mobility acetabular components: a systematic review. *Bone Joint J.* 2017 Jan;99-B(ASuppl1):18-24. doi: 10.1302/0301-620X.99B1.BJJ-2016-0398.R1.
2. Australian Orthopaedic Association National Joint Replacement Registry. *Annual Report 2021*. Adelaide, Australia: AOA, 2021.
3. Lawrie CM, Barrack RL, Nunley RM. Modular dual mobility total hip arthroplasty is a viable option for young, active patients: a mid-term follow-up study. *Bone Joint J.* 2021 Jul;103-B(7 Supple B):73-77. doi: 10.1302/0301-620X.103B7.BJJ-2021-0145.R1. PMID: 34192909.
4. Samy AM, Mahmoud AA, El-Tantawy A. Dual Mobility Cup: Does It Improve Patient's Satisfaction After Total Hip Arthroplasty? A Prospective Comparative Randomized Study. *J Am Acad Orthop Surg.* 2021 Nov 15;29(22):e1141-e1150. doi: 10.5435/JAAOS-D-20-00882. PMID: 33252552.
5. Nam D, Salih R, Nahhas CR, Barrack RL, Nunley RM. Is a modular dual mobility acetabulum a viable option for the young, active total hip arthroplasty patient? *Bone Joint J.* 2019 Apr;101-B(4):365-371. doi: 10.1302/0301-620X.101B4.BJJ-2018-0834.R1. PMID: 30929489.
6. Moore Chris, Orlandini luca. The Dual Mobility Concept in Total Hip Arthroplasty. *Bone&joint Science.*2012 Mar; Vol 3 No4.
7. De Martino I, Triantafyllopoulos GK, Sculco PK, Sculco PT. Dual mobility cups in total hip arthroplasty. *World Journal of Orthopedic.* 2014 July 18; 5(3): 180-187. doi:10.5312/wjo.v5.i3.180.
8. A Nationwide Population-Based Study from the Danish Hip Arthroplasty Register. *J Bone Joint Surg Am.* 2021 Feb 17;103(4):295-302. doi: 10.2106/JBJS.19.01352. PMID: 33347013.
9. Belgian Hip and Knee Arthroplasty Register. Annual report 2015-2016. *Orthopride* 2017.
10. Oral E, Wannomae KK, Hawkins N, Harris WH, Muratoglu OK. Alpha-tocopherol-doped irradiated UHMWPE for high fatigue resistance and low wear. *Biomaterials* 2004; 25:5515-22. PMID:15142733.
11. Oral E, Beckos CAG, Lozynsky AJ, Malhi AS, Muratoglu OK. Improved resistance to wear and fatigue fracture in high pressure crystallized vitamin E-containing ultrahigh molecular weight polyethylene. *Biomaterials.* 2009 Mar. 31;30(10):1870-80.
12. Epinette J-A, Lafuma A, Robert J, Doz M. Cost-effectiveness model comparing dual-mobility to fixed-bearing designs for total hip replacement in France. *Orthopaedics and Traumatologie: Surgery and research.*2016 Apr.102;2:143-148. doi.org/10.1016/j.otsr.2015.12.008.
13. Patil N, Deshmane P, Deshmukh A, Mow C. Dual Mobility in Total Hip Arthroplasty: Biomechanics, Indications and Complications-Current Concepts. *Indian J Orthop.* 2021 Oct 13;55(5):1202-1207. doi: 10.1007/s43465-021-00471-w. PMID: 34824721; PMCID: PMC8586128.

---

## AFFILIATIONS

1. Cliniques universitaires Saint-Luc, Chirurgie orthopédique et traumatologie, B-1200 Bruxelles
2. Cliniques de l'Europe de Bruxelles, site Ste-Elisabeth, B-1180 Uccle, Service de chirurgie orthopédique et traumatologie

## CORRESPONDANCE

DR JUAN TOUSSAINT  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Chirurgie orthopédique et traumatologie  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles

# Syndrome des anticorps antiphospholipides, une cause méconnue d'accidents thrombotiques multiples et variés

Camille Desender<sup>1</sup>, Pascal Fajardo<sup>2</sup>, Nicolas Epe<sup>3</sup>, Fleur André-Mathieu<sup>4</sup>, Ludivine Hougardy<sup>5</sup>

Antiphospholipid syndrome, an unrecognized cause of multiple and varied thrombotic events

The antiphospholipid syndrome is an acquired autoimmune thrombotic disorder that has been known since 1906, with an incidence of 40 to 50/100,000 people. Its complex pathophysiology remains poorly understood at present, with all organs potentially affected. Symptoms are very variable and most commonly associated with multiple thrombotic or thromboembolic events. If such manifestations including obstetric events occur in young patients, we should consider the diagnosis of antiphospholipid syndrome. Owing to its morbidity and mortality, this syndrome constitutes a diagnostic and therapeutic emergency.

## KEY WORDS

Antiphospholipid antibodies, arterial and venous thromboses, atypical presentation

Le syndrome des anticorps antiphospholipides est un désordre thrombotique acquis auto-immun décrit depuis 1906 et dont la prévalence est de 40 à 50 pour 100.000 personnes. La physiopathologie, complexe, reste encore mal comprise actuellement. L'ensemble des organes peut être touché. Les symptômes sont très variés et en relation avec des événements thrombotiques ou thrombo-emboliques multiples. Ces événements découverts chez des patients jeunes, doivent nous faire envisager ce diagnostic, en ce compris les événements obstétricaux. La morbi-mortalité du syndrome des anticorps antiphospholipides en fait une urgence diagnostique et thérapeutique.

## What is already known about the topic?

The antiphospholipid antibody syndrome (APS) is a disease with a complex pathophysiology. In clinical practice, the great variability of its clinical presentations renders its diagnosis difficult. However, the APS diagnosis is essential in order to prevent the significant morbidity and mortality associated with this syndrome.

## Que savons-nous à ce propos ?

Le syndrome des anticorps antiphospholipides est une maladie à la physiopathologie complexe. La grande variabilité de présentation clinique rend ce diagnostic difficile en pratique clinique. Pourtant celui-ci est essentiel afin de prévenir la morbi-mortalité importante qui lui est associée.

## What does this article bring up for us?

Based on a clinical case, this article nicely illustrates the atypical and multifocal character of the thrombotic events occurring in APS. We similarly recall the diagnostic criteria in view of evoking and confirming the APS presence.

## Que nous apporte cet article ?

Cet article nous illustre, au travers d'un cas clinique, le caractère atypique et multifocal des événements thrombotiques dans le SAPL. Nous rappelons aussi les critères diagnostiques permettant d'évoquer puis de confirmer la présence d'un syndrome des anticorps antiphospholipides.

## INTRODUCTION

Il s'agit d'une pathologie auto-immune dans laquelle des auto-anticorps sont dirigés contre les phospholipides membranaires. Les principales manifestations sont des événements thrombotiques ou thrombo-emboliques divers exposant les patients à une morbidité importante par dysfonction organique. Des progrès thérapeutiques sont en cours et de nouvelles cibles sont à l'étude mais actuellement l'anticoagulation par anti-vitamine K (AVK) reste le traitement de référence en dehors des grossesses.

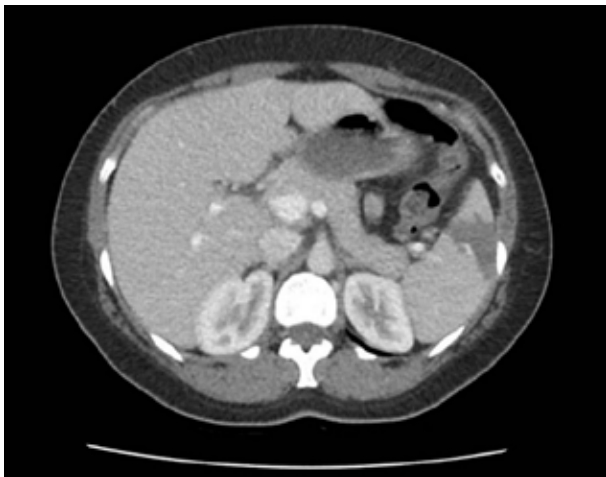
Nous relatons le cas d'une jeune patiente présentant une atteinte multi-organique étalée sur une période de plusieurs semaines avec un tableau clinique complexe et chez qui l'initiation d'un traitement anticoagulant dès l'apparition de la symptomatologie est primordial.

