

Amma
contacts

PARLONS MÉDECINE



Recherche et culture
Une discussion sémantique
Une lourde hérédité
Capital social

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

Ne paraît pas en juillet-août
P901109
Bureau de dépôt Charleroi X

73 Janvier - février 2012



Accompagnement de patients usagers de drogues

Amélie, 18 ans a pris rendez-vous pour elle-même et sa petite fille de 6 mois. Elle arrive avec Dorothy dans les bras et se raconte : une grossesse seulement découverte, ou reconnue, à près de 20 semaines, un retour transitoire chez sa mère, un hébergement en maison maternelle après l'expulsion par le beau-père. Somme toute une histoire comme tant d'autres dans nos consultations de médecine générale, s'il n'y avait un invité supplémentaire : l'héroïne.

En Belgique, on estime à plus de 50000 le nombre de consommateurs d'héroïne, environ 14000 sont en traitement (IphEB, 2008). En Wallonie et à Bruxelles, ils sont près de 11000 à être suivis, majoritairement en médecine de première ligne. Les généralistes sont donc confrontés régulièrement à des usagers en demande de traitement, mais pas seulement eux : gynécologues, pédiatres, urgentistes, internistes, chirurgiens,... Force est de constater que dans nombre de cas, ces patients sont accueillis et traités différemment.

L'accompagnement de patients usagers de drogues est un réel paradigme de la médecine générale, à savoir une prise en charge globale de toutes les dimensions de la personne. Les assuétudes représentent une pathologie chronique qui nous amène à rencontrer ces patients fréquemment. D'abord pour leur suivi car ils ont besoin de parler, de raconter, d'être écoutés et entendus. Ensuite et sans doute aussi pour le traitement de substitution. La méthadone et la buprénorphine sont deux dérivés opiacés dont les caractéristiques pharmacologiques permettent l'utilisation pour cet usage. Le but premier, loin d'être le sevrage, est plutôt orienté vers le rééquilibrage, la stabilisation vers un recouvrement d'un biorythme propice à se réinsérer dans leur vie. Le traitement sera donc long, ... une histoire de vie.

Accompagner des usagers de drogues n'est donc techniquement pas très compliqué, mais nous implique, nous touche, dans notre rôle premier d'humain et de soignant. L'université propose dans le cursus médical quelques cours concernant les assuétudes. Trop peu sans doute pour une problématique, une attitude qui s'apprend plus au contact des patients que dans un auditoire. Différentes associations, dont le réseau Alto-SSMG (www.alto.ssmg.be), proposent des formations dispensées par des acteurs de terrain. Quatorze heures de rencontres en petits groupes permettent d'acquérir les bases théoriques indispensables et d'échanger sur les pratiques. A côté de ces formations, notre université, en collaboration avec des associations de terrain a lancé pour la deuxième année consécutive un certificat universitaire en « pratiques de consommation et conduites de dépendances » (www.uclouvain.be/formation-continue-conduites-dependances).

Les « drogues » ont mauvaise presse. Leurs usagers, plus que des « drogués », sont surtout des fuyards du déplaisir. Aux détours de leurs accidents de vie, ils ont rencontré un moyen de s'effacer. La clinique des addictions n'est pas simple, pas plus ou pas moins que celle de nos consultations quotidiennes. Elle nécessite de se donner le temps.

Dominique Lamy

- 2 **Editorial. Dominique Lamy**
- 3 **Des émérites racontent leur carrière. La passion de la recherche et la culture.**
Jean-Marie Gillis
- 7 **Handicapés célèbres. Charles-Quint, une lourde hérédité**
René Krémer
- 10 **Une discussion sémantique animée sur MedUcl. La fibromyalgie.**
- 13 **Le capital social et la santé en Louisiane.**
David J. Holcombe
- 15 **Souvenirs et anecdotes**
Une éruption

COMITÉ DE RÉDACTION :

Martin Buyschaert, René Krémer, Dominique Lamy, Dominique Pestiaux, Christine Reynaert et Jean-Louis Scholtes

EDITEUR RESPONSABLE :

René Krémer
Rue W. Ernst 11/17 - 6000 Charleroi

COORDINATION DE L'ÉDITION :

Chantal Leonhardt-Lebrun

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

ILLUSTRATION DE COUVERTURE :

« Myopathie », Catherine Keun. Reproduction avec l'aimable autorisation de l'artiste

Des émérites racontent leur carrière

La passion de la recherche et la culture



Jean-Marie Gillis

C'est à l'enthousiasme et à la rigueur intellectuelle qu'il mettait dans son enseignement, que je dois mon entrée comme étudiant-chercheur au laboratoire de physiologie du Professeur Xavier Aubert (1919-1998). Le thème principal des recherches poursuivies par X. Aubert concernait l'énergétique de la contraction musculaire, à savoir comment se réalisait le couplage entre l'hydrolyse de l'adénosine 5 triphosphate et la production de travail mécanique par la fibre musculaire. L'expérimentation se faisait sur des muscles isolés de grenouille. Avant d'y être initié, je n'aurais pu imaginer ce qu'avait de passionnant la recherche expérimentale : alors que je n'étais qu'un étudiant de 3^e candidature en médecine, je me voyais confier la réalisation d'expériences que personne avant moi n'avait réalisées. J'étais, d'un coup, mis à la frontière de l'inconnu, frontière que je pouvais, par mes résultats, faire reculer (quelque peu...). Impression très forte qui a accompagné toute ma carrière de chercheur. La physiologie s'intéresse au mécanisme des processus biologiques, au «comment ça marche», et cette démarche intellectuelle m'attirait au plus haut point. C'est ainsi que ; en fin de 2^e doctorat, ma décision était prise, je m'engagerais dans une carrière de recherche fondamentale, dès l'obtention de mon diplôme (1961).

Très tôt, je me suis intéressé aux mécanismes qui contrôlent le début et la fin d'une contraction. Lors du passage du repos à l'activité, le métabolisme du muscle augmente de 1000 fois en une fraction de seconde ! Dans l'organisme, le système nerveux central garde la commande, mais son action se termine à la synapse neuromusculaire. Au delà, ce sont des mécanismes proprement musculaires qui contrôlent le «ON-OFF» de la fibre. Depuis la fin du XIX^e siècle, on savait que l'ion Ca^{2+} était indispensable à la contraction cardiaque, mais cela ne semblait pas être le cas pour les muscles du squelette. Des études en Allemagne et au Japon suggéraient que le «ON-OFF» résultait de mouvements de Ca^{2+} à partir d'organites intracellulaires séquestrant cet ion. Mais la plus grande confusion régnait dans la littérature concernant la concentration à laquelle le Ca^{2+} jouait un rôle dans les processus cellulaires. Au cours des

années soixante, il devint enfin clair que l'action du Ca^{2+} au niveau extracellulaire (le cœur) requérait des concentrations de l'ordre de la millimole par litre, tandis qu'au niveau intracellulaire (les muscles striés), l'action du Ca^{2+} s'effectuait à des concentrations 1000 fois moindres. Mes travaux ont contribué à préciser l'amplitude et la cinétique des échanges de Ca^{2+} durant le cycle contraction-relaxation, le site précis d'action de l'ion et le rôle des mitochondries. En 1964, j'ai effectué un séjour d'un an au *Department of Physiology* de *University College London*, sous la direction du Prof. A.F. Huxley, Prix Nobel. Là, j'ai appris la théorie et la maîtrise de la microscopie optique quantitative pour l'étude des cellules vivantes, non fixées ni colorées, un outil que j'ai utilisé tout au long de ma carrière. J'y ai aussi fait mes premiers pas en microscopie électronique avec le Dr. S. Page. Les travaux de cette première période ont été présentés dans ma thèse d'agrégation de l'enseignement supérieur : « Le rôle du calcium dans le contrôle intracellulaire de la contraction musculaire », en 1972.

