

Ama CONTACT'S

Bulletin de l'Association des Médecins Alumni
de l'Université catholique de Louvain

102



► CHARCOT

► INTERVIEW : FRANÇOISE SMETS





Bulletin de l'Association des Médecins Alumni
de l'Université catholique de Louvain

N°102

SOMMAIRE

EDITORIAL

L'importance des réseaux de formation

Dominique Pestiaux 2

LES INTERVIEWS DE L'AMA-UCL

Pr. Françoise Smets 4

VIE DE L'ASSOCIATION

La promotion 2017 7

HISTOIRE DE LA MÉDECINE

Charcot

Jean-Claude Debongnie 9

LA MÉDECINE AUX CONFINS DE LA SCIENCE ET DE L'ART

Carl Vanwelde 11

AGENDA 12

EDITORIAL

L'importance des réseaux de formation

Dominique Pestiaux

À la suggestion de notre doyen, le professeur D. Vanpee, la revue Ama Contacts s'oriente vers une publication destinée à nos anciens et plus jeunes alumni en proposant, en plus des sujets qui y sont habituellement traités, des articles en relation avec l'actualité facultaire ou sociétale dans le domaine de la formation des futurs médecins.

Dans ce contexte, les réseaux de formation de l'UCL, qu'ils concernent les diverses institutions hospitalières membres du Réseau Santé Louvain (RSL), de même que le réseau de Maîtres de stage en Médecine Générale, jouent plus que jamais un rôle majeur dans la formation des futurs médecins spécialistes ou généralistes. Ce réseau comprend le réseau hospitalier des Maîtres de stages spécialistes et le réseau des Maîtres de stages généralistes. Ces Maîtres de stages, quelle que soit la spécialité, sont reconnus par le Ministère de la Santé publique et habilités à former en troisième cycle (master complémentaire) les futurs médecins qui pourront travailler dans le cadre de l'INAMI. Il comprend aussi le réseau des médecins spécialistes et généralistes qui assurent la formation des étudiants en formation médicale de base au cours du master.

La problématique de la formation pratique des futurs soignants prend une tournure plus aiguë en 2017-2018 puisque les maîtres de stage devront faire face à un afflux de candidats dans toutes les disciplines pour les masters complémentaires, mais aussi pour les stages en formation médicale de base, et ce, dans le contexte du passage de la durée des études de 7 à 6 années.

Les responsables actuels héritent d'une situation complexe en perpétuelle discussion depuis plus de vingt ans. Que l'on en juge sur le nombre de changements opérés pour la planification de l'offre médicale et l'instauration d'un filtre à l'entrée des études médicales. Nous avons eu une limitation en fin de troisième année du baccalauréat avec des quotas définis par université, puis une limitation en fin de première année, puis l'absence de limitation voyant un nombre considérable de candidats s'engouffrer en première année allant jusqu'à des cohortes de 1 500 étudiants à l'UCL. Avec pour conséquence que l'an prochain, avec la double cohorte, il y aura plus de 1 800 étudiants qui sortiront des facultés de médecine de la communauté française.

Ceci sans omettre la question délicate des reçus-collés qui a entraîné de multiples recours juridiques. Pour en arriver enfin à l'exigence de la ministre fédérale de la santé qui a imposé pour l'application des quotas de spécialités en fin d'études que la communauté française instaure un examen d'entrée. Celui-ci a été longuement

AMA CONTACTS

Bulletin de l'Association des Médecins Alumni de l'Université catholique de Louvain

COMITÉ DE RÉDACTION :

Martin Buysschaert, André Bosly, Roger Detry, Daniel Vanthuyne, Dominique Pestiaux

EDITEUR RESPONSABLE :

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

COORDINATION DE L'ÉDITION :

Coralie Gennuso

REPORTAGE PROMOTION :

2017 © Jacky Delorme

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).

