Ama contacts

In memoriam

Mai 68
Interview : Erwin Schröder
MedUCL : Vaccination

Bulletin bimestriel de l'association
des médecins Alumni de
l'Université catholique de Louvain

P901109
Bureau de dépôt Charleroi X

101 Mars - Avril 2017

Ama contacts

N°101 Mars - avril 2017

SOMMAIRE

2 **Editorial : In memoriam Pr René Krémer**

4 **Opinions : Mai 68**
René Krémer

7 **Les interviews de l'AMA-UCL :**
Erwin Schröder

10 **L'association : Congrès UCL de Médecine Générale**
Dominique Lamy

11 **Discussions MedUCL : Vaccination**

12 **Livre lu : Hôpital de l'Océan : La Panne 1914-1919 de Raymond REDING**
JC. Debongnie

13 **La médecine aux confins de la science et de l'art**
Carl Vanwelde

14 **Actualité Facultaire : interview de Dominique Vanpee**

Editorial

In memoriam Pr René Krémer

« Il faut de l'audace et de la persévérance, mais également de la sagesse et une évaluation objective des résultats. Il importe d'éviter l'orgueil mal placé, le triomphalisme, l'entêtement, l'enthousiasme non fondé et l'individualisme qui conduit à un isolement stérile et à l'erreur facile. »
R.Krémer, à propos du progrès médical, 1991

C'est avec beaucoup de tristesse que nous avons appris le décès, ce 29 janvier dernier, du Professeur René Krémer qui fut, pendant de nombreuses années, le Président de notre association. Il fut également le rédacteur en chef de la revue Ama Contacts pour laquelle, depuis des années, il a contribué à la rendre passionnante et agréable à parcourir. Ce 101e numéro publié à quelques jours de son décès et dont il a été la cheville ouvrière est l'occasion de lui rendre hommage pour la détermination, la patience, l'enthousiasme et l'ouverture d'esprit qu'il a eus pour assurer une continuité dans ces publications.

Mr. Krémer, originaire d'Arlon, né en 1926, a fait ses études de médecine pendant la guerre d'abord aux facultés universitaires de Namur et ensuite à Louvain. Comme il l'écrivait : « *Toutefois, il est clair qu'au sortir de la guerre, nous avions un important retard technique à combler et que la mobilité des malades, des étudiants et des enseignants était réduite. Les contacts avec les malades étaient rares, tout au moins dans le programme officiel des cours. Nous ressentions ce manque de pratique de notre futur métier et nous nous efforcions de compenser cette lacune par des initiatives personnelles* ». Des initiatives, il en aura eu beaucoup...

Féru de culture et d'histoire, il a réalisé par exemple une quantité d'articles considérable sur des sujets très variés dont la plupart ont été publiés dans la revue Ama Contacts. Comme président de l'association des anciens, il a entre autre été très actif dans l'enseignement continu destiné aux généralistes, développé des rencontres à la carte pour les étudiants, animé le forum d'échange « Med-UCL » sur des cas cliniques, mis en place le prix « Jean Sonnet » récompensant un médecin qui a réalisé un projet social de qualité chez nous ou ailleurs, organisé de nombreuses conférences grand public.

Notre doyen, le Professeur Dominique Vanpee, rappelle qu'il était agrégé de l'enseignement supérieur et professeur ordinaire à l'université catholique de Louvain. Monsieur Krémer était professeur mais aussi véritable médecin universitaire apprécié par ses patients. Excellent clinicien, chercheur, enseignant,

Comité de rédaction :
Martin Buysschaert, André Bosly, Roger Detry, Daniel Vanthuyne, Dominique Pestiaux

Editeur responsable :
~~René Krémer~~
~~Rue W. Ernst 11/17 - 6000 Charleroi~~

Coordination de l'édition :
Coralie Gennuso

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

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

Graphisme :
A.M. Couvreur

Couverture : Pr René Krémer.

engagé dans la société, il était reconnu par ses pairs.
Avec le prof J Prignot, il fut l'un des piliers de la transformation de l'institut Dr Thérasse en Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne aujourd'hui CHU UCL NAMUR.
En dehors des amphithéâtres de la faculté, le prof Kremer aimait transmettre aux assistants en formation et à ses collaborateurs ses connaissances cliniques et ses compétences techniques. Il aimait enseigner la pathologie cardiovasculaire aux étudiants du premier doctorat, cours dont il devient titulaire avec le Prof. L. Brasseur en 1983. Les cas cliniques - soigneusement sélectionnés et préparés - étaient très appréciés par les étudiants.

Après son éméritat en 1991, il a continué de rendre service à l'UCL par son engagement permanent dans l'enseignement continu au sein de l'Association des médecins anciens de l'UCL et dans la revue Louvain Médical, dans le seul but d'offrir aux médecins une formation post-graduée de qualité et financièrement indépendante du lobbying des firmes pharmaceutiques. Il a été le père fondateur de l'Ama Contacts, la revue de l'association des médecins Alumni de l'UCL et ce jusqu'au dernier jour. En témoigne la publication du numéro 100 quelques jours avant son décès.

Le Professeur René Fiasse souligne que ces numéros illustrés, véritables chefs d'œuvre non dépourvus d'humour, ont contribué à enrichir la culture et les connaissances historiques des médecins. Il précise aussi que suite à ses voyages dans les pays du Sud, notamment une mission à l'Université Lovanium au Congo et une mission en Bolivie, il a été frappé par la grande misère des populations. Dès lors le Professeur Krémer a accueilli avec enthousiasme les interviews de médecins ayant fait un stage de formation ou de perfectionnement à l'UCL. C'est ainsi que le Prof. Fiasse a collaboré avec lui pour des interviews de médecins du Congo en particulier de Bukavu, du Cameroun et de Bolivie. En parcourant tous les Ama Contacts avec rubriques régulières sur les handicapés célèbres, les femmes qui ont pris leur place dans l'histoire, et d'autres sujets, il souligne que René Krémer a été un grand humaniste enthousiaste et passionné.