## CAS CLINIQUE

Il s'agit d'une patiente de sexe féminin âgée de 43 ans, non tabagique, sans co-morbidités notables et sans traitement chronique. Trois grossesses ont été menées à terme sans complication. Dans le mois précédent son admission, elle a bénéficié d'une myomectomie hystéroscopique, interrompue en raison de complications hémorragiques. Elle se présente aux urgences pour vomissements et douleur abdominale. Cliniquement, présence d'une défense en région épigastrique et hypochondre gauche. Les paramètres hémodynamiques sont stables et la biologie de base rassurante. Le Scanner abdominal objective un infarctus splénique (Figure 1).

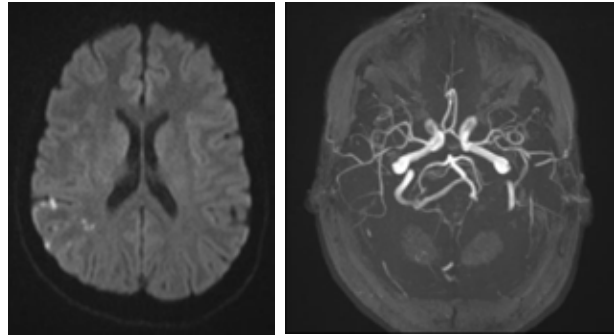
Un complément biologique est demandé en salle d'urgences, avec notamment la recherche d'anticorps antiphospholipides.

**FIGURE 1. Scanner abdominal injecté 01/10/2020 : Infarctus splénique**



Cinq jours plus tard, le diagnostic échographique de thrombophlébite superficielle d'un membre supérieur à l'emplacement d'un cathéter périphérique est posé. Cet événement est rapidement suivi d'une symptomatologie d'AIT sous forme de troubles visuels transitoires menant à la réalisation d'une IRM cérébrale objectivant des lésions vasculaires ischémiques pariétales droites d'origine emboligène (Figures 2-3). L'Échographie doppler des vaisseaux du cou et l'échocardiographie sont normales. Devant ce tableau clinique, un bilan vasculaire étiologique classique négatif et à la lumière des résultats biologiques effectués en salles d'urgence (anticoagulants lupiques et anticorps anti bêta 2 glycoprotéines positifs), le diagnostic de SAPL est posé et le traitement anticoagulant est initié (héparine de bas poids moléculaire (HBPM) puis AVK).

**FIGURE 2-3. IRM cérébrale : lésions ischémiques récentes corticales et sous-corticales focales. Par ailleurs, vascularisation centrale normale habituelle dans les pathologies micro-emboliques**



## DISCUSSION

Le syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL) est une maladie systémique auto-immune dans laquelle des auto-anticorps sont dirigés contre les phospholipides membranaires (1,2). Il est décrit comme primaire, si présent de façon isolée, ou secondaire s'il est retrouvé en association à d'autres maladies auto-immunes (comme le lupus érythémateux systémique ou la polyarthrite rhumatoïde) (2-5).

On considère qu'environ 5% à 10% de la population jeune présente des anticorps antiphospholipides, mais une minorité développera un syndrome des anticorps antiphospholipides. Certains facteurs intrinsèques ou extrinsèques semblent accentuer le risque de développer un SAPL tels que des facteurs génétiques (thrombophilie constitutionnelle), des infections (borrélia burgdorferi, tréponème, VIH, leptospirose), ou la prise de certains médicaments (6).

Ce syndrome associe nécessairement la présence de marqueurs biologiques et la présence de manifestations cliniques. Les critères diagnostiques de Sapporo élaborés au Japon en 1999 ont été mis à jour en 2006 à Sydney (7,8).

1. À la biologie, trois types d'anticorps antiphospholipides peuvent être retrouvés : l'anticoagulant lupique, l'anticorps anti-β2-glycoprotéine-1 et les anticorps anticardiolipines. L'anticoagulant du lupus a été découvert chez les patients atteints d'un lupus érythémateux systémique. Il a été appelé « anticoagulant » à la suite de son action *in vitro* mais il est bien pro-coagulant *in vivo* (2). Les recommandations précisent que les anticorps doivent être présents à deux reprises lors de tests de laboratoire réalisés à minimum 12 semaines d'intervalle (1-3,7).
2. Les manifestations cliniques associant des phénomènes thrombotiques récurrents tant au niveau veineux qu'artériels et/ou une complication obstétricale (7).
  - **Au niveau thrombotique** : tout le territoire vasculaire est à risque d'être entrepris (8).
    - a. Veineux : TVP et TVS principalement localisées au niveau des membres inférieurs.
    - b. Artériel : L'accident vasculaire cérébral est le plus fréquent (1,3,6). D'autres localisations sont décrites comme chez notre patiente où un infarctus splénique a été la première manifestation clinique de la maladie. L'occlusion de l'artère centrale de la rétine, des microangiopathies répétées au niveau cérébral ou rénal menant à des dysfonctions chroniques sont décrites (6). Des thromboses plus proximales, notamment au niveau de l'artère rénale donnant lieu à une hypertension artérielle réfractaire sont également retrouvées (6).
  - **Au niveau obstétrical** : Mort *in utero* (à plus de 10 semaines de gestation), grande prématurité, présence de 3 fausses-couches spontanées précoces inexplicables (1-6), autres (pré-éclampsie, détresse fœtale aiguë, retard de développement in-utérin, insuffisance placentaire, et HELLP syndrome (1)).
3. Certains patients (moins de 1%) peuvent développer une forme de SAPL dite « catastrophique » dans laquelle de nombreux phénomènes thrombotiques se développent simultanément dans différents organes ou tissus (1,6). Une confirmation histopathologique de phénomènes thrombotiques et la présence d'anticorps antiphospholipides est également nécessaire au diagnostic (1,6). Ces phénomènes de thromboses généralisées mènent rapidement à une défaillance multi-organique et sont associés à une mortalité élevée. Différents facteurs précipitants sont décrits (infection, chirurgie, contraceptif oral,

complication obstétricale, arrêt d'un traitement anticoagulant, cancer) (1,3,4).

4. D'autres manifestations plus rares existent : thrombocytopénie (15% des patients), livedo reticularis, ulcère de peau, valvulopathie cardiaque (Libman-Sacks), chorée (1,4). Ce sont le plus souvent les valves aortiques ou mitrales qui sont touchées, pouvant mener à une insuffisance ou à une sténose valvulaire (6).

La physiopathologie du SAPL n'est pas totalement élucidée. La présence d'anticorps antiphospholipides est décrite comme nécessaire mais non suffisante au développement de thrombus. Un élément déclencheur pro-thrombotique (trigger) est nécessaire (infection, lésion endothéliale, inflammation, facteurs immunologiques, prise d'œstro-progestatif, chirurgie ou immobilisation) (2,6). La pathogénie des anticorps antiphospholipides a été décrite selon plusieurs mécanismes avec notamment l'activation de récepteurs à la surface des cellules endothéliales, des monocytes et des plaquettes (1,2). L'activation de différentes voies de signalisation via ces anticorps mène à l'expression de molécules d'adhésion et de facteurs tissulaires, entraînant un état inflammatoire et pro-coagulant. De plus, il semblerait que l'activation de la voie du complément jouerait un rôle important dans la physiopathologie de cette maladie, surtout dans la survenue de complications obstétricales. (1,2).