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.uclouvain.be/ama-ucl/>

discuté en proposant des tests d'aptitude, examens en fin de premier semestre ou réalisation du dit examen en juillet ou septembre. Il semble aujourd'hui que cet examen aura lieu une seule fois en septembre 2017, la réussite de celui-ci autorisant l'étudiant à s'inscrire en première année. L'ingénierie politique en communauté française n'a guère de limites et la complexité des accords institutionnels reste souvent un mystère pour le néophyte. N'aurait-il pas été plus simple de mettre en place un examen d'entrée comme cela se fait à l'étranger ou en Flandres depuis de nombreuses années et, ainsi, favoriser une mise à niveau de la qualité de la formation dans les écoles secondaires pour que les étudiants soient mieux préparés ? Ce type d'examen existe depuis des décennies à l'École Polytechnique de l'UCL (ingénieurs) avec des taux de réussite enviables pour les étudiants et, en conséquence un coût réduit pour la communauté.

Environ 1 000 étudiants ou candidats spécialistes vont devoir trouver une place de stage en 2018 à l'UCL, ce qui constitue un probable *numerus clausus* pédagogique puisque la durée des stages va diminuer dans chaque spécialité au cours du master, le nombre d'étudiants sans doute augmenter par lieu de stage, le curriculum bien chargé pour préparer l'étudiant à sa formation pratique. (Voir ci-dessous le dessin de Charles Boelen, OMS). Au moment où la communauté internationale s'oriente vers une approche pédagogique centrée sur l'étudiant, l'apprentissage en sit-

uation authentique, le développement des compétences ou encore l'importance accordée à la littérature médicale, l'éthique ou la communication professionnelle, l'enseignement magistral se retrouve en première ligne de la formation et, en conséquence logique, l'évaluation sanctionnelle est plus que jamais centrée sur les connaissances plus que le savoir-faire, le savoir-être ou les stages.

Dans un tel contexte, comment ne pas souligner le travail considérable réalisé par les responsables facultaires de l'UCL notamment dans le domaine de la prise en compte des questions éthiques et qui, pour ce qui concerne la formation pratique, est bien explicité par le Professeur Smets, responsable des stages, dans l'interview qu'elle nous accorde. La réflexion pédagogique qui sous-tend les décisions prises est la clef de la qualité de la formation de nos futurs collègues. Elle répond à l'incapacité du monde politique de proposer une vision cohérente sur le long terme s'inspirant de ce qui se fait depuis si longtemps ailleurs dans le monde.

Vous trouverez en dernière page l'invitation à la 1^{re} Alumni Night Fever organisée par l'UCL le vendredi 10 novembre pour les diplômés entre 1975 et 1984. Nous invitons ceux-ci à participer à cet événement qui rassemble les anciens de l'Alma Mater.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.



Pr Françoise Smets

Dominique Pestiaux : Pouvez-vous me préciser quelle est votre spécialité médicale et quelles sont, comme Professeur, vos responsabilités facultaires ?

Françoise Smets : Je suis pédiatre, plus spécifiquement gastropédiatre.

Au niveau de la Faculté, je suis Professeur clinique, je suis responsable du cours de pédiatrie de Master 2. Je suis également Directrice de l'Administration des stages, et, à ce titre, je suis Vice-doyenne faisant fonction pour les stages et je suis Présidente du Jury de Master. Ce sont mes principales responsabilités facultaires.

D.P. : Pouvez-vous nous présenter le Réseau des Maîtres de stage dont vous avez la charge ? Le nombre de candidats et de maîtres de stage, les challenges rencontrés, les collaborations (inter) nationales, les modalités pratiques de formation ?

F.S. : Je m'occupe uniquement de tous les stages des étudiants de Master. Je ne m'occupe donc pas des assistants (c'est le Pr Cédric Hermans qui est Président des Masters de spécialisation des assistants).

Nous travaillons principalement avec les Maîtres de stage du Réseau Santé Louvain (RSL), même si quelques hôpitaux supplémentaires accueillent des étudiants sans être dans le RSL, principalement parce qu'ils n'accueillent pas d'assistants.