Le Professeur Erwin Schroeder évoque, quant à lui, en ces termes la carrière clinique du Professeur René Krémer à Mont-Godinne.
En 1974, les autorités de l'UCL (Monseigneur Massaux et Mr Jean Hallet) et le Professeur Jacques Prignot – Directeur Médical des Cliniques – décident de créer un centre de chirurgie cardiaque sur le site de Godinne avec l'aide des professeurs Robert Ponlot, Charles Chalant et Jean-Claude Schoevaerdts.
En 1975, le Professeur Krémer accepte de quitter le service de Cardiologie des Cliniques St-Pierre à Louvain et de créer à Mont-Godinne un service de cardiologie universitaire, au début avec l'aide du Docteur Théophile N'Kanza et de 2 assistants en formation.
Le Professeur Krémer introduit à Mont-Godinne le cathétérisme cardiaque combiné et l'angiographie cardiovasculaire dans le but de préciser le diagnostic des valvulopathies cardiaques dans une optique chirurgicale éventuelle. L'équipe médicale grandit avec l'arrivée du Professeur Luc De Roy spécialisé dans les troubles du rythme et du Professeur Baudouin Marchandise formé spécialement à la coronarographie à l'Institut de Cardiologie de Montréal. La première coronarographie a été pratiquée en 1977 sur le site de Godinne, la première chirurgie cardiaque avec circulation extracorporelle en 1978.
En 1980, j'ai eu la chance de passer ma 3ème année de formation d'assistant en médecine interne dans ce service que le Professeur Krémer dirigeait d'une main de maître. Le Professeur Krémer aimait transmettre aux 4 assistants en formation ses connaissances cliniques et ses compétences techniques, particulièrement en cathétérisme cardiaque et en coronarographie.
À cette époque, la majorité des patients étaient admis pour des mises au point électives. Les procédures invasives (cathétérisme cardiaque combiné et coronarographie) étaient toutes programmées et réparties sur la semaine. Les pathologies valvulaires prédominaient, domaine d'expertise du Professeur Krémer.
Le Professeur Krémer était exigeant envers ses assistants. Lors des 3 tours de salle de la semaine, il testait nos connaissances théoriques et cliniques. Il attendait de nous la connaissance parfaite des dossiers des patients. En contrepartie, le Professeur Krémer dictait lui-même tous les rapports d'hospitalisation des mises au point invasives. Chaque samedi midi, il quittait la clinique avec une mallette énorme contenant les dossiers et les radiographies thoraciques pour la dictée du courrier de la semaine.
Le Professeur Krémer a toujours défendu l'approche multidisciplinaire - au moins médico-chirurgicale - dans la pathologie cardiovasculaire, heureux héritage des débuts de la cardiologie à l'UCL, à St-Raphaël, à St-Pierre et à Herent. Ainsi, le programme d'angioplastie coronaire a pu être lancé à Mont-Godinne dès 1983 grâce au soutien des équipes chirurgicales, anesthésiologiques et des soins intensifs. Dès le début de cette activité, le Professeur Krémer a instauré un contrôle de qualité par ces fameux cahiers noirs dans lesquels il notait pour chaque procédure les données cliniques et procédurales, les éventuels événements indésirables et le suivi clinique à long-terme.
Durant son mandat, 3 unités médico-techniques se sont développées dans le service, respectivement d'échocardiographie, de cathétérisme cardiaque et de

rythmologie permettant la réalisation de la première procédure de rythmologie interventionnelle en 1991.
En 1991, il laisse à son successeur un service structuré, bien équipé et en plein développement.
Après son éméritat en 1991, le Professeur Krémer a continué à rendre service en poursuivant ses activités de consultations à Mont-Godinne et au Centre Médical de Charleroi. Il était très apprécié par ses patients et les médecins référents. Il continuait à participer régulièrement aux séminaires de pathologie cardiovasculaire – la dernière fois en mai 2015 à l'âge de 89 ans ! – lors de la présentation de données de contrôle de qualité concernant les 20.000 procédures d'angioplastie coronaire réalisées depuis 1983 dans notre service.

Nous garderons de lui le souvenir d'un médecin dévoué aux soins de ses patients, d'un maître de stage attentif à la meilleure formation des assistants et stagiaires, d'un chef de service rassembleur et bienveillant envers ses collaborateurs, d'un professeur enthousiaste et passionné.
À sa famille et ses proches, nous présentons nos chaleureuses condoléances.

Dominique Pestiaux

À la soirée des 20 ans de collaboration ECU-Alformec

Opinions : mai 68

René Krémer

En finira-t-on jamais avec Mai 68 ? Quarante ans après, on n'a toujours pas cessé de dénoncer ses effets. L'aveu est de taille et souligne paradoxalement l'ampleur et l'intensité de l'événement. Il faut certes relativiser. Dans l'après-guerre, la portée de Mai n'est certes pas comparable à ce que fut la décolonisation, ni la chute du système communiste. 68 ne se limite toutefois pas à un coup de tonnerre dans un ciel calme circonscrit à l'Europe et encore moins à la France, mais constitue le pic de deux décennies d'insubordination sociale qui embrasèrent les continents.

En France, l'insurrection étudiante, la révolte ouvrière et la crise politique se sont déroulées simultanément. En Belgique, la portée de l'événement fut bien sûr plus réduite. Elle n'en fut pas moins importante, et ses différentes composantes, étudiante, ouvrière et politique, se sont étalées entre 1966 et 1975.

LE MAI BELGE

Dès 1966, c'est à Louvain que débuta la contestation universitaire. La revendication de flamandiser l'université avait cependant occulté son inscription dans un courant de contestation de la société. La révolte étudiante faisait déjà écho à Louvain à la radicalisation de la jeunesse dans le monde et à son opposition à la guerre menée par les Américains au Viêtnam. Elle avait trouvé un catalyseur dans « le diktat » des évêques contre toute scission de l'université. Le mouvement avait conduit à la chute du gouvernement de Paul Vanden Boeynants et avait entraîné une crise politique mettant en cause les structures de l'État dont nous n'avons pas encore fini de mesurer tous les effets.

Les « événements de Louvain » ne pouvaient laisser indifférente la communauté universitaire bruxelloise, elle-même aux prises avec la contestation étudiante et les demandes de scission de l'université. Début 1968, les étudiants flamands de l'Université libre de Bruxelles avaient invité Pol Goossens, leader étudiant louvaniste. Le recteur interdit l'attribution de locaux pour cette conférence. Les affrontements qui suivirent opposant les étudiants de gauche (flamands et francophones) aux étudiants de droite (et défenseurs des francophones) et l'accueil enthousiaste réservé plus tard par « l'assemblée libre » au même Pol Goossens, synthétisent le malaise interne qui minait à l'époque l'université libre exaministe. L'effervescence qui gagna à ce moment l'ULB débordera très vite dans les autres universités (Gand et Liège), dans les écoles artistiques, les académies des beaux-arts, à la Radio-Télévision Belge et dans les milieux culturels.

À la veille de 68, la question du dédoublement linguistique de l'université et celle de son expansion géographique divisaient déjà son conseil d'administration. L'autoritarisme des autorités, les méthodes pédagogiques archaïques, une liberté d'expression sous tutelle et un corps enseignant mandarinal étaient dénoncés par la CGSP-ULB et par un syndicalisme étudiant en plein développement. Ils réclamaient une réforme profonde des structures de l'université, sa démocratisation et son ouverture à la société, entravée, selon eux, par un conseil d'administration lié, par sa composition même, au monde des affaires (1).

« L'assemblée libre » qui occupa, de la mi-mai au début juillet, le grand hall de l'ULB fut incontestablement le centre du mouvement. Elle fut, selon l'expression de Marcel Liebman, plus qu'un phénomène politique, « *une entreprise de libération des consciences et des modes d'expression, une communion où se retrouvent ceux qui se côtoyaient jusqu'alors tout en s'ignorant qui, enfin, se découvrent dans une situation entièrement neuve* » (2). Celle-ci baignait dans une atmosphère d'opposition à la guerre du Viêtnam, à la dictature des colonels en Grèce et dans un « besoin de révolution ». Mais l'assemblée libre était d'abord l'antithèse de l'organisation. Toute structure était considérée comme bureaucratique et autoritaire. Le « relais » avec la classe ouvrière ne se produisit pas, d'autant plus que les syndicats ne trouvaient pas grâce aux yeux des occupants. Comme l'assemblée libre refusait de se confiner à la réforme de l'université et proclamait la nécessité préalable de la transformation de la société, dès la fin mai, des assemblées libres facultaires doublèrent celle qui occupait le grand hall. Celle-ci perdit peu à peu son pouvoir d'attraction, jusqu'à l'intervention de la police et sa disparition le 10 juillet.