C'est en se fixant sur certaines protéines de l'appareil contractile que le Ca^{2+} déclenche la contraction. J'ai souhaité participer aux travaux qui visaient à décrire les modifications de structure moléculaire impliquée. J'ai rejoint, en 1973, l'équipe du Prof. J. Hanson au *Department of Biophysics* du *King's College London*, où étaient développées des techniques très pointues d'étude de la structure des protéines contractiles combinant l'usage du microscope électronique et la diffraction des RX. Un séjour d'un an, passionnant et fécond. Les travaux décrivant les altérations moléculaires provoquées par le Ca^{2+} sur la structure du filament d'actine, ont été menés avec le Dr. Ed. O'Brien. A mon retour en Belgique, je m'apprêtais à poursuivre la collaboration avec cette équipe performante. Ce projet n'eut pas de suite, car le décès inopiné du Prof. Hanson provoqua la dispersion de son équipe et la fermeture de son laboratoire.

En 1975, je fus contacté par le Prof. G. Hamoir, de l'ULg, qui avait découvert dans les muscles une protéine présentant une très haute affinité pour le Ca^{2+} . Baptisée «parvalbumine», sa fonction était totalement inconnue. Je réalisai une série d'expériences qui dé-



Les physiologistes musculaires en action : Jean Lebacqz et Jean-Marie Gillis (1974)

montrèrent que la parvalbumine accélérât le relâchement musculaire en jouant le rôle de «navette à Ca^{2+} » entre l'appareil contractile et les sites intracellulaires de stockage du Ca^{2+} . Ces travaux expérimentaux furent complétés par la construction d'un modèle mathématique décrivant la cinétique des échanges de Ca^{2+} entre les différents partenaires de l'homéostasie intracellulaire du Ca^{2+} , en collaboration avec J. Lefèvre, docteur en mathématiques appliquées (UCL) et le Pr. R. Kretsinger (*University of Virginia, USA*)

Jusqu'alors, je n'avais porté que très peu d'attention à la contraction des muscles lisses, ceux-ci étant, à mes yeux, essentiellement un objet d'étude pour les pharmacologues. A la fin des années septante, des chercheurs anglais montrèrent que la myosine, isolée des muscles lisses, pouvait passer réversiblement de l'état dissout à l'état filamentaire, selon son état de phosphorylation, cette dernière étant provoquée par une enzyme activée par le Ca^{2+} . Si ce phénomène se produisait dans une fibre musculaire lisse vivante, il devait s'accompagner d'une augmentation d'une propriété optique appelée «biréfringence». En collaboration avec le Prof. Anne Godfraind-De Becker (1933-2009), nous avons montré que, durant la contraction des muscles lisses, on observe une augmentation de biréfringence (microscopie en lumière polarisée) et une augmentation correspondante de la densité des filaments de myosine (microscopie électronique, en collaboration avec le Pr. R. Craig, (*University of Massachusetts, USA*)).

La myopathie de Duchenne

Au cours de mes études, l'enseignement des maladies

musculaires était réduit à presque rien. Même pour la plus fréquente d'entre elles, la myopathie de Duchenne ; on ignorait tout de sa pathogénie et il n'y avait aucun traitement. Durant la première moitié de ma vie professionnelle, je ne me suis pas intéressé à ces pathologies. La situation changea du tout au tout en 1987. La mutation à l'origine de la myopathie de Duchenne fut localisée avec précision dans un gène géant (2.4M de paires de bases) situé sur le bras court du chromosome X. Normalement, ce gène code pour une protéine de structure associée à la membrane, appelée «dystrophine» et qui est absente chez les patients de sexe masculin. Cette découverte fut faite à la fois à Boston et à Toronto. L'équipe de Toronto bénéficia d'un apport essentiel fourni par le jeune Docteur Christine Verellen-Dumoulin, de l'UCL, qui fut mon assistante en physiologie avant de s'orienter vers la génétique humaine, chez le Professeur Roger De Meyer (1927-1999). Christine Verellen analysa le cas rarissime d'une myopathie de type Duchenne chez une jeune fille et pu rattacher l'affection à une translocation d'un fragment du chromosome X sur un autosome. Elle apporta à Toronto des lymphocytes de la patiente ce qui permis au Professeur Ronald Worton de découvrir le gène de la dystrophine. Cette découverte, résultat d'une collaboration exemplaire et fructueuse, valu à R. Worton d'être nommé Docteur Honoris Causa de notre Faculté en 1991.

On connaissait depuis longtemps des races de souris présentant une affection myopathique. Grâce aux outils de diagnostic développés, il fut montré qu'une de ces myopathies murines était due à une mutation du gène de la dystrophine, entraînant l'absence de la protéine. Un modèle animal de la myopathie de Duchenne, la souris *mdx*, était enfin disponible pour l'expérimentation ! Je décidai de réorienter mon activité de recherche pour élucider le(s) mécanisme(s) physiopathologique(s) qui liaient l'absence de dystrophine à la nécrose musculaire. Les contributions de mon laboratoire ont concerné deux orientations :

1. Etudier l'importance et le mécanisme de la perte d'homéostasie intracellulaire du calcium qui finit par se produire dans les fibres musculaires dépourvues de dystrophine et qui entraîne leur nécrose. Ces travaux ont été menés avec les Dr Benoit Boland et Philippe Gailly, actuellement mon successeur comme directeur de l'unité de recherche et professeur de physiologie générale. Ils ont conduit à la découverte de canaux membranaires perméables au calcium, directement impliqué dans la pathologie, ouvrant ainsi la voie à des perspectives d'interventions pharmacologiques. J'ai eu le plaisir de signer avec Ph. Gailly mon dernier article scientifique (2007).
2. En collaboration avec des équipes étrangères ayant mis en place des protocoles de thérapie génique sur

souris mdx (Dr. M. Perricaudet, Villejuif, France et Pr. K. Davies, Oxford, GB), nous avons mis au point des protocoles expérimentaux permettant de mesurer quantitativement les récupérations fonctionnelles obtenues par ces thérapies. Avec l'équipe d'Oxford, nous avons montré que la surexpression de l'utrophine (une protéine de la jonction neuromusculaire, qui présente 80% d'homologie avec la dystrophine et dont le gène est intact dans la myopathie de Duchenne) permettait une récupération quasi complète des fonctions musculaires et un arrêt du processus de dégénérescence. Ces travaux ont été menés avec le Dr. Nicolas Deconinck dans mon laboratoire et ont fait l'objet de sa thèse de doctorat en sciences biomédicales (1998).

Mon implication dans la recherche sur la myopathie de Duchenne m'a amené à faire partie du conseil scientifique de l'Association Française contre les Myopathies (AFM), organisatrice du «Téléthon», cette remarquable opération de sensibilisation de la population française à la problématique des maladies rares, d'origine génétique, trop longtemps ignorées du grand public et des autorités de santé. J'ai rencontré là des hommes et des femmes d'un immense courage face au drame qui les frappait, eux ou leurs enfants, mais aussi habités d'une farouche volonté de vaincre ces impitoyables pathologies. Leur exemple a généré un vaste mouvement de solidarité dans toute la France. Les sommes très importantes récoltées à l'occasion des Téléthons sont, en grande partie, consacrées à des projets de recherches sélectionnés par le Conseil Scientifique. Celui-ci est composé de chercheurs et cliniciens qui, en toute indépendance, conseillent l'AFM sur les choix scientifiques à faire. Là aussi j'ai eu le bonheur de travailler avec des collègues alliant une très haute compétence à une honnêteté intellectuelle remarquable. A ce jour, je suis vice-président de ce conseil.