Le réseau des stagiaires est un peu plus large que le réseau des assistants, et donc un peu plus large que le RSL. C'est d'ailleurs la même chose pour la médecine générale, ils doivent tous faire un mois de stage en 5^e année. Mais les règles sont moins strictes que pour les assistants qui doivent avoir un Maître de stage reconnu par le SPF.

Par rapport aux stagiaires intra-hospitaliers, suite à la réforme des études, ils vont devoir faire :

- un mois de stage en Master 1 en hospitalier (à la fin de leur année, après les examens),
- un mois en médecine générale en Master 2 (en novembre),
- puis, une année complète de stages (de juillet à fin mai).

Le nombre total de Maîtres de stage disponibles est un peu difficile à connaître pour l'instant, car tout n'a pas encore été informatisé, le nombre change régulièrement et certaines personnes travaillent en équipe. Je dirais qu'en gros, c'est au minimum une centaine de personnes pour les stages hospitaliers, mais il y en a probablement un peu plus. Le nombre d'hôpitaux est lui d'une quarantaine si on compte l'ensemble des multi sites.

Le gros challenge auquel nous avons fait face a surtout été l'application de la réforme. Les études sont donc passées de 7 à 6 ans, et à cause de cela, on se retrouve face au problème de la double cohorte (les derniers étudiants en 7 ans et les premiers en 6 ans sortant en même temps).

D.P. : Comment allez-vous justement envisager l'organisation de l'année académique 2017-2018 qui comprend cette double cohorte ?

F.S. : Nous avons réglé ce problème en modifiant légèrement le programme des stages des derniers étudiants en 7 ans, qui va plus ressembler à ce que les étudiants en 6 ans feront, et en les répartissant. Nous faisons déjà face à ce problème depuis janvier 2017, depuis que les étudiants en 7 ans ont commencé leur période de stage.

Antérieurement, nous avions 12 mois de bloc de stages de janvier à décembre : 2 mois dans chacune des spécialités obligatoires (urgence, médecine interne, gynéco-obstétrique, chirurgie et pédiatrie) et 2 mois dans une spécialité au choix. En décembre, les étudiants présentaient leurs examens finaux et défendaient leurs TFEs. À partir de janvier, les futurs spécialistes avaient 4 mois de stage pré-concours, le concours, puis 1 mois de stage post-concours. Les futurs généralistes faisaient 6 mois de stage en médecine générale avec des cours tous les vendredis.

Ce que nous avons déjà modifié pour les derniers étudiants en 7 ans, c'est le bloc de stages obligatoires qui ressemble alors plus à ce que sera la réforme des études que je vais citer plus loin : ils ont eu 3 mois de médecine interne, 2 mois d'urgences, 1 mois de gynéco-obstétrique, 1 mois de chirurgie, 1 mois de pédiatrie, ce qui fait 8 mois de stages obligatoires de janvier à mi-août. Ensuite, ils auront 4 mois au choix, ce qui libérera les places dans les spécialités obliga-

toires pour les étudiants en 6 ans qui commencent leurs stages en juillet. La période pré-concours, post-concours ne change pas.

Pour les étudiants en 6 ans, dans la réforme, le nouveau bloc d'un an de stage de dernière année est composé de 3 mois de médecine interne, 1 mois de gériatrie, 2 mois d'urgences, 1 mois de pédiatrie, 1 mois de chirurgie, 1 mois de gynéco obstétrique, et 3 fois 1 mois au choix.

Pour éviter que tous ces étudiants ne se chevauchent et soient 1000 en même temps dans les lieux de stages (ce qui était difficilement envisageable au niveau pédagogique), les 1^{ers} étudiants en 6 ans vont commencer en juillet/août par 2 mois au choix dans des spécialités non-obligatoires, et puis commenceront leurs spécialités obligatoires quand les étudiants en 7 ans auront libéré les places. Et le 3^e mois au choix aura lieu en mai, juste avant leurs concours et examens finaux, et ça, ils le choisiront plus tard, dans la spécialité pour laquelle ils présenteront leur concours.