Une prophylaxie primaire, par aspirine à dose de 75 à 100mg, est discutable chez les patients présentant des anticorps antiphospholipides (8,9). Celle-ci est d'autant plus indiquée s'ils cumulent d'autres facteurs de risque thrombo-emboliques (3-5).

Le traitement recommandé reste actuellement l'anticoagulation des patients par AVK avec un INR visé habituellement entre 2 et 3 (1-3,5,9). Une surveillance étroite des patients est nécessaire suite notamment aux interactions médicamenteuses, diététiques, liées aux maladies intercurrentes, au tabagisme, à la prise d'alcool ou à l'exercice sportif (3). Il est recommandé que le traitement soit maintenu à vie (2,3,5,8). Le traitement anticoagulant peut être exceptionnellement interrompu, sur avis d'expert, lors d'un épisode unique de thrombose veineuse favorisée par un facteur extrinsèque contrôlé (4,9).

Chez les patients ayant présenté une thrombose artérielle, et notamment une thrombose cérébrale, les recommandations restent incertaines (AVK versus AVK+aspirine à faible dose) (3,5,9). Certaines études soulignent le risque majoré de saignement lors de l'association d'antiagrégant et d'anticoagulant et préconisent un traitement par AVK ou par clopidogrel (4).

D'autres études suggèrent l'utilisation d'AVK seul avec un INR cible entre 3 et 4 (9).

Les anticoagulants oraux directs (AOD) dans le SAPL sont discutés mais, à ce jour, le manque d'études cliniques significatives et de résultats positifs ne permet pas de les utiliser de façon systématique en pratique (2). Certaines études ont montré une majoration des événements thrombotiques récurrents sous AOD (8-9). Dans les cas des SAPL avec thromboses veineuses, les anticoagulants oraux directs pourraient, actuellement, être prescrits en cas d'allergie, d'intolérance aux AVK ou chez les patients avec un mauvais contrôle de l'anticoagulation (2-9).

Lors des grossesses, les patientes ayant des antécédents thrombotiques sont traitées par une association d'aspirine à faible dose et d'HBPM à dose thérapeutique (1-4-5-9). Chez les patientes présentant uniquement les complications obstétricales du SAPL, il est recommandé que le traitement par aspirine et HBPM à dose prophylactique soit maintenu jusqu'à 6 semaines après l'accouchement (2,4,5,8,9).

De plus, il faudra toujours identifier et traiter les autres facteurs de risque cardio-vasculaires/thrombogènes tels que l'hyperlipidémie, le tabagisme, l'hypertension artérielle, la prise d'œstrogènes, l'immobilisation, etc. (1,3,9).

Malgré les traitements anticoagulants bien menés, il persiste un risque de récurrence thromboembolique, entraînant une morbi-mortalité non négligeable. La compréhension progressive de la physiopathologie, son

caractère pro-inflammatoire et notamment l'implication de l'activation de la voie du complément permet d'envisager de nouvelles pistes thérapeutiques (1,8). Des traitements par hydroxychloroquine, rituximab, statine, sirolimus ou plus spécifiquement éculizumab (anticorps monoclonal dirigé contre la fraction C5 du complément) sont en cours d'évaluation. Ils représentent une cible de traitement attractive (1,2,3,8).

## CONCLUSION

Notre patiente a présenté une forme de SAPL rapidement évolutive avec plusieurs événements thromboemboliques rapprochés. Il est essentiel d'évoquer un diagnostic de SAPL devant ce tableau clinique et d'initier rapidement le traitement anticoagulant par AVK.

Le syndrome des anticorps antiphospholipides est une pathologie rare qu'il est important de connaître et de pouvoir évoquer notamment dès la prise en charge en salle d'urgences. Si la survie à 10 ans est très bonne dans les études européennes, la morbidité de la maladie reste élevée avec notamment le développement d'insuffisance chronique multi-organique, d'hypertension artérielle pulmonaire, de gangrène des extrémités... Il est dès lors crucial de veiller à prendre en charge ces patients dans leur globalité et avec une participation interdisciplinaire (6).

## RÉFÉRENCES

1. Shruti Chaturvedi and Keith R McCrae. Diagnosis and management of the antiphospholipid syndrome. *Blood Rev.* 2017 Nov; 31(6): 406–417.
2. Deepa R.J., Arachchillage and Mike Laffan. Pathogenesis and management of antiphospholipid syndrome. *Br J Haematol.* 2017; 178: 181–195.
3. Amine Ghembaza and David Saadoun. Management of Antiphospholipid Syndrome. *Biomedicines.* 2020; 8, 508.
4. M. Limper, K. de Leeuw, A.T. Lely, *et al.* Diagnosing and treating antiphospholipid syndrome: a consensus paper. *Nether J Med.* 2019 Apr;77(3):98-108.
5. Wendy Lim, MD; Mark A. Crowther, MD; John W. Eikelboom, MBBS. Management of Antiphospholipid Antibody Syndrome A Systematic Review. *JAMA.* 2006; 295(9): 1050-1057.
6. Jean G. Bustamante, Amandeep Goyal, Pankaj Bansal, *et al.* Antiphospholipid Syndrome. *StatPearls.* Last Update: July 4, 2022.
7. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, *et al.* International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J Thromb Haemost.* 2006; 4: 295–306.
8. Mia Rodziewicz and David P. D’Cruz. An update on the management of antiphospholipid syndrome. *Ther Adv Musculoskelet Dis.* 2020; 12: 1759720X20910855.
9. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, *et al.* EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *Ann Rheum Dis.* 2019; 78: 1296–1304.
10. Tektonidou MG, Andreoli L, Limper M, *et al.* Management of thrombotic and obstetric antiphospholipid syndrome: a systematic literature review informing the EULAR recommendations for the management of antiphospholipid syndrome in adults. *RMD Open.* 2019; 5: e000924.
11. David A. Garcia, Munther A. Khamashta, Mark A. Crowther. How we diagnose and treat thrombotic manifestations of the antiphospholipid syndrome: a case-based review. *Blood.* 2007; 110 (9): 3122–3127.
12. R A Asherson 1, R Cervera, P G de Groot, *et al.* Catastrophic Antiphospholipid Syndrome Registry Project Group. Catastrophic antiphospholipid syndrome: international consensus statement on classification criteria and treatment guidelines. *Lupus.* 2003;12(7):530-4.

---

## AFFILIATIONS

1. Cliniques universitaires Saint-Luc, Urgences, B-1200 Bruxelles
2. Cardiologue Urgentiste (MD, FESC) : Département des Urgences, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies, Belgique
3. Chef de service adjoint des Urgences, Département des Urgences, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies, Belgique
4. Département des Urgences et des soins intensifs, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies, Belgique
5. Cheffe de service, Département des Urgences, Clinique Notre-Dame de Grâce, Gosselies, Belgique

## CORRESPONDANCE

DR. CAMILLE DESENDER  
Université catholique de Louvain  
Cliniques universitaires Saint-Luc  
Urgences  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles  
camille.desender@student.uclouvain.be

## Thrombose et hémostasie chez la femme

Professeurs Cédric Hermans et Catherine Lambert

Les troubles de la coagulation, de nature thrombotique ou hémorragique, affectent de nombreuses femmes tout au long de leur vie. Nous proposons un résumé du Webinaire consacré aux risques de thromboses favorisées par les traitements hormonaux, à la pertinence des bilans thrombophiliques et finalement au diagnostic et à la prise en charge des maladies hémorragiques dont la présence doit être évoquée chez toute femme présentant des hémorragies inhabituelles, notamment gynécologiques.

Coagulation disorders, both thrombotic and haemorrhagic, affect many women throughout their lives. We provide a summary of a Webinar on the risks of thrombosis favoured by hormonal treatments, the relevance of thrombophilic assessments and finally the diagnosis and management of haemorrhagic diseases, the presence of which should be suspected in any woman presenting unusual haemorrhages, particularly from haematological reasons.