QUE RESTE-T-IL DE 68 ?

La fin de l'occupation ne signa cependant pas la fin du mouvement. L'idée de réformes profondes s'était imposée. Une « Constituante » élue par toutes les composantes de la communauté universitaire fut chargée d'élaborer sa nouvelle charte. Les nouveaux statuts, adoptés en 1970, avaient mis fin au vieux conseil d'administration de notables fonctionnant par cooptation au profit d'un nouveau, élu, dans lequel se retrouvaient presque à parité les professeurs et les autres corps (assistants, étudiants, personnel administratif, technique et ouvrier). Au fond, Bruxelles redécouvrait en 1968 l'idéal type de l'université humboldienne du XIXe siècle, ayant enfin rompu sa dépendance vis-à-vis de l'Église, de l'État et du marché et formant une communauté de maîtres et d'élèves, dominée par les maîtres, se livrant ensemble, sans préjugés, à la recherche libre de la vérité.

Ce modèle de république autonome, que préfigurait d'ailleurs le projet élaboré dès 1967 par les enseignants syndiqués, fonctionnera ainsi pendant quelque dix ans. Cette université participative, dans laquelle les professeurs, disait-on, avaient pris le pouvoir, s'étendra par la suite aux autres universités tout en se normalisant. Bien qu'il reste aujourd'hui formellement le même, les changements dans lesquels l'enseignement universitaire est à présent engagé ont transformé son contenu. La démocratie déléguée s'est figée en lourdeur bureaucratique, la libre expression a été enclavée dans la restauration de l'autorité et l'imagination organisationnelle étouffée par la gestion technocratique. La communauté universitaire, imaginée en 68, n'a pas fait le poids face à la reprise en main de l'université et aux tendances à la

marchandisation de l'enseignement supérieur.

Mai 68 aura été sur l'axe Paris - Bruxelles un accélérateur de la libération des moeurs et du renouvellement culturel. Bien que circonscrit en Belgique à la sphère universitaire et culturelle, il aura aussi bousculé les clivages qui traversent la société belge. Refusant de s'inscrire dans le conflit opposant Francophones et Flamands, il aura accéléré le dédoublement de l'université et la création d'une université libre flamande à Bruxelles. Il aura aussi joué un rôle précurseur dans le desserrement du clivage philosophique entre monde catholique et laïque, mais échouera dans sa volonté d'établir le contact avec le monde ouvrier. Pendant la décennie suivante cependant, les « idées de Mai » seront au centre des conflits sociaux qui marqueront la société.

Pour ceux qui le dénigrent, Mai n'est rien d'autre qu'une révolte de « fils à papa », responsable de la « perte des valeurs » et de surcroît récupérée par le néolibéralisme. À l'opposé, sa célébration met en avant la révolte de la jeunesse, les conflits sociaux et les bouleversements culturels. Mai fut aussi l'expression de pratiques politiques inédites, pourtant rarement évoquées par la suite. À Bruxelles la revue « Mai » qui paraîtra de 1968 à 1973 explorera précisément le paradoxe d'un mouvement qui fut un grand événement politique, mais souffrait, selon l'éditorial du premier numéro, «d'un manque de politisation». En ce sens, pour la revue, Mai 68 était surtout un défi pour la gauche. En conséquence « ce n'est pas d'un excès, mais c'est d'un manque de politique que souffre la gauche » (3). Quelque 30 ans plus tard, la revue « Politique » reprendra à son compte, jusqu'à son intitulé, ce même projet entamé il y a 40 ans. Il n'est donc pas surprenant que sa dernière livraison soit consacrée aux traces de 68. (*)

Notes

(1) À la veille de Mai, les Etudiants socialistes publiaient une brochure intitulée « L'étudiant de l'ULB », avec un sous-titre significatif : de l'anticléricalisme au syndicalisme. De son côté, la CGSP-ULB rendait publiques ses revendications issues d'une longue maturation dans une brochure intitulée « L'université de demain». Elle témoignait à la fois du mécontentement des jeunes chercheurs et enseignants et annonçait déjà les structures universitaires d'après 68.

(2) Marcel LIEBMAN, « Ce que fut l'assemblée libre », Mai 68. Vingt ans déjà, Université Libre de Bruxelles, 1988, pp. 71-72. Jeune professeur à l'époque, Marcel Liebman fut une des figures marquantes du mouvement.

(3) « Mai », n° 1, décembre 1968. L'éditorial avait été rédigé par Marcel Liebman.

(*) La revue Politique consacre un dossier aux traces de Mai 68 en Belgique. Avec notamment ce qui a changé dans le monde de l'éducation ? à l'UCL (avec Paul Goossens) ? A l'ULB ? A la RTBF ? Dans les institutions culturelles ? Que reste-il du mouvement ouvrier de l'époque ? La question du féminisme ? Celle des droits sexuels ? Un face-à-face sur l'héritage de Mai 68 entre Jean-Pierre Le Goff et Michèle Zancarini... http://politique.eu.org

Les interviews de l'AMA-UCL

Erwin Schröder (1)

René Krémer

René Krémer : **Tu es donc originaire, ainsi que ton épouse, de la région de la communauté belge de langue allemande.**

Erwin Schröder : Je suis né dans un petit village très proche de la frontière allemande, Rocherath.

R.K. : Pas si petit ? J'ai vu sur internet qu'il y avait une équipe de football et un centre de ski.
Tu n'as connu que la seconde période belge des cantons, qu'on a appelait autrefois « rédimés » : j'ai vu que « rédimé » était un terme religieux qui voulait dire racheté ou sauvé. Ce titre bizarre a été donné aux cantons par la Belgique ou les alliés en 1919 et supprimé en 1970.

E.S. : Je n'ai effectivement connu que la période belge. Mon grand-père, né en 1875, a connu à deux reprises les systèmes allemands et belges, et donc 3 changements de nationalité en restant habiter dans le même village. De 1795 à 1814, la région avait été française, faisant partie du département de l'Ourthe avec Liège comme chef-lieu. En 1815, la région fut annexée à la Prusse (Congrès de Vienne). En 1919, suite au traité de Versailles, la région fut annexée à la Belgique. En 1925, la Belgique a organisé un référendum, en demandant que votent uniquement ceux qui étaient opposés à l'adhésion à la Belgique : une minorité a refusé. La région est annexée en 1940 à nouveau par l'Allemagne, puis retour à la Belgique en 1945.

R.K. : Ce n'était donc pas un vrai référendum comme celui de la Sarre en 1955, qui a ramené la Sarre à l'Allemagne.

E.S. : Mon grand-père a fait la guerre de 14-18 dans l'armée allemande : étant donné son âge, il n'a pas participé aux combats, mais gardait des ponts de chemin de fer. En 1940, les cantons de l'est ont été réintégrés dans le 3e Reich et les 8.800 enrôlés de force, envoyés majoritairement au front de l'est, où ils ont subi des pertes considérables.

R.K. : Ta famille a-t-elle été impliquée ?

E.S. : Du côté paternel, un oncle a été tué sur le front russe et mon père y a été envoyé aussi en 1942 à l'âge de 18 ans. Ma grand-mère a été tuée à Malmedy lors de l'offensive Von Rundstedt à Noël 1944. Ma tante, qui avait donné cours dans une école primaire de la région avant et pendant la guerre, a été interdite d'enseignement pendant quelques années après la guerre, au même titre que tous les fonctionnaires qui avaient travaillé pour le Reich.