D.P. : Et pour les candidats généralistes, durant leur 6^e année, pourront-ils avoir des stages en MG pré-concours ?

F.S. : Ils devront avoir 1 mois de stage en pré-concours, qu'ils prendront dans leurs 3 mois au choix. En plus du stage qu'ils ont déjà eu en 5^e année, cela fera donc 2 mois de MG avant le diplôme de base. Ils feront ensuite leur assistantat en 3 ans (au lieu de deux actuellement).

D.P. : Est-ce que le financement de tout ça va suivre ?

F.S. : Il n'y a pas de financement pour les étudiants, les stages étant non rémunérés, mais ça reste un gros problème pour les futurs assistants. Nous sommes actuellement en train de travailler sur ce sujet.

Pour revenir aux challenges de cette réforme, c'est également compliqué de faire accepter le nouveau programme de stage. Pour les spécialités obligatoires qui sont passées de 2 à 1 mois, certains se sont sentis lésés, trouvent que c'est une période trop courte pour découvrir une spécialité.

Un autre problème est que ce bloc d'un an de stage en dernière année vaut pour un nombre de crédits non-négligeable, puisque le Master compte 180 crédits et les stages représentent dans ce total 30 crédits (un sixième de leur note globale finale, qui va leur donner leur grade final). L'évaluation du stagiaire est un problème connu depuis longtemps. Coter un stagiaire reste très subjectif, et sa note ne représente pas toujours la vraie valeur de l'étudiant. Beaucoup avaient 18 ou 19, alors certains qui avaient 15 ou 16, estimaient être défavorisés. Par conséquent, noter devenait souvent difficile pour les Maîtres de stages.

Nous avons donc revu complètement les acquis d'apprentissage - car c'était une autre critique qu'on nous faisait, que ni les Maîtres de stage, ni les étudiants ne savaient très bien ce qu'on attendait d'eux - et nous avons revu la manière d'évaluer, qui est en train d'être testée par les derniers étudiants en 7 ans (car, chez eux, le poids des stages est moindre dans leur note finale). Nous espérons être prêts en juillet pour les étudiants en 6 ans qui vont commencer.

Au niveau des collaborations internationales, nous collaborons avec de nombreux hôpitaux pour nos étudiants. Ils peuvent postuler pour partir à l'étranger. Avant, ils pouvaient partir 2 ou 4 mois. Avec la réforme, ils peuvent partir maximum 2 mois, car, sur 12 mois, 4 mois représenteraient un tiers de la formation. Que ce soit en pays en voie de développement avec Louvain Coopération, ou en pays non en développement avec l'Administration des stages.

D.P. : Vous soulevez la question de l'évaluation des stages qui est évidemment très importante, avez-vous envisagé un support pédagogique pour former les Maîtres de stage à la cotation des étudiants ?

F.S. : Nous avons travaillé là-dessus avec notamment Marie-Claire Van Nes de la Cellule de Développement Pédagogique et avec un groupe de travail qui reprenait les différentes spécialités. Nous n'avons pas réinventé le système, nous avons regardé un peu ce qui se faisait dans le monde et nous avons choisi le système qui nous semblait le plus adéquat et qui est basé sur des activités professionnelles déléguables. Nous avons défini 15 activités professionnelles pour lesquelles, au terme de son année de stage, l'étudiant devenant assistant devait logiquement être autonome. En décrivant bien ce qui est attendu par là. Par exemple, la première, c'est réaliser une anamnèse, mais pour faire cela, il ne faut pas juste réaliser l'anamnèse, mais le faire de manière correcte, pouvoir faire une hétéro-anamnèse, prendre en compte le caractère socio-culturel, la difficulté de la langue, rester non directif, ...

D.P. : Dans ce contexte, tenez-vous compte de l'importance du raisonnement clinique ?