### Femmes et thromboses

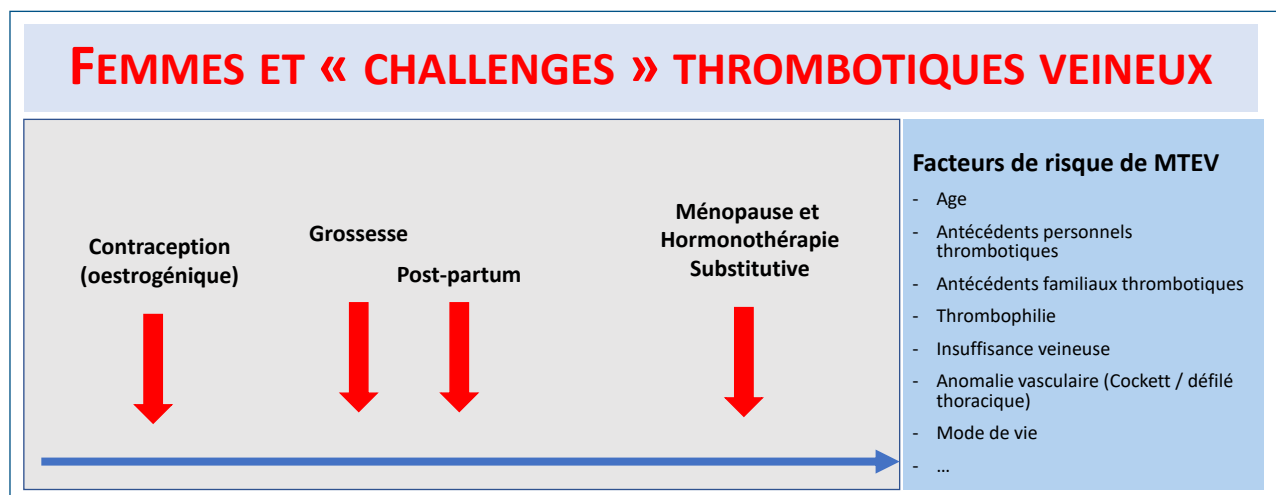
Cédric HERMANS

#### FEMMES ET CHALLENGES THROMBOTIQUES

L'instauration d'une pilule oestro-progestative (OP), la grossesse, le post-partum, la thérapie hormonale substitutive (THS) de la ménopause sont autant de circonstances qui exposent les femmes tout au long de leur vie à un risque accru de thrombose (Figure 1). Il s'agit surtout de thromboses veineuses des membres inférieurs, éventuellement compliquées d'embolie pulmonaire. Il s'agit aussi de thromboses veineuses

cérébrales, viscérales, ovariennes, oculaires. Même si plus rares, les thromboses artérielles, peuvent également affecter les femmes sous hormones, surtout celles présentant des facteurs de risque cardiovasculaires (tabagisme). Les cancers féminins (sein, ovaires) et leurs traitements (hormonothérapies) ne sont pas en reste et peuvent également majorer le risque de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV).

FIGURE 1.





## CONTRACEPTION OESTRO-PROGESTATIVE ET RISQUES THROMBOTIQUES

Les moyens contraceptifs oestrogéniques (surtout ceux qui contiennent de l'éthinyl-estradiol (EE)) majorent le risque de MTEV. Le risque de MTEV estimé à 1/10.000/an parmi les femmes jeunes entre 20-35 ans sans pilule OP est majoré à 2-3/10.000/an parmi les femmes sous pilule OP. Par comparaison, ce risque thrombotique est de 30/10.000/an lors de la grossesse et proche de 80/10.000/an après l'accouchement.

Ce risque thrombotique sous pilule est modulé par la quantité d'EE (plus faible pour les pilules faiblement dosées en EE) et par le type de progestatif. Ce risque est plus important pour les pilules OP qui contiennent un progestatif dit de 3<sup>ème</sup> génération (désogestrel / gestodène) par rapport à un progestatif de 2<sup>ème</sup> génération (lévonorgestrel). Pour les pilules qui contiennent de la drospirénone (4<sup>ème</sup> génération), souvent prescrites pour leurs propriétés anti-minéralocorticoïdes et anti-androgéniques, le risque thrombotique est proche de celui des pilules de 3<sup>ème</sup> génération. Les pilules qui contiennent de l'acétate de cyprotérone (Diane<sup>®</sup>) sont particulièrement thrombogènes.

Les pilules contraceptives ne sont pas seules concernées puisque les patchs cutanés et les anneaux vaginaux (qui contiennent de l'EE) sont associés au même risque thrombotique veineux. Ce risque de MTEV est le plus important au cours des premiers mois de traitement. Il diminue certes par la suite sans toutefois disparaître. L'excès pondéral, l'immobilité (voyage, plâtre, accident, ...), les chirurgies, le cancer, la présence d'une thrombophilie sont autant de facteurs qui majorent le risque thrombotique veineux sous contraception OP (Figure 2).

## POURQUOI LES PILULES OP SONT-ELLES THROMBOGÈNES ?

Le risque thrombotique des pilules OP est associé à la présence d'EE et modulé par le type de progestatif (plus important avec les progestatifs dits de 3<sup>ème</sup> et 4<sup>ème</sup> générations par rapports aux composés de 2<sup>ème</sup> génération). Diverses perturbations de la coagulation sanguines telles que la majoration du facteur VIII (prothrombogène), la réduction de l'antithrombine et de la protéine S (deux inhibiteurs physiologiques de la coagulation), le développement d'une résistance dite acquise à la protéine C activée (hypercoagulabilité semblable à celle observée chez les personnes porteuses de la mutation Leiden du facteur V) sont autant de mécanismes rendant compte du risque accru de thrombose lié à la prise des pilules OP.

## LE RÔLE MAJEUR DE L'INFORMATION, DE L'ÉDUCATION ET DE LA PRÉVENTION

Pratiquement, il est important d'expliquer et de bien informer toute femme candidate à un traitement contraceptif OP à propos du risque de thrombose. Une éducation des patientes vis-à-vis de la reconnaissance des signes cliniques évocateurs d'une thrombose veineuse et d'une embolie pulmonaire est encouragée. Avant de prescrire une contraception OP, il est important de bien évaluer le risque thrombotique par une anamnèse personnelle et familiale fouillée à la recherche de tous les facteurs de risque de MTEV. Un dépistage systématique de thrombophilie (explorant toutes les anomalies connues) n'a pas sa place et pourrait même être dangereux. En effet l'absence de détection de thrombophilie ne signifie pas l'absence de risque thrombotique, moins de 50 % des patients avec antécédents de MTEV étant porteurs d'une thrombophilie connue.

FIGURE 2.

<b>PRINCIPAUX FACTEURS DE RISQUE DE MTEV ET LEURS NIVEAUX DE RISQUE RESPECTIF</b>	
<b>Facteurs de risque</b>	<b>Niveaux de risque relatif</b>
Antécédents de Thrombose Veineuse	16-35 x
Chirurgie	6-22 x
Cancer	6 x
Grossesse – post-accouchement	4-14 x
Immobilisation	13 x
Thrombophilie	2-50 x
Pilule oestro-progestative	3-4 x
Traitement de substitution de la ménopause (voie orale)	3-4 x
Obésité, long voyages, varices	2-4 x

Il est toutefois bien établi que la présence d'une thrombophilie telle que la mutation Leiden du facteur V majore le risque de MTEV sous pilule OP (Figure 3).

Un dépistage systématique de thrombophilie avant la prescription d'une pilule OP n'est pas recommandé. Un dépistage ciblé peut toutefois

être envisagé s'il est motivé par un portage familial ou une forte suspicion de thrombophilie. Des antécédents thrombotiques veineux personnels ou familiaux, l'existence d'une thrombophilie, une surcharge pondérale, un tabagisme actif sont autant de contre-indications absolues ou relatives à une contraception OP.

FIGURE 3.