Une association similaire a vu le jour en Belgique francophone. Elle organise aussi un «Téléthon», aux mêmes dates que le Téléthon français. Elle a pu ainsi apporter un soutien financier, modeste mais non négligeable, aux équipes belges (Nord et Sud du pays !) travaillant sur les pathologies neuromusculaires. Je suis président du conseil scientifique de cette association.

Responsabilités académiques

Nommé chargé de cours en 1973, j'ai enseigné le cours de physiologie générale aux étudiants en 2e candidature en médecine, en co-titulature avec les professeurs Xavier Aubert, Georges Maréchal et Anne Godfraind-De Becker (j'ai donné le 1er cours de l'année académique 1974-1975, année de l'ouverture de la Faculté à Woluwé). Ce cours vise à donner aux étudiants de très solides bases scientifiques

pour comprendre les grands mécanismes de la physiologie cellulaire. C'est un cours difficile où une compréhension approfondie de la matière est essentielle. Les étudiants en étaient avertis et je ne leur ai pas caché que je serais très exigeant sur ce point à l'examen. En contrepartie, je considérais qu'il était de ma responsabilité de tout mettre en œuvre pour que la matière soit comprise, recherchant les exemples, les comparaisons, les démonstrations (mathématiques ou intuitives), complétés par un syllabus clair, complet et constamment amélioré. Voir dans le regard des étudiants, que «le franc était tombé», que le point difficile avait été compris, que j'avais réussi à passer le savoir, fut la satisfaction la plus grande de ma carrière d'enseignant.

J'ai aussi enseigné la physiologie et l'anatomie humaines aux étudiants de 2e candidature en pharmacie. Il s'agissait là de donner aux futurs pharmaciens une solide culture générale leur permettant de situer les mécanismes physio-pathologiques et leurs interactions pharmacologiques.

Une anecdote pénible : lors d'une réception, je bavardais, verre à la main, avec des étudiants de doctorat à qui j'avais donné cours. Une étudiante me dit alors « *Ce qui est bien en doctorat, c'est qu'on étudie pour devenir médecin, tandis qu'en candidature, on étudie pour l'examen* » ... Une gifle ne m'aurait pas plus humilié.



Une anecdote sympathique : un étudiant, Jean-Marc Raymackers, n'arrêtait pas de bavarder avec ses copains durant le cours. Excédé, je le prie de sortir. Après le cours, il vient s'excuser et je lui dit que son

bavardage m'empêchait de me concentrer sur ce que j'exposais. Nous sommes restés en très bons termes. Après ses études, il a passé quatre ans dans mon laboratoire et y a fait sa thèse de doctorat !

J'ai dirigé l'unité de recherche sur la physiologie musculaire, lors de l'éméritat du Professeur G. Maréchal (1991) et assuré la présidence du département de physiologie (1990-2001). J'ai été pendant 3 ans un représentant de la Faculté au Centre médical des Cliniques St Luc, ce qui, pour le «fondamentaliste» que j'étais a été l'occasion de me rendre compte de la vie de mes collègues cliniciens.

Durant les dix dernières années de ma carrière, j'ai assumé la présidence de la commission des étudiants-chercheurs, veillant à favoriser cette activité volontaire, hors curriculum, qui offre, aux étudiants qui s'y engagent, l'occasion unique de découvrir ce qu'est la recherche scientifique et peut-être, comme ce fut le cas pour moi, le goût de s'y engager. J'ai aussi assuré la présidence de la commission des doctorats en sciences biomédicales, dont le rôle fut de garantir l'excellence scientifique du projet doctoral, d'en vérifier l'avancement et l'investissement, tant du doctorant que de son promoteur (une tâche parfois délicate...) et de s'assurer que la thèse défendue était de qualité internationale, que le porteur du titre pouvait se présenter dans n'importe quelle université étrangère.

J'ai fait partie pendant six ans du conseil de recherche de l'UCL. Une tâche très intéressante qui m'a mis en contact avec de nombreux collègues d'autres facultés et leurs problématiques propres, ce qui a élargi mes points de vue et ma connaissance de l'UCL. Pendant onze ans, j'ai aussi fait partie de la commission de physiologie normale et pathologique du F.N.R.S. Là, j'ai pu prendre conscience et connaissance de l'étendue des domaines de la recherche en physiopathologie, hors de mon champ d'expertise propre, dans les autres universités de la Belgique francophone. Une expérience très enrichissante mais difficile et, pas toujours, très gratifiante...

Artefac

J'ai fait mes études à Louvain et j'y ai vécu 15 ans après mon diplôme, côtoyant des étudiants et des professeurs d'autres facultés et participant aux nombreux événements culturels qui abondaient dans la vieille cité universitaire. Des conférences sur l'art ou la littérature faisaient salles comblées. Le déménagement à Woluwé m'a fait l'effet d'entrer «*in the middle of nowhere*», dans un désert dont les halls ouverts à tous les courants d'air qui se trouvent au centre de la

Faculté incarnaient parfaitement le vide culturel du site de Woluwé.

Finalement, en 1992, avec les Professeurs Marc Crommelinck et Philippe Van Meerbeek, nous avons imaginé la création d'une asbl culturelle qui rassemblerait professeurs, étudiants et membres du personnel pour soutenir et proposer des activités culturelles sur le site. Pour démarrer, il nous fallait l'aval et le soutien financier de la Faculté et de l'Université. La proposition fut présentée au Bureau de Faculté et nous avons vite compris que c'était loin d'être gagné... Mais nous avions un allié de poids en la personne du Doyen, le Professeur Léon Cassiers (1930-2009). Grâce à son appui, le projet est passé, son budget aussi (un crédit de fonctionnement et le salaire d'un animateur culturel mi-temps). Artefac était né ! Dès le début, il a été clairement entendu qu'Artefac serait un moyen au service de toutes les initiatives culturelles, quelque soit leur origine, et non pas un organe de centralisation et de monopole. Deux personnalités ont assuré, par leur enthousiasme, leur compétence et leur engagement personnel le succès de l'aventure: Didier Arcq, l'animateur culturel, homme d'une créativité débordante et d'un contact chaleureux a vite conquis le public étudiant. Il est resté près de cinq ans avec nous. Thérèse Van Troyen, du service d'aide aux étudiants, a non seulement assuré les tâches de secrétaire et de trésorière, mais surtout communiqué aux étudiants son enthousiasme, les incitant à faire œuvre de créativité culturelle. Le succès d'Artefac ne fut jamais un succès de foule et bon nombre d'étudiants ont passé leurs 7 ans sur le site sans jamais participer à rien. Mais ceux qui se sont investis dans les activités (théâtre, concerts professeurs-étudiants, expositions etc.) ont tous dit combien l'expérience les avait enrichis. J'ai assumé la présidence d'Artefac jusqu'en 2002, date à laquelle le Professeur Didier Moulin, terminant sa charge de Doyen, a pris le relais. Enfin, j'ai organisé à Woluwé la résidence de l'artiste française Catherine Keun qui initia une quinzaine d'étudiants volontaires à la représentation du corps humain par les techniques de la gravure (2007).

Ma carrière à l'UCL, comme chercheur et comme enseignant, a été heureuse, «*rewarding*» comme disent les anglais et les qualités humaines des gens que j'y ai rencontrés en sont la cause principale. L'aventure risquée de la recherche fondamentale m'a passionné jusqu'au bout : elle a été pour moi un formidable stimulant intellectuel, mais elle m'a aussi apporté de solides amitiés, ici et à l'étranger, qui font, encore aujourd'hui, l'agrément de mon éméritat.