F.S. : Il y a beaucoup d'endroits où le raisonnement clinique revient. Pratiquement partout le comportement revient aussi, mais c'est vrai que c'est totalement nouveau. Nous avons fait une brochure pour expliquer ce que nous attendions de l'évaluation, car on ne peut pas évaluer l'ensemble des 15 activités à chaque stage, c'est impossible.

Donc, une des grandes nouveautés, est que nous obligeons une rencontre entre l'étudiant et son Maître de stage en début de stage, pour définir quelles seront les 5 à 7 activités qui vont être éva-

luées, et par qui l'étudiant sera évalué. S'il y a un souci, nous demandons au Maître de stage de prévenir l'étudiant en milieu de stage afin qu'il ait la possibilité de se corriger au lieu de découvrir en fin de stage une mauvaise évaluation.

A la fin de son stage, il sera évalué comme :

- « ne réalisant pas du tout les activités, malgré tout ce qui a été mis en œuvre »,
- « réalise sous supervision », qui est le niveau attendu dans les 3-4 premiers mois,
- « réalise de manière autonome », qui est le niveau attendu pour la fin de l'année
- ou « réalise déjà comme un assistant », pour les meilleurs d'entre eux.

Donc, le Maître de stage ne donne plus de note. Nous avons alors mis en place un algorithme qui, en fonction de la période de stage, de la progression espérée, du niveau d'autonomie, ... transforme l'évaluation en note. Le Maître de stage est donc moins en porte-à-faux, et à côté de ça, il y a une partie très importante pour l'étudiant qui est une partie descriptive : ses points forts, ses points faibles, des conseils pour s'améliorer. Nous aurions voulu ne garder que cette partie, mais comme l'évaluation couvre toute une année de leur Master, on ne peut pas ne pas avoir de notes.

Le souci, c'est que nous avons eu malgré tout un peu la même dérive qu'avec les notes : dès les premiers mois, une dizaine d'étudiants faisait déjà tout comme des assistants. Nous savons qu'ils sont bons, mais en début de stage, nous doutons un peu quand même. Ce système demande donc un écolage. Nous avons fait une brochure qui a été largement distribuée et nous avons organisé une réunion en décembre avec plus d'une centaine de Maîtres de stage. Nous en avons refait une récemment plus destinée aux Maîtres de stage des assistants. Nous avons donc pu faire un premier feedback de la méthode.

D.P. : Dans l'approche pédagogique moderne de la médecine, on parle beaucoup d'approche par compétence, le savoir-agir en situation concrète. Pour évaluer correctement la compétence d'un stagiaire, la seule façon, c'est de l'observer. C'est, je suppose, ce que vous avez prévu comme modalité d'évaluation.

F.S. : Tout à fait. Par exemple pour l'anamnèse, idéalement, il faut qu'à un moment le Maître de stage s'asseye à côté de l'étudiant et fasse de l'observation directe.

D.P. : Quels sont vos projets de développement sur le plan organisationnel et pédagogique pour les prochaines années ?

F.S. : Nous voulons d'abord concrétiser ce nouveau système d'évaluation et pouvoir l'améliorer une fois qu'il aura fait ses maladies de jeunesse.

Nous voudrions aussi réévaluer le changement du programme des stages et voir s'il doit être revu, car, comme nous l'avons dit, les périodes de 1 mois sont difficiles à gérer. En 6 ans, nous formons des « médecins de base », donc nous sommes partis du fait que certaines choses ne doivent plus être aussi bien connues qu'avant et qu'on ne peut de toute manière pas tout voir dans le temps imparti. Mais il se peut que ces périodes d'1 mois soient quand même trop courtes pédagogiquement. Nous avons actuellement peu d'alternatives, soit on empêche de découvrir d'autres choses et on reste sur les spécialités obligatoires, soit certaines spécialités obligatoires ne doivent plus l'être, mais là tout le monde va défendre son jardin. Ça reste un grand challenge.

D.P. : Est-ce que, à terme, vous pourriez imaginer des stages plus précoces ? Il y avait en BAC12 un stage de sensibilisation.