THROMBOSE VEINEUSE, PILULE OP ET MUTATION LEIDEN DU FACTEUR V DE LA COAGULATION		
Pilule OP	Mutation Leiden du FV	Risque de MTEV /10.000/an
non	non	1
oui	non	2-3
non	hétérozygote	5-7
oui	hétérozygote	30
non	homozygote	30
oui	homozygote	100

#### LES MÉTHODES MÉDICAMENTEUSES CONTRACEPTIVES DÉNUÉES DE RISQUES THROMBOTIQUES

Les moyens contraceptifs dénués de risque thrombotique sont les pilules progestatives faiblement dosées ou mini-pilules, les implants hormonaux progestatifs et les stérilets y compris hormonaux (progestatifs). Certaines pilules OP contenant un oestrogène naturel (estradiol) ont fait l'objet de vastes études qui témoignent d'un risque thrombotique comparable aux pilules OP à base d'EE de deuxième génération (soit un risque moindre que celui des pilules OP dites de 3 et 4ème générations). Ces pilules ne sont toutefois pas dénuées de risques thrombotiques et ne peuvent pas être prescrites à des patientes à risque ou ayant des antécédents de MTEV.

#### LA MTEV SOUS PILULE : UNE ENTITÉ CLINIQUE FRÉQUENTE JUSTIFIANT UNE GESTION SPÉCIFIQUE

La survenue d'une MTEV sous pilule est fréquente. La prise d'un traitement hormonal doit être systématiquement évoquée chez toute patiente présentant une MTEV. Fréquemment la prise d'une contraception OP s'associe à d'autres facteurs de risques acquis (voyage, immobilité, accident, chirurgie,...) ou constitutionnels (thrombophilie) pour expliquer la survenue d'une MTEV, le plus souvent multifactorielle.

Le traitement consiste en l'instauration d'une anticoagulation orale, fréquemment par un anticoagulant oral direct. De plus en plus fréquemment, la contraception OP, même si impliquée dans la survenue de la MTEV, n'est pas interrompue en phase

aiguë. Ceci permet de réduire le risque d'hémorragie gynécologique lié conjointement à l'anticoagulation (surtout avec les anticoagulants oraux directs ciblant le facteur Xa fréquemment responsables de ménorragies) et à l'arrêt de la contraception (hémorragie de privation hormonale). La recommandation actuelle est de maintenir le traitement hormonal OP aussi longtemps que la patiente est sous anticoagulant en attendant de le remplacer par une autre méthode non thrombogène (minipilule progestative – implant progestatif ou stérilet). Une femme ayant développé une MTEV sous pilule OP ne pourra plus jamais avoir recours à une contraception OP et devra bénéficier d'une prévention de la MTEV par HBPM pendant ses grossesses.

#### THÉRAPIE HORMONALE SUBSTITUTIVE DE LA MÉNOPAUSE : PRIVILÉGIER LES TRAITEMENTS TRANSCUTANÉS

Le traitement hormonal substitutif (THS) oral de la ménopause augmente également le risque de MTEV d'un facteur 2 à 4. Ce risque est péjoré par l'âge avancé de la plupart des patientes candidates à ce traitement. Les doses d'oestrogènes sont toutefois plus faibles que pour les pilules contraceptives OP. Le risque est plus élevé lors de la première année de traitement. Il n'existe toutefois pas de risque thrombotique associé aux traitements substitutifs par oestrogènes transcutanés. Ceci s'explique par la nature des oestrogènes administrés (il ne s'agit pas d'EE) et par l'absence de passage hépatique induisant des troubles de la coagulation prothrombotiques. L'oestrogène transcutané est administré seul ou en association avec un progestatif chez les patientes non hystérectomisées.

## HORMONES ET THROMBOSES ARTÉRIELLES

Le nombre de cas supplémentaires d'infarctus du myocarde et d'AVC attribuables à l'utilisation des pilules OP (par 100.000 femmes-année d'utilisation) passe de 0,4 chez une femme non fumeuse âgée de 20-24 ans à 20 chez une femme fumeuse de 40-44 ans. Le tabagisme et l'âge de plus 35 ans sont des facteurs de risque de thrombose artérielle qui doivent être pris en compte.

## TRANSITION DE GENRE ET HORMONOTHÉRAPIE

L'hormonothérapie lors d'une transition de genre homme-femme augmente le risque de thrombose. Ce risque est accru par des antécédents de thrombose, une thrombophilie, l'obésité ou d'autres facteurs de risque. Une réduction du risque thrombotique peut être obtenue en utilisant des formulations d'œstrogènes à faible risque (estradiol), la dose la plus faible possible d'œstrogènes pour obtenir les effets désirés et la voie d'administration transdermique. Aucune donnée valide ne justifie la prise prophylactique d'aspirine ou d'agents anticoagulants, ni le dépistage de la thrombophilie dans ce contexte.

## EN CONCLUSION

1. Les femmes sont particulièrement à risque de MTEV tout au long de leur vie (contraception – grossesse/postpartum – THS)
2. Les risques thrombotiques liés à la contraception oestro-progestative doivent être pris en compte et minimisés (identification des facteurs de risque, choix thérapeutiques, prévention)
3. L'information et l'éducation des patientes et des processus de décision partagée doivent être activement promus

## LECTURES RECOMMANDÉES

1. Corinne LaVasseur, Suvi Neukam, Thomas Kartika, Bethany Samuelson Bannow, Joseph Shatzel, Thomas G DeLoughery. Hormonal therapies and venous thrombosis: Considerations for prevention and management. *Res Pract Thromb Haemost* 2022, Aug 23;6(6): e12763
2. Blondon M, Casini A, Fontana P, Hugon-Rodin J. Contraception and venous thromboembolism. *Rev Med Suisse*. 2020 Dec 9;16(718):2383-2386.

---

## Femmes et maladies hémorragiques

Catherine LAMBERT

L'expression clinique des maladies hémorragiques est très variable : les saignements peuvent affecter de nombreux systèmes, ils peuvent être spontanés ou survenir à l'occasion de gestes invasifs ou de traumatismes. Les femmes peuvent en outre présenter des manifestations hémorragiques gynécologiques notamment les ménorragies, les hémorragies lors de la ménarche, de la délivrance et du post-partum.

### LES MÉNORRAGIES

Les maladies de la coagulation chez la femme sont souvent méconnues, sous diagnostiquées et insuffisamment traitées pour plusieurs raisons : la recherche médicale s'est longtemps concentrée sur les hommes atteints de trouble de la coagulation comme l'hémophilie, le manque de structure clinique dédiée aux femmes, la persistance de tabous et non-dits à propos des règles abondantes et le manque d'informations parmi les patientes et les professionnels de la santé au sujet de ce qui caractérise des règles normales ou abondantes.

L'évaluation de la tendance hémorragique repose sur une anamnèse personnelle et familiale fouillée,

l'examen clinique et l'établissement d'un score hémorragique, indicateur de la probabilité d'un trouble de la coagulation sous-jacent (Figure 4). Un indice de suspicion clinique significatif va conduire à la réalisation d'examens biologiques complémentaires comprenant habituellement un hémogramme, les tests de base de la coagulation et si nécessaire un bilan d'hémostase approfondi. Un paramètre important du score hémorragique est la présence de ménorragies. En effet, près de 20 % des femmes ayant des ménorragies peuvent présenter des troubles de la coagulation. De plus, les saignements gynécologiques sont fréquents chez les femmes atteintes de maladies héréditaires de la coagulation. Dans l'étude de Siboni et al, 71% des femmes avec une maladie de von Willebrand avaient expérimenté des ménorragies dans leur vie. La définition des ménorragies est un saignement menstruel mensuel de plus de 80 ml. Sur le plan clinique, cela peut se traduire par des règles qui durent plus de 7 jours, la nécessité de changer de protection après 1 à 2 heures ou d'utiliser une double protection (serviettes plus tampon), un change nocturne, la perte de gros caillots et une carence martiale voire une anémie.