R.K. : C'était injuste. Vous avez été victimes des deux côtés, un peu comme la Belgique, qui a été envahie par ses voisins tout au long de son histoire. « C'est toudi les p'tits qu'on spotch », dit-on en Wallonie.

E.S. : Ainsi, après la guerre, il y a eu une pénurie d'enseignants dans la région. J'ai étudié à l'école primaire de mon village, avec le français comme deuxième langue. Au collège épiscopal à Saint-Vith, en 1965, il y avait un mouvement de mise en valeur de la langue allemande avec une idée politique d'obtenir plus d'autonomie. En 1984, un gouvernement de la «Deutschsprachige Gemeinshaft Belgiens» a été créé.Certains professeurs du collège étaient très engagés dans ce combat d'autonomie et des cours de langue étaient donnés en allemand, comme le latin dès 1965 et le grec dès 1966. Ceux qui me précédaient d'une année étudiaient le latin en français. C'était une difficulté considérable; il fallait apprendre une langue morte par une deuxième langue, peu ou pas connue. Des tables de vocabulaire en trois colonnes étaient nécessaires.

R.K. : Et l'administration de la région ?

E.S. : Elle se faisait en allemand, mais les secrétaires communaux devaient être bilingues, car les messages et les ordres qui venaient de Verviers ou de Liège étaient rédigés en français et l'administration communale devait répondre en français.

R.K. : À Malmedy, comment se passaient les choses ?

E.S. : Sous le régime allemand (1815 à 1919), il y a eu des tentatives d'imposer la langue allemande, mais le clergé s'y est opposé, disant que c'était le Wallon qui était parlé et non le Français. Comme Allemand et Français étaient des langues importantes, c'était pour chacun une richesse de connaitre la langue et la

culture de l'autre.

R.K. : Quand as-tu choisi la médecine ?

E.S. : En dernière année au collège. Mon idée était depuis longtemps une carrière dans le domaine de la santé : médecin, dentiste, kiné etc. J'ai donc choisi la médecine à Louvain car c'était la tradition pour la majorité des jeunes à l'époque. Aujourd'hui, c'est différent, il y a des quotas pour les étudiants belges à Aix-la-Chapelle et un plus grand nombre d'étudiants va à Liège ou à Namur. Les cours de français que nous avions au collège étaient donnés par des professeurs venus de Verviers et qui ne connaissaient pas l'allemand. Comme introduction dans la langue française, nous avions les cours de chimie, de physique et, si je me rappelle bien, de mathématiques en français. Tous les autres cours étaient donnés en allemand. Ma connaissance du français était insuffisante : je comprenais le cours théorique, mais j'avais des difficultés pour parler avec les autres étudiants ou lorsque la conversation s'écartait des sciences. J'ai eu notamment des difficultés à m'exprimer lors des examens de première année. Nous avions une régionale (EUMAVIA) qui a joué un rôle très important. Nous y rencontrions des étudiants germanophones des autres facultés : c'était un foyer. La maison communautaire se trouvait à l'entrée du Faucon (« Valck »), Ladeuzeplein 30. Nous y avions une soirée informelle par semaine et une soirée officielle (appelée « Kneipe ») par mois.

R.K. : Ces rencontres avec les étudiants d'autres facultés sont enrichissantes. Elles manquent à Woluwe.

E.S. : Ensuite, j'ai fait le concours de médecine interne, sans avoir une idée précise sur le choix de ma spécialité future. Mes premiers stages se sont passés à Auvelais, où André Leblanc, maître de stage, m'a impressionné par son aspect humain et ses connaissances en endocrinologie et en gériatrie. Le samedi matin, les assistants vous présentaient des cas de cardiologie lors d'un staff. J'y ai rencontré aussi Théophile Nkanza avec qui je faisais des échocardiogrammes M-mode, une technique nouvelle à l'époque. J'en avais déjà vu lors d'un stage d'un mois à Aix-la-Chapelle. Pendant ma troisième année de stage, à Godinne, je me suis décidé pour la cardiologie. Pour la quatrième année, le Professeur Franz Lavenne m'a envoyé à Bâle en 1980 dans le cadre d'un échange en médecine interne générale et soins intensifs. C'était une médecine structurée. Dans les salles de médecine interne, il y avait près d'un tiers de patients qui attendaient une place dans une maison de repos, parfois pendant des mois. A Bâle existait à l'époque un retard important dans les infrastructures sociales. Je n'ai pas fait tout de suite la différence entre les vrais malades et la file d'attente. C'est ainsi qu'un jour, j'ai demandé une radiographie du thorax pour un de ces quasi-pensionnaires : les radiologues m'ont demandé pourquoi j'avais demandé aussi une radiographie thoracique de profil. On n'en demandait habituellement que si la radio de face était anormale. Les assistants étaient nombreux : si l'un d'eux était malade, on le remplaçait immédiatement, alors que chez le Professeur Franz Lavenne, nous devions assurer le travail de l'absent en plus du nôtre.

R.K. : Un jour, au Centre médical à Woluwe, on avait discuté de l'absence fréquente pour grossesse, surtout en pédiatrie où le sexe féminin était particulièrement bien représenté parmi les assistants, j'avais proposé un overbooking pour les assistantes en pédiatrie, dermatologie et ophtalmologie. Tout le monde m'a ri au nez.

E.S. : En Suisse, les médecins hospitaliers sont souvent absents en raison des obligations militaires et des rappels fréquents et longs pour monter en grade. Ceux qui ne suivaient pas assidument cette instruction militaire après le service obligatoire étaient mal vus.

R.K. : Considérés comme des objecteurs de conscience?

E.S. : Presque. En général, la hiérarchie dans une entreprise suisse est le reflet de la hiérarchie militaire. Les grands patrons (chefs de service) étaient des généraux – en attente d'une guerre.
En 1984, je suis revenu à Woluwe en cardiologie pour ma 5ème année chez le Professeur Franz Lavenne, ensuite je suis parti un an à Hambourg, chez le Professeur Walter Bleifeld, où travaillait le professeur Peter Hanrath, expert mondial en échocardiographie, qui avait introduit en Europe l'échocardiographie endoœsophagienne. Le jour où j'arrive, il partait dans un hôpital voisin. On ne me l'avait pas dit, mais il avait heureusement été remplacé par deux jeunes adjoints. Comme boursier de la Alexander–von–Humboldt Stiftung, j'ai pu faire des travaux de recherche clinique en échocardiographie.

R.K. : Je me souviens qu'à ton retour, tu nous avais fait une conférence sur les corps étrangers qu'on voyait passer dans le cœur droit au cours des interventions chirurgicales sur les os.

E.S. : Oui, le placement d'un clou dans le fémur ou le tibia détache des agrégats de plaquettes et de graisse qui provoquent de petites embolies pulmonaires bien visibles à l'échocardiographie transoesophagienne.
Ensuite, j'ai passé une année aux USA grâce à une

bourse du NIH (Fogarty International Fellowship), à l'Université d'Iowa City, IA. Ce Centre de recherche de cardiologie clinique et expérimentale figurait parmi les 8 grands centres de recherche américains reconnus et financés par le NIH via les Core Grants. Le nombre de chercheurs dépassait 3 fois le nombre de cliniciens. J'y ai fait une année d'expérimentation animale chez le Professeur Richard Kerber dans le domaine de la relation perfusion-fonction myocardique.