F.S. : Ce stage de sensibilisation existe toujours, mais ce n'est qu'une semaine en soins infirmiers. Maintenant, nous espérons qu'avec l'examen d'entrée, on puisse grignoter des mois à gauche, à droite. Il faut savoir que le cursus, tel qu'il est, est actuellement trop chargé. Il faut d'abord qu'on donne du temps aux étudiants pour étudier, ce qu'ils n'ont pas toujours pour l'instant, et ensuite seulement, nous espérons pouvoir remettre un mois de stage en Baccalauréat et peut-être quelques mois en plus en Master.

D.P. : Merci pour ce beau programme.

La Promotion 2017

416 étudiants ont été diplômés et les quatre délégués ont mis en avant la qualité des relations et la convivialité qui ont émaillé leurs 7 années d'étude.

Ils ont souligné que « à travers toutes ces épreuves, nous avons gardé un esprit d'auditoire, rassembleur, une véritable cohésion. Je crois que cette force est propre à notre auditoire. Or ces valeurs, pas toujours mises en avant dans notre formation, priment dans

cette profession, ou l'interdisciplinarité et la confraternité constituent les bases d'une médecine bien conduite ».

La collaboration interprofessionnelle, base essentielle du soin, sera au cœur de leur métier.

Souhaitons-leur de la pratiquer au bénéfice des patients qui s'adresseront à eux.





Charcot



Charcot : le nom évoque souvent le célèbre tableau de BROUILLET « Une leçon clinique à La Salpêtrière » illustrant une hystérique en syncope dans les bras de Babinski, son élève devant Charcot et l'auditoire de ses leçons du vendredi. Limiter Charcot à l'hystérie et l'hypnose, son traitement, est réducteur. Il suffit de signaler

l'attribution de son nom à deux maladies (dont la sclérose latérale amyotrophique), à une triade (angiocholite), à un signe, à un anévrisme, au pouls lent, à des déformations du pied.

Né en 1825, un an après le décès de Laennec, il représentera au cours de la 2^e moitié du 19^e siècle, le sommet de la méthode anatomo-clinique développée dans les hôpitaux français plus tôt dans le siècle. Sa mémoire extraordinaire (il connaît cinq langues et toute la littérature médicale contemporaine) associée à un don d'observation très développé se manifestant par une aptitude singulière à fixer ses impressions par le dessin et par une longue contemplation du patient en consultation) seront deux atouts.

Sa thèse de médecine (1858) qui porte sur le rhumatisme articulaire chronique (en fait, la polyarthrite chronique évolutive) est son premier travail d'interne, suivi de bien d'autres parmi lesquels : la maladie thromboembolique (confirmant les travaux de VIRCHOW qui viendra le visiter) avec la première description d'un décès sur embolie pulmonaire et également celle de la claudication intermittente chez l'homme, après avoir lu sa description chez le cheval, la description de l'angiocholite avec la triade de Charcot biliaire (fièvre – douleurs – ictère) dans le cadre de la description des fièvres intermittentes avec la description autopsique d'un calcul « enchaîné » dans le cholédoque. C'était un grand interne.

En 1862, Jean Martin Charcot devient chef de service à La Salpêtrière qu'il transformera en CHU avec le développement de la clinique (techniques d'examen), du laboratoire (usage de la photographie par exemple) et de l'enseignement avec sa consultation du mardi et sa leçon clinique du vendredi. Et tout cela dans une institution peu enviée (« le Versailles de la misère ») à savoir l'Hospice de la Vieillesse-Femmes (La salpêtrière) avec ses salles de 40 lits (sans rideaux) dont il dira : « Nous sommes en possession d'une sorte de musée pathologique vivant dont les ressources sont considérables ». Il y développera la gériatrie, l'anatomo-pathologie et enfin la neurologie.