Handicapés célèbres

Charles Quint, une lourde hérédité (1500-1558)

René Krémer

A la fête des états flamands au Prinsenhof près de Gand, Jeanne, reine de Castille, qui sera plus tard nommée - à tort ou à raison - « la folle », se retire dans un « évacuador », un endroit tranquille et privé, réservé aux femmes « *que la nature contraignait* ». Inquiètes de son absence, les dames d'honneur enfoncent la porte et découvrent Jeanne qui vient d'accoucher du futur Charles Quint. Le petit Charles sera chétif, triste, avec des yeux bleus et surtout un menton proéminent, qui deviendra, selon Michelet, une « *terrible mâchoire de crocodile* » et empirera tout au long de la vie du futur empereur. Plusieurs dents seront gâtées dès le plus jeune âge, ce qui n'était d'ailleurs pas rare à l'époque.

Contarini, 95^{ème} doge de Venise décrira ce « *menton en galoche* » et ses conséquences : « *La mâchoire est si large et longue, qu'elle ne semble pas naturelle mais postiche, ce qui fait que quand il ferme la bouche, les dents du haut ne s'ajustent pas à celles du bas. Lorsqu'il parle, surtout à la fin des phrases, il balbutie des mots que l'on n'entend pas bien.* » Le débit de la parole est fluctuant et la prononciation des mots et des phonèmes est mauvaise.

Cette fameuse « *lèvre* » dite habsbourgeoise, viendrait en réalité des ducs de Bourgogne, notamment Philippe le Hardi, dont les portraits montrent une ébauche de prognathisme.

Charles avait une lourde hérédité due à la consanguinité. Presque tous les Habsbourg ont épousé leur cousine, voire leur nièce. Un cas particulièrement spectaculaire est celui de Charles II de Habsbourg (1661-1700), Roi de Castille, d'Aragon, de Naples, de Sardaigne et de Sicile, surnommé l'ensorcelé⁽¹⁾. Outre un prognathisme spectaculaire, il était « *débile, somnolent, lent et indécis* ». Quelques Bourbons seront également touchés, tel Louis XIII, qui était en outre épileptique et souffrait d'hallucinations. Dans ces familles, la mortalité infantile était élevée. Le but de ces mariages « familiaux » était d'éviter la dispersion de la fortune et le morcellement des territoires. En outre, les princesses épousables devaient être de sang royal et d'une même religion. Ce qui réduisait le rapport offre-demande. Ces tares sont devenues très rares dans les générations ultérieures.

Dans sa jeunesse, le futur émule de Charlemagne paraissait malingre et mélancolique, sauf dans certaines circonstances comme la conduite d'un équipage à grande allure et la participation parfois

active aux corridas. Il avait également la passion des pendules et des horloges. Un majordome auquel Charles reprochait la qualité de la nourriture lui aurait répondu de manière impertinente : « *Vous préféreriez un potage d'horloges.* »

Charles était boulimique, alors que la position de ses dents l'empêchait de mâcher correctement. « *Ses dents ne se regroupaient pas.* » Ce qui explique sans doute les maux de ventre dont il se plaignait. Dans l'entourage, certains ne lui donnaient que quelques années à vivre.

Ses grandes qualités se révélèrent petit à petit : une volonté tenace, un esprit large, tolérant, notamment au plan religieux. Il admirait Erasme et craignait de mourir sans souvenir glorieux.

L'apprentissage sexuel semble avoir été laborieux, comme l'illustre une anecdote croustillante dont je laisse la responsabilité à Erlanger : l'aventure au bal d'Oudenaerde⁽²⁾.

Un caractère changeant

Les boursiers parleraient d'un comportement « volatile ». A certains moments, il était déprimé : « *Je me consume jusqu'à l'os* » disait-il. A d'autres occasions, il était très heureux comme lors de son mariage, de la naissance de son fils ou même très joyeux, par exemple en combattant un taureau.

Il se confiait peu et son entourage s'étonnait d'un comportement dont la cause était le trouble de son âme. A des périodes d'activité intense, de travail acharné, succédaient des phases où le maître ne prenait aucune décision, refusait de répondre aux questions des ministres. Il parlait alors très bas, son regard était absent, sa contenance trahissait un complet abattement. Puis sans transition, il « *lançait de lourdes plaisanteries, riait d'un rire strident, redoublait de voracité* ». Il demeurait parfois dans ses dossiers jusqu'à des heures indues, d'autre fois il négligeait les affaires d'état pour monter à cheval et



galoper comme un forcené. Des seigneurs inquiets chuchotaient alors le nom de Jeanne la Folle. Ils se trompaient, car entre la mère et le fils, la différence était profonde. L'une voulait fuir le monde qu'elle refusait. L'autre prétendait en assumer tout le poids. Comme Charlemagne, Charles Quint est sacré empereur à Aix la Chapelle en 1519.

A 30 ans, il est toujours chétif, « creusé », barbu, la mâchoire inférieure de plus en plus pendante, les dents gâtées, l'haleine forte.

En 1547 il était devenu « *une sorte de fantôme à demi paralysé, les cheveux blancs, la paupière presque close, la mâchoire pendante, la parole inaudible* ». Mais il semblait infatigable notamment lors des actions militaires.

Il s'occupait des problèmes de santé de la population. En juillet 1518, lors d'une épidémie à Bruxelles, il fait distribuer des fagots à la population de la rue de Louvain pour assainir l'air environnant par le feu.

La situation politique de l'Europe était loin d'être simple. Les relations étaient variables et conflictuelles avec le pape, Henri VIII, François Ier, Soliman, Luther, les bourguignons et les flamands, dans une période troublée et complexe. L'empire, embryon d'Europe rêvé par Charles, était fragile, déchiré par les nationalismes, menacé par les Turcs et divisé par les questions religieuses.

L'empereur essayait de réconcilier catholiques et protestants et convoquait les deux groupes séparément, en faisant des allées et venues incessantes de l'un à l'autre, une politique de funambule, d'après Erlanger, qui nous fait penser à Di Rupo pendant l'interminable question de BHV. Charles, lui, courait d'un pays à l'autre, « *pour faire l'Europe* ».



La goutte tenaillera l'empereur Charles tout au long de sa vie. Un de ses doigts momifié, conservé au Musée du Monastère royal de San Lorenzo, est déformé et typiquement goutteux.

Les nombreuses crises ne l'empêchent toutefois pas de guerroyer et de payer parfois de sa personne dans les combats, comme à Tunis (3).

S'apercevant que son fils, le futur Philippe II, ne sera pas le successeur de Charlemagne, une faillite de son idéal européen, il se retire dans une maison au fond du parc de Bruxelles. Il s'entoure de ses papiers, travaille, prie et mange copieusement.

L'Europe reste cloisonnée, livrée au nationalisme des états. On attendra l'ébauche d'une unification de l'Europe pendant 4 siècles.

Lors de l'abdication à Bruxelles (1555), il traversa le parc pour aller de sa petite maison vers le palais sur une « *vieille mule courtaude, tenu de part et d'autre* » « *La plupart des maladies et longues indispositions dont je souffre depuis quelques années m'ont ôté la santé. Mon incapacité physique est telle que je n'ai pu traiter les affaires personnellement et aussi promptement qu'il eu fallu. J'ai même été un obstacle à certains règlements* » (Bruxelles 16 janvier 1556)

Il était traité par l'huile essentielle de bois de Gaïac (4) pour traiter, dit-on, une maladie vénérienne transmise par Barbara de Blomberg, dont il aura un bâtard, le futur Don Juan d'Autriche vainqueur de Lépante.

Le dernier voyage vers la retraite au monastère de San Geronimo à Yuste en Estrémadure, chez des moines hiéronymites, fut particulièrement pénible. Même en dehors des crises il souffrait des séquelles de la goutte : ses mains étaient déformées, nouées et crispées. Il pouvait difficilement retirer les bras des manches. Le bras gauche était quasi paralysé : on devait guider le verre pour lui permettre de boire. Il montait à cheval avec une bande de toile attachée à l'arçon de la selle pour y reposer le pied. Le prognathisme rendait sa parole difficile, gênait la déglutition et l'empêchait de cracher. Il ne pouvait pas fermer la bouche. Il souffrait en outre d'hémorroïdes et d'un prurit insupportable aux membres inférieurs.