À mon retour, en 1985, j'ai fait les treize mois de service militaire comme COR. J'étais le plus âgé des miliciens car j'avais épuisé tous les sursis et les reports d'appel. Si bien que, pour favoriser mon retour, le consul de Belgique à Chicago m'a envoyé, de la part du Ministère de la défense, un chèque pour acheter le ticket du vol de retour !
Lors de mon retour à Godinne, Baudouin Marchandise m'a appris la coronarographie.

R.K. : À moi également, mais c'était plus tôt (1977).

E.S. : Nous nous sommes partagés le travail. Baudouin Marchandise a choisi l'échographie et moi le cathétérisme interventionnel. Il faut être très flexible, et être prêt à s'adapter aux défis qui ne manquent pas de se produire.

R.K. : Tu as amené à Godinne des malades de ta région?

E.S. : Oui, en raison de la langue et du fait que je consulte depuis 1990 à la clinique St-Joseph de Saint-Vith, mais évidemment la pathologie aiguë est envoyée dans les hôpitaux de la province de Liège, ce qui est logique.

R.K. : Tu as été chef de service.

E.S. : Oui, de 2005 à 2015. Dans le cadre de la fusion avec le Centre Hospitalier de Dinant, j'y consulte aussi pour donner l'exemple. Dans le cadre d'un réseau de collaboration, je participe à deux programmes B2 (cathétérisme cardiaque interventionnel) : CHWAPI (Tournai) et CHA (Libramont).

R.K. : Quelle place prend la recherche dans votre service ?

E.S. : Comme Chef de service, je me suis efforcé de renforcer la dimension universitaire en engageant des jeunes collaborateurs avec des projets de thèse (Olivier Xhaët et Stéphanie Seldrum) et en favorisant la recherche clinique. Ainsi, Vincent Dangoisse a créé une banque de données unique concernant les procédures diagnostiques et thérapeutiques par voie radiale. Depuis son arrivée dans le service en 2003, notre centre est devenu la référence en Belgique pour l'approche radiale grâce à son expertise, notre adhérence à cette nouvelle technique – totale depuis 2005, ses protocoles de recherche, ses publications et ses cours s'adressant aux médecins et au personnel médicotechnique des salles de cathétérisme cardiaque.

À votre initiative – vos fameux cahiers noirs, le projet de contrôle de qualité en cardiologie interventionnelle a vu le jour. La banque de données contient aujourd'hui plus de 20.000 procédures consécutives. Avec une série aussi importante, il est maintenant possible de réaliser de vraies évaluations de la qualité, c'est-à-dire comparer les taux de complications attendus à ceux observés. Un projet similaire est en cours pour la chirurgie valvulaire aortique avec l'aide de Michel Buche. Ces projets de recherche clinique traitant des milliers de dossiers sont possibles grâce à la participation des étudiants en médecine via les projets MRC (Mémoire de Recherche Clinique) et des assistants en formation via les projets DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées) en cardiologie. Le statut universitaire de notre service permet la réalisation de ces recherches cliniques grâce à la motivation des permanents. Nous avons ainsi pu créer une cellule de recherche clinique – actuellement 4 data-managers. Le site de Godinne dispose heureusement en plus d'une Unité de Support Scientifique – outil indispensable pour les analyses statistiques et les publications.

R.K. : As-tu des projets ?

E.S. : Je pense à la sortie de mon activité professionnelle dans trois ans. J'avais été adjoint à la direction pendant plusieurs années, ce qui m'a donné une vue plus globale de la médecine. Actuellement, je fais encore des consultations, des gardes appelables en cardiologie générale et interventionnelle. Après mon éméritat, j'accepterai possiblement un poste de directeur médical, éventuellement dans ma région.

R.K. : Comme Edgard Coche.

E.S. : Et comme vous à Lobbes...

NOTE
(1) Interview réalisée en septembre 2015

L'Association
Congrès UCL de Médecine Générale

Dominique Lamy

Depuis 1995, l'AMA-UCL organise des séances d'enseignement continu consacrées à l'éthique et à l'économie de la santé, dans le cadre des congrès organisés annuellement par l'ECU-UCL.

Les séances AMA-UCL du congrès ECU de médecine générale du 18 au 20 mai 2017 traiteront d'un aspect médico-légal quotidien de nos pratiques, le certificat.

Certificat d'incapacité de travail et réintégration du travailleur, une construction possible ?

La première de ces deux sessions aura lieu le jeudi et abordera le certificat d'incapacité de travail. Ce document anodin de fin de consultation n'en est pas moins un document légal soumis au code pénal en cas d'abus. Si ce versant des choses sera aussi abordé, nous envisagerons surtout avec nos orateurs la discussion sur les conséquences de ce certificat, d'abord pour le travailleur, mais ensuite pour l'employeur et pour la sécurité sociale, représentée par les mutuelles. En effet, nos autorités de tutelle se sont prononcées pour des mesures destinées à réduire les certificats de longue durée. Deux récents arrêtés royaux (AR 28/10/16 et AR 8/11/16) visent à promouvoir la réintégration du travailleur qui ne peut plus exécuter le travail convenu, en donnant à ce travailleur, soit temporairement soit définitivement un travail adapté ou un autre travail. Comment cela est-il possible, comment mettre cette procédure en route, quelle est la marge de manœuvre des employeurs, quelle est leur possibilité de refus, quelles sont les limites ? Autant de questions que médecin conseil de mutuelle, médecin du travail et médecin praticien débattront avec les congressistes.

Certificat de protection des biens et/ou de la personne, un nouveau statut conforme à la dignité humaine ?

La seconde session présentera le certificat de protection des biens et de la personne. Depuis début 2016 (loi du 17/3/13, modifié 26/8/15), la loi réformant les régimes d'incapacité et instaurant un nouveau statut de protection conforme à la dignité humaine a imposé une nouvelle procédure. Un nouveau certificat médical circonstancié a vu le jour dans le cadre d'une procédure plus adaptée à la personne mais aussi plus complète. La décision du juge de paix pourra prendre en compte non seulement la protection des biens de la personne concernée mais aussi, si la requête le demande et si le certificat le précise, une protection de la personne elle-même. Pour l'application de ces modifications, les personnes âgées en déclin cognitif sont les premières concernées, mais pas les seules. Cette nouvelle mouture de la loi permet une protection plus humaine, plus adaptée, ... à la carte. La présence d'un juge de paix, d'un administrateur de biens et d'un médecin praticien habitué à la réalisation de ces expertises permettront de discuter des intérêts pour la personne de cet encadrement patrimonial et non patrimonial. Que veut-on protéger, qui veut-on protéger, pourquoi ?

Programme complet du congrès en dernière page.

Renseignements complémentaires et inscription sur http://sites.uclouvain.be/ecu-ucl/woluwe.html

Discussions MedUCL

Vaccination

Paul T. :

Bonsoir,
Un pédiatre recommande aux adultes proches d'un nouveau-né de se faire vacciner contre la coqueluche.