« L'importance d'une étude spéciale des maladies des vieillards ne saurait être contestée aujourd'hui » écrit Charcot. Il introduira des techniques comme la thermométrie peu utilisée à l'époque et, dès la première leçon clinique sur les maladies des vieillards : « De l'état fébrile chez les vieillards », il insistait sur le « défaut de réaction dans l'âge sénile », décrivant la pneumonie du vieillard... et les autres causes de fièvre (parfois absentes en gériatrie). Ses travaux gériatriques feront l'objet du tome 7 de ses œuvres complètes : « Leçons sur les maladies des vieillards », traduites en anglais et publiées à Londres et à New-York. Il fut sans doute le premier spécialiste en gériatrie.

En 1870, il est nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie pathologique. Il a en effet une grande pratique des autopsies (qu'il appelle nécropsies sur le conseil de LITTRE, autopsie voulant dire auto-examen), en ayant pratiqué des centaines et au minimum 6 par semaine. Il a une longue pratique de l'examen microscopique (le microscope est produit en série depuis 1850). Parmi ses découvertes : les embolies artérielles et pulmonaires, la description du lobule pulmonaire (et de la bronchopneumonie) - du lobule hépatique ainsi que la distinction entre cirrhose atrophique (de Laennec) et hypertrophique (souvent biliaire) – le démemberement de la maladie de Bright (les différentes formes de rein atrophique).

S'y ajoute parfois un élément expérimental : à la description de la pneumoconiose, il ajoute la démonstration expérimentale chez l'animal du rôle de l'inha-

lation des particules et non pas de l'ingestion.

En 1882, il devient titulaire de la première chaire de neurologie en France. Cela couronne ses travaux en neurologie : 1862 paralysie agitante qu'on appellera de Parkinson – 1863 origine artérielle des hémorragies cérébrales – 1865 sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot) – 1866 sclérose en plaques – 1870 aphasie et localisations cérébrales... et il faut encore y ajouter le tabès dorsal – l'amyotrophie distale progressive de Charcot-Marie – la poliomyélite et la description des localisations motrices cérébrales.

Charcot lisait l'anglais (entre autres) et s'exprimait parfaitement dans cette langue. Plusieurs de ses fameuses leçons ont été traduites dans le *British Medical Journal* et le *Lancet*. Il était membre honoraire de la *British Medical Association* et un des orateurs de renom invité au 7^e congrès international de médecine de Londres en 1881, qui a réuni plus de 3 000 participants. En fait, deux Français étaient largement reconnus (et invités) à l'étranger : Pasteur ... et Charcot.

Suite à une réorganisation de l'hôpital, il héritera de la section hystérie-épilepsie au moment de la séparation de la section aliénés. Ainsi commencera le chapitre hystérie avec la « grande attaque » au cours des leçons publiques (par imitation par les patientes des crises épileptiques ?)

C'est pendant cette période qu'aura lieu la visite du jeune Freud qui écrira : « c'est Monsieur Charcot qui nous a enseigné le premier qu'il faut s'adresser à la psychologie pour l'exploration de la névrose hystérique ». Ainsi, le représentant de la clinique du regard va inspirer le fondateur de la clinique de l'écoute. Avec Pierre Janet, un de ses élèves, médecin donc, mais aussi philosophe et surtout plus tard un des grands noms de la psychologie française, il introduira la psychologie dans la neurologie et fondera avec lui la société de psychologie physiologique.

Après la thèse de Janet en 1883, très fatigué, il prend des vacances au cours desquelles il décédera d'un œdème aigu du poumon.

Aucun médecin n'est inhumé au Panthéon. Jean-Martin Charcot figure en bonne place au panthéon de la médecine française.



Charcot présentant une patiente hystérique lors d'une leçon clinique à la Salpêtrière.