Par peur des crises de goutte, il évitait de rester immobile trop longtemps. Il se promenait en montagne, porté sur une chaise, en litière ou même à dos d'hommes.

Il restait à l'affût des événements du monde et aurait fait réaliser un simulacre de ses funérailles sur lequel on a peu de détails. Peu de temps après, une fièvre s'installe qui le conduit à la mort en trois semaines, le 21 septembre 1558.

Le prognathisme

Il existe plusieurs variétés de prognathisme. La lippe autrichienne ou habsbourgeoise est du type inférieur, due à un excès osseux de l'étage inférieur du visage. Actuellement, il y a des possibilités thérapeutiques. Chez l'enfant, un appareil d'orthodontie peut freiner

la croissance des maxillaires. Au niveau de la langue, il serait possible d'en rééduquer le comportement par une glossectomie partielle ou par des moyens simples : sucer avec les lèvres et non les dents, jouer d'un instrument de musique à vent. Il y a différents types de chirurgie, notamment l'ostéotomie mandibulaire qui consiste à mobiliser la mâchoire inférieure avec le menton et l'arcade dentaire (Opération de Dalpont/Obweger). Le prognathisme est fréquent chez l'animal : surtout chez le chien, le lama et l'alpaga .

Des écrits humoristiques ou tendancieux

A propos de la vie de Charles Quint, il faut être très attentif en parcourant la littérature. Citons deux exemples opposés.

Otto de Habsbourg (1912-2011) fut proche de Franco et devint en fin de vie, député européen du parti chrétien social allemand.

Assez naturellement, celui qui faillit de justesse être empereur d'Autriche-Hongrie, ne pouvait pas être neutre. Le fil rouge de son livre est manifestement la Maison de Habsbourg, « *solide à travers les siècles* » et Charles Quint avait toutes les qualités d'un grand de ce monde. « *Il voyait plus loin que son temps..., au dessus de son temps sur le plan religieux.* » Il était profondément humain, immunisé contre l'orgueil de son époque, excellent tacticien militaire. La défaite d'Alger était due à une tempête. En politique il était plus clairvoyant que Machiavel, maitrisait ses sentiments, toujours à l'avant-garde, toujours au cœur de la mêlée avec un détachement presque inhumain quant à son propre sort. Il aurait été ami des arts, de la musique et de la peinture, tout en étant le meilleur chrétien jamais rencontré. On a l'impression qu'il n'a jamais eu à faire qu'à des individus sans scrupules (François Ier, Henri VIII, le Pape, les flamands). Lui seul avait l'esprit chevaleresque du Moyen Age.

Par contre, ses amours ne sont qu'effleurées. Otto ne parle pas de la goutte et ne fait qu'une très courte allusion au prognathisme : « *un aspect peu flatteur du visage, un menton puissant et avancé et une bouche entrouverte, défaut pratiquement invisible grâce à la barbe* »

Michel de Ghelderode

L'histoire comique de Keizer Karel (1918) (Editions carrefour Bruxelles).

C'est un livre amusant, surréaliste, décontracté, contenant des anecdotes qui sans doute couraient à Bruxelles et dans le quartier des marolles. Des petites histoires basées en partie sur des légendes populaires, en partie issues de l'imagination de l'auteur de « *la balade du grand macabre* », mais toujours dans un langage combinant la verve rabelaisienne et la swanze bruxelloise.

Deux brefs extraits en exemple :

A propos de la naissance surprenante de Charles Quint :

« *...Sa mère, s'imaginant saisie de coliques, se rendit incontinent en cette bonne retraite où souverains vont à pied et sans escorte... Apparut alors l'enfançon tant désiré, parmi les étrons quand il eut fallu des roses.* »

A propos de son prognathisme :

« *...Un paysan l'apostrophe « Notre prince pour l'amour de Dieu, fermez donc la bouche. Les mouches de ce pays sont si méchantes.* »

De Ghelderode ajoute :

« *La lippe gantoise était relevée heureusement par un regard vif et spirituel.* »

Conclusion

Charles Quint avait un courage extraordinaire. Malgré le prognathisme et la goutte, deux graves infirmités pour un homme d'état de l'époque, il participait aux batailles et effectuait des déplacements continus à travers l'Europe. Pierre Chaunu a calculé que l'empereur a passé 500 jours en campagne et 200 jours en mer. Sa tentative d'union européenne, qui avait été amorcée par Charlemagne, sera contrecarée par le nationalisme, une plaie toujours bien présente aujourd'hui. L'union européenne qui sera rêvée à son profit par Napoléon et basée sur un racisme monstrueux par Hitler, verra le jour après la seconde guerre mondiale, grâce à de grands hommes d'état, comme il ne semble plus en exister aujourd'hui.

1. Charles II de Habsbourg (1661-1700) avait « *une laideur de visage à faire cauchemarder plus d'un enfant* ». Son père, Philippe IV, avait épousé sa nièce : ils eurent 5 enfants dont seulement 2 dépassèrent l'âge de 5 ans. Appelé le « *roi ensorcelé, il était mystique, inconscient et manipulé* »
2. Charles Quint séjourna à Audenaerde (Oudenaerde à l'époque) pendant le siège de Tournai. Il y rencontra Johanna Van der Geyst, fille d'un tapissier du village de Nukerke, dont il eut trois enfants qu'il reconnut et notamment une fille qui devint Marguerite de Parme, demi sœur de Philippe II.



Marguerite de Parme (Anthonis Mor)



Huis Margaretha van Parma (Audenaerde)

D'après Erlanger qui n'est certes pas fantaisiste comme Alexandre Dumas, on aurait fait croire à Charles que cette fille très pudique ferait semblant de dormir. En fait elle aurait été droguée pour surmonter sa timidité. Au réveil la fille se mit à pleu-

rer : elle ne se souvenait que du chambellan qui lui avait donné le breuvage. Charles se crut aimé pour lui-même, mais sa déception fut grande quand il s'aperçut qu'il n'en était rien. Quoiqu'il en soit, il existe une « huis Margaretha van Parma », fille naturelle de Charles Quint, dans le quartier ancien d'Audenaerde.

3. La bataille de Tunis, en 1535, permit aux troupes de Charles Quint de chasser les Ottomans, qui utilisaient Tunis comme base de départ de corsaires vers la Sicile et la Sardaigne.
4. Cette huile est encore aujourd'hui recommandée dans de nombreuses affections y compris la goutte et aurait une action anti-inflammatoire immunostimulante.

Ouvrages consultés

Michel de Ghelderode. L'histoire comique de Kaiser Karel, 1943
 Philippe Erlanger. Charles Quint. Perrin, 1997
 Otto de Habsbourg. Charles Quint. Un empereur pour l'Europe. Racine, 1999
 Pierre Chaunu et Michelle Escamilla. Charles Quint. Fayard, 2000

Une discussion sémantique animée sur MedUcl

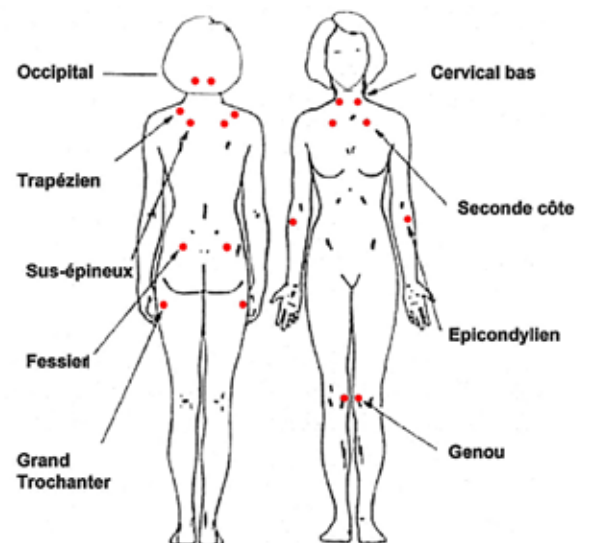
La fibromyalgie

Participants : David Simon ; Etienne Masquelier ; Patricia Eeckeleers ; Michèle Fostier ; Elide Montesi ; Dominique Lamy.