Mes questions sont les suivantes :

- Comme le seul vaccin disponible semble être le Boostrix, celui-ci peut-il être administré chez les personnes récemment vaccinées pour le tétanos ou la diphtérie, et dans la négative, quel délai faut-il respecter ?
- D'autre part, une patiente de 50 ans ayant reçu dans l'enfance une seule dose de vaccin anti-coqueluche suivie de réaction (?) peut-elle recevoir le Boostrix ?

D'avance, un grand merci.

Bernard G. :
Je me pose les mêmes problèmes, car plusieurs pédiatres font de même dans ma région ...

Alain B. :
Bonjour,
À l'heure actuelle, on recommande de fait de vacciner les adultes proches d'un nouveau-né. L'objectif est d'éviter que le bébé n'attrape la coqueluche avant d'être lui-même protégé par le vaccin, la coqueluche néonatale étant grave, et même parfois mortelle. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le début de la vaccination des enfants a été avancée de l'âge de 3 mois à celui de 2 mois et la protection est acquise après 2 doses vaccinales. Il faut reconnaître cependant que le risque pour un nouveau-né de contracter la coqueluche entre la naissance et 3 mois est extrêmement faible. Le plus important est que la mère de l'enfant soit correctement vaccinée et il n'y a pas d'inconvénient à le faire pendant la grossesse.

Dans le cas présent, je n'effectuerais pas le rappel Boostrix et conseillerais aux adultes qui toussent de ne pas s'approcher du nouveau-né ou uniquement porteur d'un masque.
Si la patiente de 50 ans est la grand-mère de nouveau-né, je n'hésiterais pas à la vacciner. Le vaccin auquel elle a réagi dans l'enfance était fait de bactéries entières tuées et provoquait très souvent des réactions indésirables. Il n'en est pas de même avec celui utilisé aujourd'hui constitué à base de protéines bactériennes purifiées n'entrainant qu'exceptionnellement de légères réactions.

Patricia E. :
D'autant plus que les personnes de plus de 50 ans ne sont bien souvent plus en ordre de vaccin tétanos, et que c'est l'occasion de revacciner (1re dose Boostrix, 2e dose après 6 mois Tedivax).

Baudouin P. :
Je ne pense pas qu'une revaccination récente contre la diphtérie et le tétanos soit une contre-indication formelle au Boostrix. On décrit des réactions locales chez les gens qui se vaccinent très / trop souvent contre le tétanos, mais sauf erreur ces réactions sont bénignes et à mettre en balance avec le bénéfice d'une protection (indirecte) d'un bébé menacé d'une maladie potentiellement mortelle à cet âge.

Bernard V. :
L'idée actuelle est de vacciner les femmes enceintes de 27-36 semaines, ce qui pourrait être plus cost effective que de vacciner les parents, les grands-parents, le frère, la sœur, le copain de la sœur, etc...

Question délai, on est très souple, sauf si réaction locale +++ de l'épaule –bras (Arthus like) -> plutôt respecter schéma standard.

Qu'en pensent les pédiatres ?

Patricia E. :
Délai minimum d'un mois dans la demande de remboursement.

Ce rappel se fait une fois, et pas à chaque grossesse.

A noter que la communauté flamande à remplacer dans le schéma de vaccination, les rappels de Tedivax par le Boostrix tous les 10 ans.

Etienne S. :
De fait, le cocooning qui consiste à vacciner la femme enceinte en fin de grossesse permet une protection passive du nourrisson en attendant son immunisation active.

La durée d'efficacité du rappel à l'entourage n'est peut-être pas suffisante pour les grossesses suivantes, et l'entourage est large s'il comprend aussi les amis visiteurs les premières semaines... Néanmoins, les « close contacts » devraient être à jour de vaccination.

Précision : le terme « cocooning » désigne bien la vaccination des « close contacts » et cette stratégie complète la vaccination de la femme enceinte. Un délai de 2 semaines est souhaitable entre vaccination et contact étroit.

Outre la famille, Beaucoup de jeunes qui visitent leurs amis nouveaux parents ne sont pas en ordre de rappel pertussis.

Cette vaccination de la femme enceinte devrait être répétée à chaque grossesse selon le CDC.

Une femme qui n'a pas reçu de rappel de vaccin, et non vaccinée pendant la grossesse, devrait recevoir le vaccin avant de sortir de maternité.

À noter que la notice scientifique du Boostrix (mise à jour aout 2013) mentionne une absence de données de safety chez la femme enceinte... tout en ne mettant pas la grossesse dans les contre-indications... ambiguïté.

Bernard V. :
Pour la safety, une étude parue dans le Jama 2014 et tout à fait rassurante.

David S. :
À une époque où de plus en plus de gens voyagent au lointain, je propose systématiquement le Boostrix polio afin de les protéger contre le virus de la paralysie du matin.

N'hésitez pas à rejoindre notre liste de discussion MedUCL pour poser vos questions et échanger des informations médicales avec les professeurs et collègues inscrits à la liste.

Pour vous inscrire, envoyez un message à *sympa2@listes.uclouvain.be,* sans sujet, et en corps de texte, mettez la phrase subscribe med-ucl.

Envoyez ensuite vos questions à l'adresse *med-ucl@listes.uclouvain.be*.

Nous sélectionnerons régulièrement des conversations qui seront publiées dans la revue.

La médecine aux confins de la science et de l'art

Carl Vanwelde

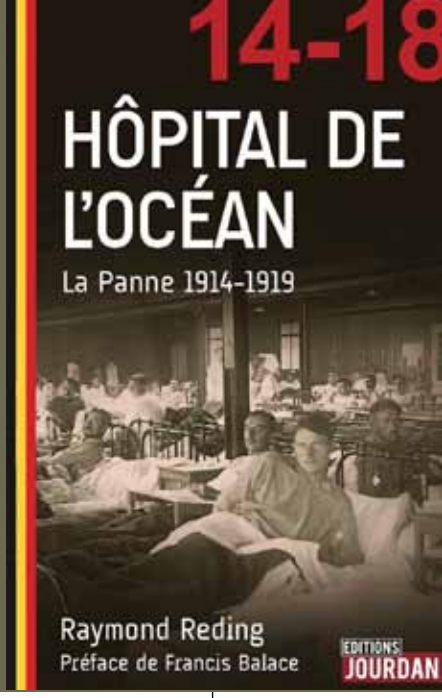
« Donne-moi la sagesse
de laisser parfois aller les choses
de ne pas privilégier plus qu'il ne faut l'innovation sur ce qui a déjà fait preuve
de mettre la réflexion avant le savoir
le bon sens avant l'habileté
de ne pas traiter mes patients comme des cas ou des problèmes
et de garder à l'esprit qu'accompagner une souffrance est déjà une thérapie. »
Robert Hutchison (1871-1960) Lord's Prayer.

Sobre prière sans âge d'un médecin, qu'on aurait aimé connaitre. Quelle réécriture en proposer aujourd'hui face à des problématiques sociétales neuves, à des questions médicales inconnues à l'époque et à un humain dont la souffrance, elle, est éternelle ?

Lu dans :
Hunter D. Centenary of the Birth of Robert Hutchison. British Medical Journal 1971 ; 2:222.

Livre lu
Hôpital de l'Océan : La Panne 1914-1919 de Raymond REDING
Ed. Jourdan

JC. DEBONGNIE



Si vous aimez l'histoire, celle de la médecine, celle de la guerre 14 et si tout simplement vous êtes curieux, lisez ce petit bijou de233 pages écrit par R. REDING et préfacé par Francis Balace, historien de l'ULg.