**FIGURE 4. SCORE HEMORRAGIQUE adapté du Bleeding Assessment Tool de l'ISTH-SSC**

SYSTÈME	SÉVÉRITÉ			
Epistaxis	0=Non, insignifiant	1=Oui	2=Méchage/Cautérisation	3=Transfusion
Peau	0=Non, insignifiant	1=Pétéchies	2=Hématomes	3=Motif de consultation
Saignement lors de blessures mineures	0=Non, insignifiant	1=Oui (1-5 épisodes/an)	2= Motif de consultation	3=Chirurgie d'hémostase
Cavité orale	0=Non, insignifiant	1=Oui	2= Motif de consultation	3=Chirurgie/Transfusion
Système digestif	0=Non, insignifiant	1=Oui	2= Motif de consultation	3=Chirurgie/Transfusion
Extraction dentaire	0=Non, insignifiant	1=Oui	2= Suture/Hémostase locale	3=Transfusion
Chirurgie	0=Non, insignifiant	1=Oui	2= Ré-intervention	3=Transfusion
Ménorragies	0=Non, insignifiant	1=Oui	2=Pilule/Consultation/Fer	3=Chirurgie/Transfusion
Hémorragie du post-partum	0=Non, insignifiant	1=Oui (substitution fer)	2=Transfusion/Curetage	3=Hystérectomie
Hématomes musculaires	0=Non, insignifiant	1=Oui	2= Motif de consultation	3=Chirurgie/Transfusion
Hémarthroses	0=Non, insignifiant	1=Oui	2= Motif de consultation	3=Chirurgie/Transfusion

Valeurs normales <4 chez les hommes, <6 chez les femmes et <3 chez les enfants

Référence: Rodeghiero F, et al. ISTH/SSC bleeding assessment tool: a standardized questionnaire and a proposal for a new bleeding score for inherited bleeding disorders. *J Thromb Haemost.* 2010 Sep;8(9):2063-5

Il est crucial de ne pas négliger les ménorragies compte tenu de leur impact sur la qualité de vie des femmes. Plusieurs études ont montré une diminution de la qualité de vie chez les femmes ayant des ménorragies, avec une atteinte sur de nombreux domaines (physique et mentaux). Les ménorragies peuvent avoir des conséquences psychologiques et sociales ainsi que des implications professionnelles économiques. Elles peuvent être responsables de la limitation des activités, d'absentéisme à l'école ou au travail et par conséquent d'un niveau d'éducation plus faible. Sur le plan physique, on observe fréquemment une fatigue et des troubles de l'attention consécutifs à une carence en fer voire et/ou une anémie.

Une étude internationale effectuée en 2021 auprès de 353 généralistes a révélé que 25 % des médecins interrogés ne se sentaient pas confiants dans le traitement des ménorragies. Un travail d'éducation et de sensibilisation auprès de la population et des professionnels de la santé est donc primordial pour améliorer le diagnostic et la prise en charge des ménorragies et ainsi accroître le dépistage des femmes atteintes de trouble de la coagulation.

La prise en charge des ménorragies associée à des troubles de la coagulation est multidisciplinaire. Un bilan gynécologique conjoint est indispensable

pour s'assurer de l'absence de cause fonctionnelle ou anatomique aux ménorragies. En présence d'un trouble de l'hémostase connu chez une jeune fille, il est utile d'anticiper la ménarche afin d'éviter sur le plan physique une hémorragie, de l'anémie ou une carence martiale et sur le plan psychologique de l'anxiété liée à chaque cycle menstruel. Chez les femmes déjà réglées, la carence martiale et l'anémie seront régulièrement dépistées. Les options thérapeutiques comprennent les traitements hormonaux systémiques ou locaux – les antifibrinolytiques – les traitements hémostatiques spécifiques et parfois des interventions chirurgicales (ablation de l'endomètre, hystérectomie...). Le choix du traitement sera individualisé et adapté en fonction de l'âge, du trouble de la coagulation sous-jacent, de la sévérité des symptômes, des comorbidités et des souhaits de la patiente (maintien de la fertilité, projet de grossesse actif, tolérance des traitements hormonaux...).

Les traitements hormonaux permettent de réduire la prolifération endométriale, le développement de kystes hémorragiques, de limiter les symptômes de dysménorrhée et de régulariser les cycles. L'effet des œstrogènes sur la coagulation est bien établi avec une augmentation des facteurs VII, VIII, X, du facteur Von Willebrand et du fibrinogène. Un traitement œstrogénostatif sera par conséquent efficace pour

limiter l'abondance des règles chez les patients ayant des maladies hémorragiques. Le stérilet hormonal (lévonorgestrel) est une option efficace dans la prise en charge des ménorragies.

L'acide tranexamique (Exacyl) réduit efficacement les saignements cutanéomuqueux en inhibant l'activité fibrinolytique de la plasmine et donc de la dégradation du caillot de fibrine. Cette molécule est bon marché et accessible. La posologie habituelle est de 20 mg/kg 3 à 4 x par jour idéalement pendant toute la durée des règles. Une adaptation des doses est nécessaire en cas d'insuffisance rénale. Son utilisation est contre-indiquée en cas d'hématurie (risque de caillots et de développer un obstacle sur les voies urinaires).

Un traitement hémostatique spécifique peut s'avérer nécessaire pour limiter l'abondance des règles. Il est donc crucial d'avoir au préalable bien identifié le trouble de la coagulant pour offrir le traitement adéquat. Le Minirin (desmopressine – DDAVP) permet principalement de relarguer le facteur de Von Willebrand et FVIII à partir de ses sites de stockage (plaquettes et cellules endothéliales). Il est efficace entre autres pour les patientes souffrant de certains sous-types de la maladie de von Willebrand, les conductrices de l'hémophilie A avec déficit en FVIII et certaines thrombopathies. L'administration de concentrés de facteurs de coagulation est parfois requis.

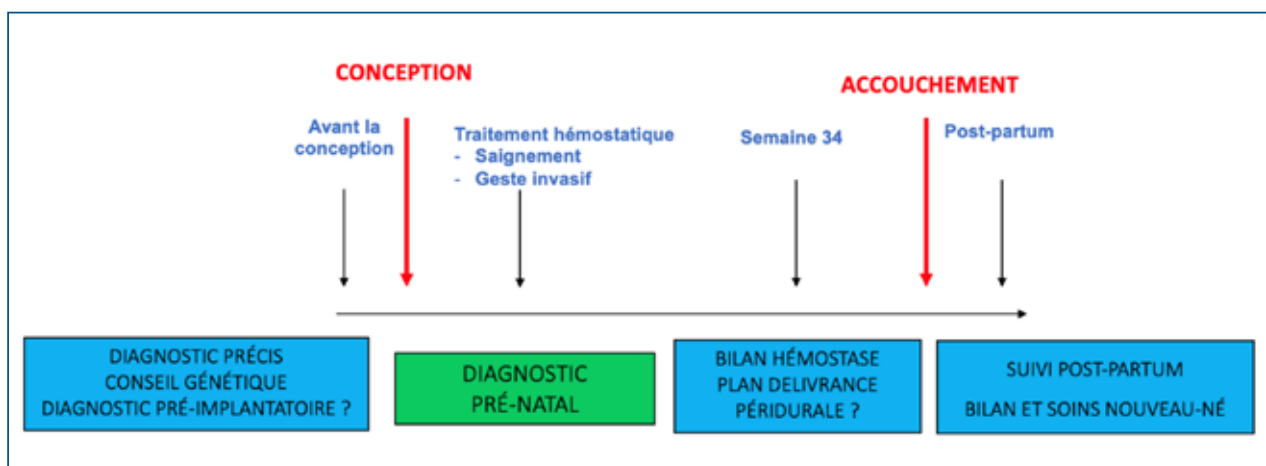
#### GESTION DE LA GROSSESSE, DE LA DÉLIVRANCE ET DU POST-PARTUM

Le risque de fausse couche ou de retard de croissance in utero n'est pas majoré chez femmes atteintes de maladies de la coagulation sanguine. Cependant, ces dernières peuvent présenter un risque hémorragique accru à l'occasion de gestes invasifs (ponction d'ovocytes, fausses couches, curetage), lors de la délivrance et en post-partum.