David : Je suis toujours déçu de voir un patient enfermé dans ce diagnostic de fibromyalgie renforcé par la médiatisation d'une part et la "reconnaissance sociale" qu'apporte ce problème de santé à l'égard de l'INAMI (anti douleurs, Kiné, ...) Le terme de douleur chronique n'est pas approprié non plus, car on peut avoir une douleur chronique à un seul endroit du corps. Pour mes patients, je propose le terme de "seuil abaissé de la douleur". Que pensez-vous de cette façon de définir ce syndrome ?

28 octobre 10,40 h

Etienne : L'idée n'est pas d'"enfermer" quelqu'un dans un diagnostic. C'est l'aspect pédagogique, l'éducation à la santé qui est important et essentiel, étape trop souvent oubliée dans la médecine biomédicale; c'est communiquer au patient une vision



bio-psycho-sociale de sa problématique et donc "ouvrir" la réflexion afin qu'il puisse être acteur de sa réadaptation. C'est aussi croire à ses douleurs et prendre conscience des difficultés de son quotidien. Pour expliciter les connaissances récentes des neurosciences dans ce domaine, la sensibilisation centrale, l'allodynie à la pression et thermique sont utiles à communiquer dans le rationnel explicatif ainsi que d'autres données récentes comme l'endurance et la raideur musculaire perturbée, les troubles cognitifs ou l'hyperactivité... Il faut prendre du temps et tenter de donner un message empreint de réalisme et d'optimisme. Ce n'est pas simple.

28 octobre 15,18 h

David : La compréhension d'un problème de santé tant par le médecin que par le patient commence par un énoncé clair et précis de son nom. Ce qui me dérange dans le mot "fibromyalgie", c'est le préfixe "fibromy-" qui laisse supposer que le problème de santé se situe dans le muscle et dans "les fibres". Or, tant la description que tu viens de faire de ce problème de santé que la nature des traitements pharmacologiques qu'on lui réserve situent ce problème de santé dans sa dimension "bio-psycho-sociale". Elles déterminent donc que son substrat n'est pas le muscle ou "les fibres" mais bien une perturbation de la perception de la douleur dont l'étiologie est multifactorielle et complexe. Elle doit elle-même être prise en compte dans la prise en charge des patients qu'elle touche, mais sans en dissimuler le substrat. En réponse, je propose le terme d' "**hyperalgie bio-psycho-sociale**". qui permettrait, à mon avis, tant aux médecins qu'aux patients d'aborder ce problème de santé de façon plus intelligible et donc... comme tu dis, plus réaliste et optimiste.

28 octobre 23,50 h

Patricia : La fibro est l'exemple typique de pathologie psychosomatique... l'expression physique de souffrance psychique, en bref, un mécanisme de conversion hystérique dans le sens psychanalytique du terme. Quand j'ai été diplômée en 1982, la fibromyalgie n'existait pas encore, c'était la spasmophilie qui était le syndrome de conversion. Dans 10 ans, quelle sera la nouvelle forme d'hystérie ?

Question : que dit la littérature nordique sur ces syndromes ? existent-ils ? ou la présentation psychosomatique prend-elle une autre forme ?

29 octobre 8,52 h

Elide : Mal nommer les choses c'est ajouter à la douleur du monde (Camus).

La revue Prescrire titre **Syndrome polyalgique idiopathique diffus** un de ses articles sur la fibromyalgie et cela me semble mieux définir aussi la situation clinique de ces patients. Ce n'est cependant pas la

seule situation où une maladie a plusieurs dénominations. Pour les patients, le terme de fibromyalgie est peut-être plus simple à retenir. Mais je partage l'avis du Dr Masquelier, en dépit de la citation de Camus, l'important n'est pas tant le nom que l'on donne à la maladie que l'attention que l'on porte à ces patients et leur prise en charge pour tenter de comprendre et de soulager leur souffrance afin d'améliorer leur qualité de vie.

29 octobre 11,51 h

David : Chère Elide, Tu viens, je pense, de trouver la meilleure réponse à la question que je me posais : **Syndrome polyalgique idiopathique diffus**. J'utiliserai désormais de cette terminologie qui me semble correspondre le plus fidèlement à l'idée que je me fais de ce problème de santé. Merci. Amitiés

29 octobre 17,30 h

Michèle : Je partage entièrement votre point de vue, docteur Eeckeleers.

Je pense également que la "fibromyalgie" dont certains patients sont fiers d'arborer l'étiquette, est avant tout l'expression clinique (douleur, fatigue, etc...) d'un conflit intrapsychique. Ne le nions pas, les souffrances sont bien réelles. Mais le patient a en lui, toutes les ressources nécessaires pour retrouver le ou les grain(s) de sable qui se sont un jour mis dans ses rouages. Le rôle du thérapeute (psychiatre ou psychologue) sera alors de l'aider à retrouver ces dysfonctionnements originels afin de les transformer. Mettre le patient en mouvement, par lui-même et pour lui-même, voilà le véritable défi en ce qui concerne le traitement. Et un véritable challenge pour nos confrères psys mais également pour les sociologues voire les économistes, car il s'agit là d'un véritable phénomène de société. Je partage également votre point de vue, Dr Simon, quant au fait que les patients sont enfermés dans leur diagnostic de fibromyalgie. Malheureusement, l'être humain préfère souvent être enfermé dans quelque chose d'inconfortable mais bien connu (la douleur par ex.) que de se mouvoir dans quelque chose de confortable mais inconnu. En tous cas, le sujet semble intéresser un grand nombre d'entre nous !

30 octobre 13,46h

David : Pardon de vous encombrer avec les courriels qui suivent mon processus de réflexion personnel qui évolue au rythme des réponses que je reçois de vous par courriel. Le mot poly-algique n'exprime pas clairement l'abaissement du seuil de douleur mieux traduit par le mot hyperalgie ou algodynie. Le mot idiopathique sous-entend grossièrement la plupart du temps, soit l'incompétence du scientifique à trouver une cause, mais aussi le plus souvent une façon codée d'en attribuer la cause à la volonté du patient qui se voit accusé de somatisation voire

de simulation. Le mot algodynie s'emploie non seulement pour définir un seuil abaissé de douleur mais aussi la survenue d'une douleur déclenchée par un stimulus qui est normalement indolore. Une nouvelle définition pourrait découler de ces trois considérations : **Syndrome Hyperalgique Diffus**

30 octobre 9,27 h

Dominique : Cela a le mérite de simplifier le vocable. Le patient doit aussi comprendre ce que signifie le descriptif de son mal, pas seulement le médecin.

Par ailleurs, même si nous souhaiterions parfois éviter de coller une étiquette au patient, celui-ci est souvent demandeur. Cela le soulage de savoir ce qu'il a et ce contre quoi il va se battre, avec son(ses) soignant(s).

Et cela, tout en restant attentif aux acronymes qui en découlent : SPID versus SHD ... et qui pourraient devenir très tendance.

30 octobre 10,30 h

David : Afin de ne pas lasser l'assemblée, ce sera ma dernière intervention.