Le héros de l'histoire est Antoine DEPAGE, créateur de l'hôpital de l'Océan, dont le génie médical a permis de sauver des milliers de vie. Avant la guerre, ce chirurgien, professeur d'université, était déjà l'auteur de plus de 100 communications scientifiques et en avril 1914, il présidait la réunion de la Société Internationale de chirurgie à New-York. C'était un homme d'action, ayant créé le premier laboratoire de recherche chimique à l'hôpital St-Jean en 1899, ayant fondé avec Edith Cavell la première école d'infirmières en 1907, ayant participé en 1912 à la mission de la Croix Rouge à Constantinople lors de la guerre des Balkans.

Au roi Albert qui lui offre la direction du service de santé de l'armée, Depage propose de créer un hôpital où l'on fera de la « bonne chirurgie », sous l'égide de la Croix-Rouge et c'est ainsi que le Grand Hôtel de l'Océan de La Panne deviendra un hôpital de 150 lits d'abord... et de 1200 lits quelques mois plus tard. L'hôpital sera organisé en services spécialisés : radiologie – pharmacie – atelier (prothèses) – stomatologie (« gueules cassées ») etc... Les principes en sont : spécialisation – responsabilité – collégialité (il y a une réunion quotidienne). Il y a un service de statistiques, et de la recherche clinique. Bref un hôpital universitaire de guerre dont le personnel est constitué de médecins des différentes universités, dont le Pr Debaisieux, chirurgien de l'UCL et d'infirmières d'origine anglaise.

Vous pourrez suivre le parcours d'Achille, depuis sa blessure sur le front jusqu'à sa guérison. Vous pourrez faire connaissance avec le Roi-chevalier qui tous les matins fait sa promenade à cheval sur la plage. Vous pourrez suivre et voir (il y a des photos) la reine Elisabeth infirmière à l'hôpital.

Bref, ce récit raconte une épopée et est un modèle de médecine moderne. C'était il y a 100 ans !

PS: Si le sujet vous intéresse, un autre ouvrage traite de l'apport médical pendant la grande guerre, vu du côté français : A. PERROT, M. SCHWARZ. Le génie de Pasteur au secours des poilus. ODILE JACOB 2016.

Actualité facultaire

Ama-Contacts : Vous êtes actuellement en train de préparer la prochaine année académique qui comprendra une double cohorte d'étudiants, et ce, pour les prochaines années de spécialisation. Quel est selon vous l'impact de ce dossier sur les différents réseaux de maîtres de stage ?

Dominique Vanpee : La problématique de la double cohorte sera importante pour l'ensemble des facultés de médecine de la Communauté française.

En juillet 2018, plus de 1800 étudiants sortiront de nos Universités francophones. L'ensemble des réseaux, qu'ils soient hospitalier ou de médecine générale, seront donc très certainement saturés pour plusieurs années.

Pourquoi autant d'étudiants en une seule fois demanderez-vous ?

En raison de la réduction de la durée des études (de 7 à 6 ans) entrée en vigueur en 2012, deux promotions d'étudiants arriveront, en 2018, au terme de leur master en médecine. Ce phénomène, couplé à l'absence d'un concours (ou examen) d'entrée mènera à une augmentation massive du nombre d'étudiants. En l'état actuel des choses, il n'y a pas suffisamment de maitrises de stages financées pour accueillir en Communauté française l'ensemble des étudiants qui devraient poursuivre leur formation par un master de spécialisation. Cette situation est inacceptable pour les étudiants.

La faute aux universités ?

Nous entendons régulièrement dire que les facultés de médecine ont largement contribué à la situation actuelle, mais aussi qu'elles ont financièrement profité de la situation. Je ne peux laisser dire de tels propos car

- Les facultés de médecine sont entièrement tributaires des décisions de la Communauté française qui est seule compétente pour instaurer un filtre à l'entrée. De leur côté, les facultés ont continué à exercer le contrôle qui est le leur, avec des exigences aussi strictes, entrainant un taux de réussite qui est resté stable, à savoir un taux moyen en bac1 de 20 à 30 %, et une sélection encore significative aux cours des années suivantes. Pour les doyens, confrontés sur le terrain à un numérus clausus pédagogique, le seul critère de filtre valable reste la capacité de formation (places dans les labos, places de stage...) établi en fonction des besoins de la société ;
- En situation d'enveloppe fermée, une augmentation du nombre d'étudiants constatée dans toutes les facultés n'entraine a priori pas une augmentation du financement.

Sans actions politiques concrètes, le véritable numérus clausus sera en fin de formation pour des centaines d'étudiants en Communauté française. Selon le rapport de la commission de planification fédérale, en 2018, il devrait manquer 1061 places de stages pour les étudiants de la Communauté française et 444 en Flandre.
La Communauté française a donc un besoin criant de maitres agrées (pour la formation) mais aussi d'un financement pour assurer les salaires de ces médecins en formation.
Consciente de ce problème, la faculté de médecine et médecine dentaire explore depuis plusieurs années différentes pistes de solutions. Au niveau du Réseau Santé Louvain (RSL), par exemple, nous explorons avec les différents hôpitaux partenaires et le réseau des maitres de stage de médecine générale des façons d'élargir le nombre de places de formation.
La volonté de l'UCL est de trouver des solutions pour que chaque étudiant bénéficie d'un poste de formation pour débuter un master de spécialisation. Néanmoins, un de nos points d'attention majeur reste que la qualité de la formation médicale ne soit pas bradée. Il est important de maintenir un encadrement de qualité, mais aussi de s'assurer que le médecin en formation ait un nombre suffisant de contacts patients et d'actes techniques. Parlant de qualité de formation, la faculté est fière d'avoir un réseau de médecins généralistes et hospitaliers de très grande qualité. Malgré le nombre important d'étudiants à former, le challenge pour tous sera de maintenir cette qualité.

Il y a comme déjà dit un besoin criant de maitrises de stage et de places de stages de qualité permettant d'accueillir ces médecins en formation. La compétence pour ce faire est au niveau du fédéral. Il y a aussi un besoin significatif de moyens financiers. Or, nous avons entendu à plusieurs reprises, tant du fédéral que de la Communauté française, qu'il n'y avait aucune ligne budgétaire spécifique prévue pour la gestion de la double cohorte. Nous regrettons un tel manque d'anticipation.
De plus, les économies (presque 1 milliard) sur les soins de santé décidée par notre ministre de la Santé rendent la situation encore plus difficile.

Pour mettre une note positive, la double cohorte pourrait permettre de combler les domaines en pénurie. Mais pour permettre à tous les étudiants d'avoir un poste de formation de qualité, des efforts significatifs devront encore être faits par les différents acteurs que sont : les responsables politiques de la santé publique, qu'ils soient au niveau du fédéral, de la Communauté française ou des Régions, les doyens de médecine la Communauté française, les réseaux hospitaliers, le réseau des maitres de stages de médecine générale, les syndicats médicaux et associations professionnelles et les universités.
Sans la bonne volonté et l'effort de tous ces acteurs, il ne sera pas possible d'offrir à chaque étudiant un poste de formation pour débuter un master de spécialisation. Ceci serait vraiment incompréhensible, à ce stade de la formation des médecins, tenant compte de l'investissement personnel des étudiants et de la collectivité qui a largement financé leur formation initiale.