Et en cas de maladie héréditaire de la coagulation, le nouveau-né, s'il est atteint peut également développer des complications hémorragiques.

Il est indispensable d'établir un plan de traitement pour optimiser le suivi d'une grossesse la chez une patiente ayant une maladie hémorragique (Figure 5). Idéalement un diagnostic précis doit être obtenu avant la conception ce qui permettra de faire des propositions thérapeutiques adéquates et de proposer un conseil génétique approprié. Chez les conductrices de l'hémophilie, la détermination du sexe fœtal permet d'anticiper le risque d'avoir un garçon atteint d'hémophilie et d'optimiser la prise en charge néonatale. Comme discuté plus haut, sous l'effet de l'imprégnation hormonale, certains facteurs de coagulation peuvent augmenter et des déficits se corriger. Un bilan sanguin vers la 34e semaine de grossesse permettra de réévaluer l'hémostase et de proposer un plan hémostatique pratique pour la gestion de l'analgésie, de l'accouchement et du post-partum. L'anesthésie péridurale sera autorisée en cas de correction du déficit en facteur de coagulation. Il est recommandé d'accoucher en milieu hospitalier et idéalement dans un centre de référence ayant l'expertise dans la gestion des femmes et des enfants atteints de maladies hémorragiques. Le mode d'accouchement sera essentiellement guidé par la situation obstétricale et se vaudra le moins invasif possible tant pour la mère que le bébé (évacuation des ventouses, forceps, électrode scalp fœtal...). Une hémorragie retardée du post-partum peut survenir suite à la chute des hormones. Les taux de facteur seront donc maintenus à plus de 50% 3-4 jours pour un accouchement par voie basse et 5 jours pour une césarienne et l'acide tranexamique poursuivi pendant environ une semaine. Par prudence, un contrôle de l'hémoglobine sera effectué avant la sortie de la maternité. Les traitements hémostatiques ne contre-indiquent pas l'allaitement. De principe, on évitera les médicaments qui interfèrent avec la coagulation (aspirine-AINS...).

FIGURE 5. Suivi de la grossesse chez les femmes souffrant d'une maladie hémorragique



## EN CONCLUSION

1. Les maladies hémorragiques chez la femme sont souvent révélées par des saignements gynécologiques anormaux.
2. Une attention particulière sera accordée à la prise en charge des ménorragies chez les femmes ayant des troubles de la coagulation.
3. La gestion de la grossesse, l'accouchement et du post-partum sera organisée en étroite collaboration avec l'hématologue, l'anesthésiste, le gynécologue et le pédiatre.

## RÉFÉRENCES

1. Weyand A et al. Sexism in the management of bleeding disorders. *Res Pract Thromb Haemost.* 2020; 00: 1– 4
2. Castaman G. How I treat von Willebrand disease. *Thromb Res.* 2020 Dec; 196:618-625.
3. Siboni et al. Gynaecological and obstetrical problems in women with different bleeding disorders. *Haemophilia.* 2009 Nov;15(6):1291-9.
4. Von Mackensen S. Quality of life in women with bleeding disorders. *Haemophilia.* 2011 Jul;17 Suppl 1:33-7.
5. Govorov I, et al. Heavy menstrual bleeding, and health-associated quality of life in women with von Willebrand's disease. *Exp Ther Med.* 2016 May;11(5):1923-1929.
5. Kadir R and James A. Reproductive health in women with bleeding disorders. *WFH Monograph* 48, 2009
6. Khayat C et al. Heavy menstrual bleeding in women with inherited bleeding disorders. *Haemophilia.* 2020 Apr;26 Suppl 3:16-19.
7. Van Galen K et al. European principles of care for women and girls with inherited bleeding disorders. *Haemophilia.* 2021 Sep;27(5):837-847.
8. Mauser-Bunshoten E et al. Managing women-specific bleeding in inherited bleeding disorders: A multidisciplinary approach. *Haemophilia.* 2021 May;27(3):463-469.
9. Elbatarny M, et al. Normal range of bleeding scores for the ISTH-BAT: adult and pediatric data from the merging project. *Haemophilia.* 2014 Nov;20(6):831-5

---

## AFFILIATIONS

Service d'hématologie - Cliniques universitaires Saint-Luc - B-1200 Bruxelles

### CORRESPONDANCE

**PR. CÉDRIC HERMANS**

Cliniques universitaires Saint-Luc  
Service d'hématologie  
Avenue Hippocrate 10  
B-1200 Bruxelles  
Belgique  
02-7641785  
cedric.hermans@uclouvain.be

La nouvelle génération de **NovoPen®**

Vos stylos à insuline connectés.  
Où que vous soyez.



Découvrez tous les avantages  
des nouveaux stylos



BE22NP600006 - JAN 2022

NovoPen® 6 ))  
NovoPen Echo® Plus ))

NovoPen® 6 et NovoPen Echo® Plus peuvent être utilisés avec toutes les insulines en Penfill® de Novo Nordisk.



# NOTRE SAVOIR-FAIRE VOTRE RÉUSSITE

TRADUCTION, RÉVISION ET RÉDACTION  
DE CONTENUS SCIENTIFIQUES

## MEDICAL EDITING

- Révision linguistique de textes scientifiques
- Adaptation aux instructions pour auteurs
- Soumission aux revues

## MEDICAL WRITING

- Rédaction de publications scientifiques
- Brochures d'information pour professionnels de santé
- Contenu éditorial pour sites internet

## MEDICAL TRANSLATION

- Traduction par des « native speakers »
- Relecture par un second linguiste
- Contrôle final par un médecin

**TRES GRANDE REACTIVITE ET QUALITE IRREPROCHABLE**

POUR TOUTE INFORMATION, UNE SEULE ADRESSE : [INFO@CREMERCONSULTING.COM](mailto:INFO@CREMERCONSULTING.COM)





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

#### EDITEUR RESPONSABLE

Martin Buysschaert  
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 XIXème siècle a, avec Lamarck et Darwin, fait apparaître l'espèce humaine comme un résultat de l'évolution des espèces. Le XXème siècle a mis en évidence l'intelligence et la sensibilité animales. Ce début de XXIème 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'Ecole 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 succès. 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



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

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.



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

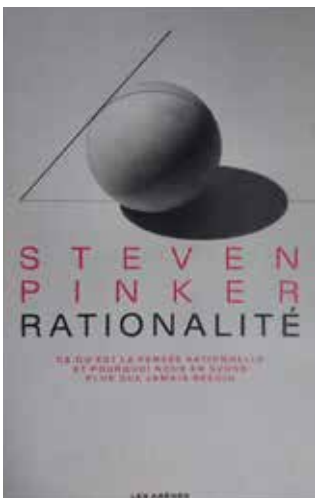
## Rationalité ? Bruitage ? Justification ?

Jean-Claude Debongnie

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

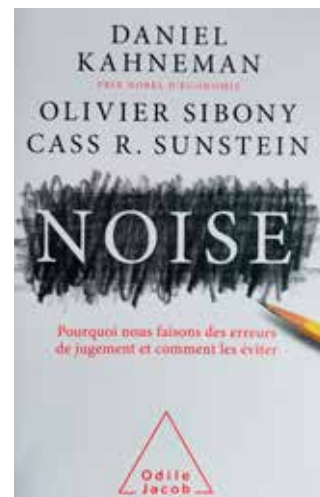
La Rochefoucauld

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  $p$  à 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

Benoît 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 !**



Louvain Médical est la revue mensuelle de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain)

## DIRECTIVES AUX AUTEURS

Louvain Médical est la revue mensuelle de la Faculté de médecine et médecine dentaire de l'Université catholique de Louvain (UCLouvain) (publiée sur papier et disponible en ligne - 10 numéros par an).