Je reste attaché au **Syndrome Hyperalgique Diffus Chronique. SHDC**

En effet, le mot "Douloureux" néglige le caractère anormal et excessif de ces douleurs que le mot "hyperalgique" traduit bien. Si "Complexe" exprime l'origine multifactorielle du SHDC, il n'est pas usité dans la néphropathie, la cardiopathie ou le diabète qui ont eux aussi une origine multifactorielle (et y compris sociale).

Le SDDC néglige en outre la chronicité du SHDC. On pourrait objecter qu'une hyperalgie diffuse aiguë s'observe dans les faits après une fièvre. Par ailleurs, les douleurs neuropathiques sont des "neuropathies", bien nommées et dont l'étiologie est connue et le colon irritable et la migraine n'ont rien de "diffus". LE SHDC me semble plus approprié que SDDC.

7 novembre 13,40 h

Etienne : Cher David, ton initiative est intéressante ! C'est vrai que d'autres entités cliniques ont changé de nom, comme l'algoneurodystrophie réflexe qui s'appelle crps ou syndrome douloureux régional complexe ; c'est un groupe d'experts de l'IASP (International association study of pain) qui a préféré et proposé ce nouveau terme essentiellement descriptif à celui d'algo dont les mécanismes invoqués n'ont jamais été réellement démontrés (réflexes, dystrophie, ...); On pourrait évoquer pour la FMS le terme de syndrome douloureux diffus complexe .. mais quelle énergie à dépenser !! Ne vaut-il pas mieux pas s'investir dans la cohérence et le consensus vis-à-vis du terme FMS, utilisé à l'échelle mondiale (plus de 6000 articles dans pubmed).

Enfin, les mécanismes centraux perturbés (sensibilisation centrale, altération du système inhibiteur etc) ne sont pas spécifiques de la FMS et se rencontrent dans d'autres entités « voisines » (douleur neuropathiques, colon irritable, migraine ..); on ne doit pas non plus faire fi des connaissances sur les perturbations périphériques dans la FMS comme la diminution de l'endurance musculaire et le niveau de raideur musculo-articulaire majoré avec une baisse du collagène intra musculaire.

Le syndrome de fibromyalgie (FMS) est hétérogène et complexe. Il y a sans doute un sous-groupe de patients qui pourraient répondre à ces caractéristiques et pour lesquels nous préférons utiliser le terme de troubles somatiformes. Nous rencontrons aussi de nombreux autres patients qui n'ont pas ces caractéristiques et qui sont révoltés (on peut les comprendre) vis-à-vis d'interprétations hâtives ... c'est le lit des stéréotypes et de la stigmatisation. On pensait que les parkinsoniens au 19ème siècle étaient des hystériques ... heureusement que les connaissances médicales ont pu faire changer les mentalités. Amitiés.

07 novembre

Rejoignez notre forum Meducl : <http://sites-final.uclouvain.be/ama-ucl/meducl.html>



Le capital social et la santé en Louisiane

Le docteur David Holcombe est passé récemment en Belgique pour fêter avec ses confrères belges son 30^{ème} anniversaire de promotion à l'UCL.

En tant que directeur médical de l'office de santé de Louisiane, il a fait une conférence à la Faculté de Santé Publique de l'UCL sur la situation sociale dans l'état de Louisiane. Dans l'article qui suit, il résume cette conférence. Si la chose vous intéresse, nous pouvons vous adresser par mail les diapositives de la conférence. Californien d'origine, le docteur Holcombe a choisi d'exercer la médecine en Louisiane, parce que c'était une région très défavorisée, qu'il voulait aider. Vous pouvez trouver sur notre site Internet, son interview dans le n° 63 et un conte dans le n° 62 d'AMA Contacts.



David J. Holcombe (1)

En l'an 2000, Robert Putnam a publié "Bowling Alone in America. The Collapse and Revival of American Community." Dans ce livre, il introduit l'idée du capital social ("social capital"). Il définit l'index de capital social par cinq paramètres : les mesures d'organisation communautaire, les mesures d'engagement personnel dans la vie publique, les mesures de volontarisme, les mesures de sociabilité informelle et les mesures de confiance sociale. Tous ces paramètres tentent de mesurer la cohésion communautaire et n'ont rien à faire à première vue avec la santé publique.

Putnam a mesuré ces cinq paramètres dans chaque état des Etats-Unis ; il a trouvé que les états du sud ont tous des valeurs très basses, en particulier la Géorgie, l'Alabama, le Mississippi, le Tennessee et la Louisiane. Cette distinction était aussi partagée par le Nevada, un état en croissance rapide et désorganisée socialement, contrastant avec des états du sud traditionnels. Ceux-ci partagent, non seulement, des valeurs très basses de capital social, mais aussi une histoire lourde d'esclavagisme et d'inégalité sociale, perpétuée par la ségrégation légale jusqu'aux années soixante. La Louisiane, comme le Mississippi, l'Alabama et la Géorgie ont aussi un pourcentage plus élevé de population noire, comparé aux autres états des Etats-Unis.

Robert Putnam ne s'est pas contenté de mesurer le capital social, il a voulu aussi explorer la possibilité de corrélations entre l'index de capital social et d'autres paramètres. Ces résultats étaient aussi fascinants que troublants. Bien que ces mesures de capital social n'aient rien à voir à première vue avec d'autres paramètres de santé ou de criminalité, il a démontré qu'il y avait une corrélation étroite entre l'index de capital social et certains aspects sociaux.

Notamment, il y a une corrélation directe entre le capital social d'un état et les mesures de bien-être social. Quand le capital social d'un état est élevé, les résultats de santé publique, le bien-être des enfants, la tolérance sociale, l'égalité économique et sociale et les résultats scolaires sont meilleurs. Par contre, quand le capital social est très bas, il y a des taux élevés de meurtres, d'intolérance, d'inégalité économique et sociale, et même une augmentation dans les heures de télévisions que les enfants regardent chaque jour.

Les résultats de Robert Putnam datent des années nonante, mais on peut vérifier facilement la véracité et la continuité de ces trouvailles avec les données actuelles. La "United Health Foundation" publie chaque année « America's Health Rankings » (www.americashealthrankings.org). La Louisiane continue à être le 49^e état sur 50 dans les paramètres de mesures de santé. Elle est aussi 45^e ou plus bas pour les valeurs de maladies chroniques, de mortalité infantile, de personnes sans assurances de santé, d'hospitalisations évitables, de maladies infectieuses (y compris les maladies à transmission sexuelle), et d'autres paramètres également néfastes. « Kid's Count » (www.kidscount.org) place la Louisiane 49^e sur 50 pour la condition générale des enfants. Cet état a aussi le taux le plus élevé de meurtres aux E.U. ainsi que le taux le plus élevé d'adultes incarcérés : plus de 800 pour 100.000 habitants, ce qui est le double du taux national et huit fois celui de l'Europe. Trois quarts des prisonniers en Louisiane sont noirs (les noirs représentent 33 % de la population de l'état). Ces données sont similaires au Mississippi et en Alabama.

A première vue, la participation dans les organisations sociales locales, le nombre de fois que l'on reçoit des amis chez soi, ou le taux de volontarisme (tous

éléments de l'index de capital social) ne semblent pas avoir une corrélation directe sur la scolarité, la santé, le bien-être social ou l'égalité entre les races, et pourtant, tous ces faits sont liés. Malgré ce déluge de mauvaises nouvelles, notamment



Musiciens de rue à la Nouvelle Orléans

pour la Louisiane, il y a aussi de l'espoir. Investir plus d'argent dans l'infrastructure au niveau de l'état n'est pas suffisant pour améliorer les données, il faut aussi un changement dans l'état d'esprit de la population. Une participation active dans la vie civique est directement liée à une amélioration de la santé publique. Bien sûr, il faut des infirmières, des médecins, des cliniques et des écoles pour contribuer à la santé et à la scolarité, mais il faut aussi un esprit de solidarité sociale et civique.