Ama-Contacts : Comment voyez-vous l'évolution du dossier de l'examen d'entrée en première année et quel est son impact sur la vie facultaire ?

D. Vanpee : Après des années de tergiversation, le gouvernement de la Communauté française a enfin validé en troisième lecture, le 8 mars 2017, l'instauration d'un examen d'entrée pour la rentrée académique 2017-2018. Le décret devrait être publié au moniteur avant les vacances de Paques. L'examen d'entrée est prévu pour les cursus de médecine et médecine dentaire.

Je ne reviendrai pas sur la SAGA des numéros Inami. L'instauration d'un filtre efficace à l'entrée était nécessaire pour deux raisons. **La première** : pouvoir à l'avenir garantir aux étudiants qui finiront avec succès leurs études de médecine ou médecine dentaire d'obtenir une attestation leur permettant de décrocher un numéro INAMI. Si on garde un filtre à la sortie (le contingentement) il est nécessaire de mettre un filtre performant à l'entrée. **La seconde** : pouvoir retrouver des cohortes d'étudiants de taille adaptée aux capacités de formation. Dans toutes les facultés de médecine de la communauté française, nous avons, étant donné la forte augmentation du nombre d'étudiants, connu une baisse des conditions de formation et d'encadrement tout au long de leur cursus.

Je pense que le nombre d'étudiants en BAC1 va considérablement diminuer. Je vois cela comme une véritable opportunité. Cette limitation du nombre d'étudiants est aussi vécue par la faculté comme une opportunité; nous allons pouvoir remettre en place des innovations pédagogiques, notamment pour les formations et aussi pour les évaluations. On a formé, pendant des années maintenant, des étudiants, vu leur nombre, à des évaluations QCM. Demain, un des objectifs sera de remettre en place des évaluations plus adaptées à l'évaluation des compétences médicales.

Ama-Contacts : Quel est, selon vous, l'intérêt d'une rubrique « nouvelles facultaires » dans la revue des anciens de notre faculté ?

D. Vanpee : L'intérêt numéro 1 est probablement de rapprocher la faculté des médecins qu'elle a formé. L'UCL diplôme plus de la moitié des médecins de la communauté Française. Elle se doit d'être une source d'information fiable sans connotation politique. Je pense que la faculté de médecine est un endroit où il y a beaucoup d'informations qui circulent, par rapport à l'enseignement, la formation et la société en général. La faculté de médecine a une responsabilité sociétale. Je pense que cette responsabilité sociétale doit être partagée avec la communauté. Cette nouvelle rubrique devrait donc permettre de pouvoir recréer un peu plus le lien entre la faculté et ses anciens.

Plusieurs thématiques pourront être proposées aux lecteurs (et je suis aussi intéressé de connaitre leurs attentes).
Je citerais quelques exemples :
- Le réseau santé Louvain hospitalier et en médecine générale : un fleuron de formation pratique.
- La formation en 6 ans et ses impacts sur la formation (cours et stages)
- Le décret paysage, ses implications : un grand pas vers la « médiocratisation » de l'enseignement médical en communauté française et un piège pour les étudiants.
- La sélection à l'entrée, quelles sont les implications de cet examen d'entrée ?
- la formation au skill center.
- la responsabilité sociétale des facultés de médecine.
- ect ....

Ama-Contacts : Quelles sont les prochaines activités planifiées au sein de notre faculté dans les trois prochains mois, pertinentes pour nos anciens ?

D. Vanpee : La faculté de médecine va poursuivre à différents niveaux le combat sur les deux grands dossiers actuels : la problématique des numéros INAMI et celle de la double cohorte. À travers l'Ama contacts et l'ensemble de ses partenaires, elle souhaite que la communauté se mobilise sur ces deux dossiers. En dehors de cela, l'objectif d'une faculté de médecine qui est avant tout de former des médecins compétents répondant au besoin de la société travaille sur ses pratiques d'enseignement et ses modalités d'évaluation.

La Commission d'Enseignement Continu Universitaire de l'Université catholique de Louvain vous invite au

CONGRÈS UCL de MÉDECINE GÉNÉRALE 2017

Jeudi 18 mai
De 09h00 à 17h00

Vendredi 19 mai
De 09h00 à 17h30

CARDIOLOGIE

09h00 » Insuffisance cardiaque à fonction systolique préservée (*A-C. Pouleur*)

09h30 » Fibrillation auriculaire, ablation ou pas ? (*O. Deceuninck*)

10h00 » Nouveaux pacemakers (*Ch. Scavée*)

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL (Séance AMA-UCL)

11h00 à 12h30 » Les trajets de réintégration des travailleurs en incapacité de travail et les trajets visant la réinsertion professionnelle. (*E. Lenoir, V. Libotte, E. Laurent*)

KINÉSITHÉRAPIE

13h30 » Rendre le souffle à adulte/à l'enfant (*G. Reychler et T. Coppens*)

14h00 » La personne âgée : de l'immobilité à la mobilité (*O. Vanden Bossche*)

14h30 » Les kinésithérapies parallèles (*L. Haenecour*)

LA PERSONNE ÂGÉE

15h30 » Insomnie et assuétude aux benzodiazépines (*O. Dalleur*)

16h00 » Place des neuroleptiques ? (*G. Deschietere*)

16h30 » Sexe et personnes âgées (*Ch. Reynaert*)

CANCER DU SEIN

09h00 » Hérédité du cancer du sein : rôle du médecin généraliste (*A. De Leener*)

09h30 » Chirurgie oncologique et chirurgie plastique : un partenariat bénéfique pour nos patientes (*M. Berlière et M. Coyette*)

10h00 » Thérapies médicales actualisées du cancer du sein (*F. Duhoux*)

L'ÉPAULE

11h00 » Examen clinique (*H. Nielens*)

11h30 » Traitement non-chirurgical des pathologies courantes (*S. Lambrecht*)

12h00 » De l'arthroscopie à la prothèse inversée (*J-E. Dubuc*)

PROTECTION DES BIENS ET DE LA PERSONNE (Séance AMA-UCL)

14h00 à 15h30 » La mise en protection de la personne et/ou des biens (art.492/1 du Code Civil). (*Mr P. Cirriez, Me O. Bridoux, D. Lamy*)

BURNOUT

16h00 » Burnout ou pas ? Définition/diagnostic (*A. Luts*)

16h30 » Evaluation et accompagnement par le MG (*B. Denis*)

17h00 » Quelle psychothérapie ? (*D. Jacques*)

Samedi 20 mai
De 08h30 à 12h00

MALADIES INFECTIEUSES

08h30 » Lyme : le vrai du faux (*L. Belkhir*)

09h00 » Quand demander la PCR (*H. Rodriguez*)

DERMATOLOGIE

09h30 » L'alopécie (*B. Leroy*)

10h00 » Qu'en pensez-vous Docteur ? (*D. Tennstedt*)

MICROBIOTE

11h00 » Dialogue entre le microbiote et l'organisme (*P. Cani*)

Lieu

UCL Bruxelles
Auditoires cliniques
Roi Baudouin B
Avenue Mounier
1200 Bruxelles

Informations et inscription :
http://sites.uclouvain.be/ecu-ucl/

ECU UCL · Louvain Médical · SAINT-LUC · CHU UCL NAMUR · UCL Université catholique de Louvain