RÉFÉRENCES

1. LELLOUCH A., Jean-Martin Charcot et les origines de la gériatrie. 335p. BIBLIOTHEQUE SCIENTIFIQUE PAYOT 1992.
2. THUILLIER J., Monsieur Charcot de la Salpêtrière. 310 p. ROBERT LAFFONT 1993.
3. HIERONS R., Charcot and his visits to Britain. *BMJ* 1993; 307: 1589-1591.
4. BONDUELLE M., Jean-Martin Charcot. *LOUVAIN MED* 1984 ; 103 : 95-100

*J'aime la lumière du soir
qui réchauffe le sable,
effleure les contours,
caresse les sommets,
et laisse aux ombres
la part du doute.*

*Cette lumière douce,
aux multiples nuances,
pénètre sans violence,
et je peux regarder.
Toi qui me soignes,
quand tu me parles
de ce mal
que je ne peux pas nommer,
s'il te plaît,
fais-toi lumière du soir.*

Christiane Gleize, Vers l'autre rive, 1993.

Louis

Louis s'est alité pour de bon, le souffle rauque et transpirant à grosses gouttes. Rassasié de vie, il ne craint qu'une chose : devoir quitter la fenêtre par laquelle il a vue sur son jardin et le potager qui le borde. Tant d'années consacrées à semer, repiquer, arroser, tailler ne peuvent s'évaporer sur un brancard d'ambulance appelée dans l'urgence.

Louis fut ainsi mon premier patient, quatre jours avant que s'ouvre mon cabinet, sentant bon la peinture fraîche et la science récemment acquise.

Je le vis à son domicile, mon jeans et ma chemise tachés par le plâtre. Il voulait rester chez lui, ce qui bouleversait tous mes projets thérapeutiques acquis en faculté, mais c'est ainsi que le métier entre : je le laissai contempler son jardin. Il nous quitta le lendemain, doucement.

J'ouvris ma pratique à la date prévue. Avant d'avoir guéri un seul patient, j'avais déjà un mort, ce qui m'enseigna l'humilité.

Conférence du Centre d'Etudes d'Histoire de la Médecine et du Médicament

« Haschisch, chanvre et cannabis : l'éternel retour », par André-Julien Fabre



Köhler's Medizinal-Pflanzen in naturgetreuen Abbildungen mit kurz erläuterndem, 1887

Le samedi 14 octobre 2017 à 14h au Musée Couvreur (UCL)

(Tour Van Helmont, niveau 0, Avenue Mounier 73, 1200 Bruxelles, Parking « Faculté Sud » accessible par l'avenue de la Palestre)

André Julien Fabre, a exercé la pédiatrie au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil jusqu'en 1997. Il est titulaire d'un D.E.A. en Histoire romaine et d'un Doctorat en Histoire et a soutenu à la Sorbonne une thèse consacrée à la Pharmacopée romaine. Membre de plusieurs Sociétés d'Histoire de la médecine, il a publié plusieurs ouvrages, notamment « La pharmacopée brésilienne du Dr. Chernoviz » (2010), « De grands médecins méconnus » (2010) et « Haschisch, chanvre et cannabis, l'éternel retour » (2011).

Alumni Night Fever



La première Alumni Night Fever organisée par l'UCL aura lieu le vendredi 10 novembre prochain à partir de 18h00 à Louvain-la-Neuve.

Réservée aux diplômé-e-s sorti-e-s de l'UCL entre 1975 et 1984, toutes facultés confondues, cette soirée leur permettra de revivre ces années-là, de se replonger dans l'ambiance de leurs auditoriums, de leurs kots, des fêtes de jadis, ... de retrouver toute la vie étudiante d'alors, à travers images d'actualités, archives visuelles, sons d'époque, témoignages (personnalités de l'université, professeurs, Alumni Louvain célèbres), et performances artistiques et musicales, le tout dans un spectacle inédit présenté sur la grande scène de l'Aula Magna.

Ce spectacle sera bien évidemment suivi d'un grand temps propice aux retrouvailles.

> Bloquez dès à présent la date du 10 novembre dans vos agendas et remplissez le formulaire en ligne pour recevoir en septembre l'invitation officielle : <http://uclouvain.be/fr/alumni/alumni-night-fever.html>