Robert Putnam a non seulement développé l'idée

du capital social, il a aussi fait une distinction entre le « bonding social capital » et le « bridging social capital. » « Bonding social capital » est représenté dans les associations entre les gens qui partagent les mêmes intérêts, les mêmes revenus, la même race ou la même religion. Les églises, si nombreuses aux Etats-Unis, en sont des exemples. « Bridging social capital » par contre, est représenté dans les associations entre les gens qui ne partagent pas les mêmes origines sociales, ni les mêmes revenus, ni la même langue ou religion (le « Boys and Girls Club », par exemple). C'est parmi les associations de ce type que M. Putnam trouve le plus grand espoir d'augmentation du capital social. Notre obligation en tant qu'individus est de trouver et de favoriser les initiatives qui cultivent le « bridging social capital ». Celles-ci auront une influence positive indéniable sur l'index social et en conséquence sur la santé publique.

1. MD, MSA, FACP

Références :

Putnam, Robert D., « Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community, (Simon and Schuster Paperbacks, New York, 2000.)

www.americashealthrankings.org

www.kidscount.org

bjs.ojp.usdov.gov



Après le passage de Katrina

Souvenirs et anecdotes

Une éruption

Les tristes salles de l'hôpital Saint Pierre. Un tour de salle d'un patron auquel je présentais les nouveaux patients, entourés de stagiaires.

Nous étions en cercle au chevet d'un jeune homme dont le cœur, si je me souviens bien, posait des problèmes. Avant d'ausculter le malade et après l'avoir regardé de près, le petit patron se tourne vers les étudiants et parle bas pour ne pas être entendu du patient :

« Vous voyez. Ce malade nous est présenté comme cardiaque : nous aurions envie de lui planter immédiatement le stéthoscope sur la pointe du cœur. Mais non, l'examen doit être systématique. Vous devez avoir le regard inquisiteur de Sherlock Holmes. Au premier coup d'œil, votre regard doit s'arrêter sur cette éruption de taches roses, assez larges, sans relief, sur le thorax. Cela ne ressemble pas à une roséole, mais plutôt à un pityriasis rosé de Gibert, bien qu'un exéma ou une allergie médicamenteuse ne puissent pas être exclus.

Nous allons lui demander depuis combien de temps il a remarqué cette éruption : « Est-ce que vous avez des démangeaisons de la fièvre, de telles lésions

ailleurs? » Avec ménagement, efforcez-vous de savoir s'il n'a pas eu des relations suspectes, il y a quelques semaines. Il pourrait s'agir quand même d'une roséole spécifique.

Je parviens à attirer le patron à part pour lui dire qu'il s'agit des traces des ventouses utilisées pour enregistrer l'électrocardiogramme.

On en est arrivé tout de suite au cœur : les élèves ne semblaient pas avoir remarqué ce petit accroc.

R.K.



Cher confrère,
Cher(e) ami(e),

Merci aux 530 membres qui ont déjà renouvelé leur cotisation 2012.

Si ce n'est pas le cas, ceci est le dernier AMA Contacts que vous recevrez : nous vous invitons donc à renouveler votre cotisation, pour bénéficier également de réductions dès le prochain congrès de l'ECU.

Versez dès aujourd'hui votre cotisation 2012 au compte 210-0667611-12 de l'AMA-UCL : elle seule nous permet d'exister !

Promotions avant 1968 50 €
Promotions 1968 à 2008 70 €
Promotions 2009 à 2011 30 €

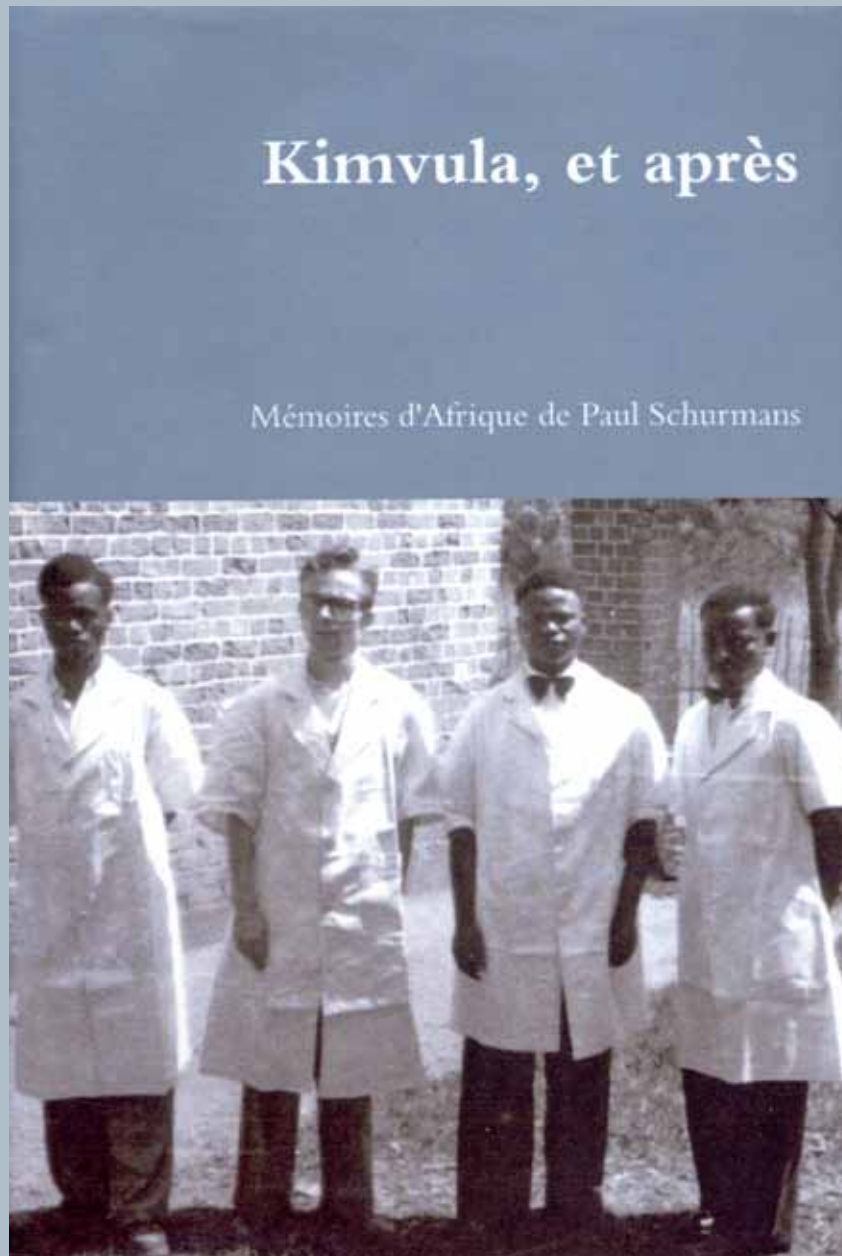
Nos meilleurs vœux à tous ! Bien cordialement.

Prof. M. Buyschaert,
Vice-Président

Dr D. Lamy,
Secrétaire-Trésorier

Prof. R. Krémer,
Président

Les écrits de nos Alumni



Paul Schurmans, né le 8 octobre 1921 à Wezembeek-Oppem, entre au Collège Saint-Michel à Etterbeek, étudie la médecine à l'Université catholique de Louvain et ensuite la médecine tropicale à Anvers. Arrivé au Congo en 1949, il séjourne 3 ans à Kimvula avant d'être muté à Kangu, puis à Boma et enfin à Léopoldville. Ses trois filles naissent au Congo. De retour en Belgique en 1962, il entame des études de dentisterie, ouvre son cabinet en 1965 et pratiquera jusqu'à l'âge de 77 ans.