Louvain Médical publie divers types d'article évalués pour leur qualité et originalité, principalement des articles de revue, des rapports de cas, des directives pratiques, des éditoriaux et des commentaires, ainsi que des articles de recherche originaux ayant une pertinence clinique.

Chaque manuscrit soumis subit une évaluation rigoureuse par les pairs impliquant des experts locaux ou nationaux.

L'objectif principal de la revue est de contribuer activement à la formation médicale continue des professionnels de la santé, y compris les étudiants de premier et de troisième cycle, les médecins généralistes et les spécialistes de toutes les disciplines.

### SOUSSION DES ARTICLES

Tous les manuscrits doivent être envoyés par email à la rédaction (isabelle.istasse@uclouvain.be) accompagnés d'une lettre d'introduction décrivant le type d'article soumis (revue de la littérature, directives pratiques, articles de recherche originaux,) ainsi que son thème. Elle sera signée par l'auteur responsable (ou auteur principal).

**Elle attestera que tous les auteurs ont validé et approuvé la version soumise de l'article.**

### PROCESSUS D'ÉVALUATION (PEER-REVIEW) ET ACCEPTATION DES ARTICLES

Chaque article soumis est évalué par le rédacteur en chef, secondé par le responsable éditorial, en termes de qualité générale, de pertinence, de portée, d'absence de biais et de respect des règles d'éthique et de confidentialité. Les manuscrits qui ne remplissent pas ces critères sont rejetés à ce stade. Chaque manuscrit est ensuite transmis pour révision à deux ou trois experts dans le domaine. L'évaluation prend habituellement jusqu'à 3 ou 4 semaines. Les commentaires des examinateurs sont centralisés par le responsable éditorial et réévalués par le rédacteur en chef. La décision finale est ensuite communiquée aux auteurs (rejet, révision majeure ou mineure). Les auteurs ont ensuite 4 à 6 semaines pour soumettre une version révisée avec une description détaillée des modifications apportées et des réponses aux commentaires et suggestions des évaluateurs. Cette version révisée est réévaluée par le rédacteur en chef, qui l'accepte avec ou sans modifications supplémentaires. La version acceptée du manuscrit fait l'objet d'une révision en français, si nécessaire, et la version anglaise du résumé est éditée par des anglophones. Une fois les articles acceptés, seules les modifications mineures de fond (amélioration de la compréhension) et de forme (typographie) seront possibles.

### ARTICLES

La longueur des articles ne doit pas dépasser 25 000 caractères (tout compris). Les figures, tableaux, graphiques et photographies qui facilitent la lecture ainsi que des références nationales et internationales récentes sont vivement recommandés.

Les auteurs garantissent que leur manuscrit est original et n'est pas soumis pour publication dans un autre journal. Les auteurs acceptent que l'article soit publié dans la Revue Louvain Médical ainsi que sur son site Internet.

Le texte sera dactylographié sans mise en page particulière, en interligne 1.5 et paginé.

Il comprendra

- Un résumé circonstancié de 200 mots maximum structuré reprenant les points essentiels et/ou messages clés de l'article. Cet abstract sera la vitrine de l'article dans les bases de données internationales. Une version anglaise conforme à la version française doit être fournie.
- En complément au résumé, nous vous demandons de répondre de manière courte et télégraphique (petit encadré) à deux questions en français et en anglais : 1. Que savons-nous à ce propos ? What is already known about the topic? 2. Que nous apporte cet article? What does this article bring up for us?

## DIRECTIVES AUX AUTEURS

- Un encart de « Recommandations pratiques » de 3,4 lignes, en fin de texte.
- Les tableaux, graphiques et figures suivis de leur légende seront repris sur des pages séparées.
- Les photos devront être enregistrées sous format JPG, Gif, Tiff, sur une résolution de 300 DPI.

Attention : les images récupérées sur internet ne seront jamais de bonne qualité.

- Coordonnées des auteurs

Mentionner les prénoms et noms (en toutes lettres), adresses professionnelles (service, institution) pour chacun des auteurs.

Pour l'auteur de correspondance, indiquer l'adresse complète (avec numéro de téléphone et adresse électronique)

- Cas cliniques

Les cas cliniques ne seront acceptés que si l'article présente une synthèse récente et pratique d'une problématique d'intérêt général, illustrée par une vignette clinique concise. L'abstract résume le contenu général de l'article et ses messages pertinents sans détailler la vignette clinique.

Les abréviations doivent être écrites dans leur entier lors de sa première apparition dans le texte (sauf s'il s'agit d'une unité de mesure internationale).

### LES RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Les références bibliographiques sont au nombre de 15 maximum pour un case report et 20 pour un article original. Elles seront numérotées selon leur ordre d'apparition dans le texte.

Les références bibliographiques seront citées selon le modèle du New England Journal of Medicine, issu de la systématique de la NLM (U.S. Library of Medicine).

On ne mentionnera que les six premiers auteurs suivis de *et al.* en italique.

Exemple :

Hermans C, Scavée Ch. Le temps et l'expérience au profit des nouveaux thérapeutiques anticoagulants oraux. *Louvain Med.* 2014; 133 (9): 634-638.

Citations de livres : Buysschaert M. *Diabétologie clinique*. De Boeck Université, Paris, Bruxelles, 2012, 4e Edition.

Citations de chapitres : Buysschaert M. Autres diabètes. In: *Diabétologie clinique*, 25-32, De Boeck Université, Louvain-la-Neuve, Paris, 2012, 4e Edition.

Les références des adresses Internet doivent être fiables et de haute qualité scientifique.

### DROITS D'AUTEUR

L'auteur s'engage à indiquer et référencer ses sources.

L'auteur s'engage à s'appuyer sur des sources scientifiquement reconnues.

Une autorisation de copyright doit être demandée et fournie avec l'article pour toutes figures, tableaux ou images déjà publiés dans un autre journal ou site internet.

### PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DES PATIENTS

La vie privée des patients doit impérativement être respectée. Le consentement éclairé des patients doit être obtenu pour la publication de toute image et/ou situation clinique susceptibles de permettre leur identification; les patients doivent également être informés de la publication de l'article sur internet.

Pour les articles de recherche, l'auteur devra mentionner avoir respecté les principes relatifs au bien-être du patient, conformément à la Déclaration d'Helsinki, la loi du 22.08.2002 relative aux droits du patient et la Loi du 7 mai 2004 sur les expérimentations sur la personne humaine.

### CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les conflits d'intérêts doivent être signalés en fin de texte.

Les auteurs garantissent que leur manuscrit est original et n'est pas soumis pour publication dans un autre journal.

Tout article soumis à Louvain Médical fera l'objet de lectures et avis d'experts qui seront transmis à l'auteur responsable pour suite utile. La décision finale d'acceptation revient au Rédacteur en chef.

Les auteurs acceptent que l'article soit publié dans la Revue Louvain Médical ainsi que sur son site Internet.

Les articles publiés dans la revue ou sur son site internet sont propriété de Louvain Médical.

[www.louvainmedical.be](http://www.louvainmedical.be)



La revue Louvain Médical est répertoriée dans le moteur de recherche d'Elsevier (Scopus) et Google Scholar.

## INDICATIONS PRATIQUES

Les articles seront adressés au Professeur C. Hermans  
Rédacteur en chef  
de la revue Louvain Médical

Louvain Médical  
Avenue E. Mounier 52/B1.52.14  
B-1200 Bruxelles  
Belgique

Tel. 32 2 764.52.65  
Fax. 32 2 764.52.80

Les manuscrits doivent être transmis via le site internet  
<https://www.louvainmedical.be/fr/soumettre-un-article>

Contact  
Isabelle Istasse  
Responsable éditorial  
[isabelle.istasse@uclouvain.be](mailto:isabelle.istasse@uclouvain.be)





arelto®

Date last revised :  
09-06-2022 / PP-XAR-BE-1002-1



<https://go.bayer.com/tailoredprotection>