

Amma
contacts

L'UCL à Cochabamba



Handicapés célèbres : J.F.K.
Interview : Alejandro Sauma
Souvenirs de Pierre Bodart

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

77 Novembre - décembre 2012



Les droits du patient et le devoir d'information

Jean-Pol Beauthier ¹

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit que le malade a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement éclairé suppose que le patient ait été informé de l'objectif, de la nature, du degré d'urgence, de la durée, de la fréquence, des contre-indications, des effets secondaires et risques inhérents à l'intervention, des soins de suivi, des alternatives possibles et des répercussions financières.

Les droits du patient rendent nécessaire le même devoir d'information lorsque la thérapie appliquée (ou non) a posé problème.

Notre souci est de conseiller la meilleure gestion possible de ces situations difficiles, générant des conséquences émotionnelles tant chez le patient et sa famille, que chez celui qui peut avoir provoqué cet aléa, ainsi que chez les témoins et les autres intervenants.

Certains diront qu'il faut surtout se taire et ne pas reconnaître ce qui s'est passé, compte tenu de ce que les assurances pourraient prendre comme position.

Une telle attitude ne fera que faire flamber la situation et entraîner une perte de confiance entre le patient, sa famille et les thérapeutes. Il faut que ceux-ci aient le courage de rencontrer les personnes concernées et d'expliquer clairement, respectueusement et de manière transparente la situation et ses conséquences.

Sur la base de la loi précitée, le patient a le droit d'être correctement informé sur son état de santé et son évolution présumée et ce, même lorsque quelque chose s'est mal déroulé.

Mais il est vrai qu'à ce stade, il n'est pas question de parler réellement de responsabilité de la part du thérapeute, et c'est là que les assurances pourraient s'offusquer d'une telle prise de position, préalable à celle que leurs médecins conseils experts vont adopter à la suite de l'étude de la situation et du dossier. Car il faut nuancer faute, erreur, aléa.

Il n'empêche que la bonne pratique impose que le thérapeute puisse s'expliquer en personne, et non pas déléguer l'infirmière-chef ou le jeune candidat spécialiste. Il doit se rendre au chevet du patient et/ou rencontrer la famille et ayants-droit.

« Le mythe de l'infailibilité ne peut mener qu'à la dissimulation, l'individualisation et la culpabilisation » ².

Une communication ouverte, complète et honnête démontre que les intérêts professionnels du thérapeute ne sont certainement pas supérieurs au bien-être du patient.

La dissimulation et le manque de dialogue à la suite d'un échec thérapeutique (quelle que soit sa gravité) n'engendrent que des conflits, de l'incompréhension, des procès d'envie, etc. Combien de fois n'avons-nous pas entendu cette même phrase : « le médecin n'a même pas tenté – ni voulu – nous rencontrer. C'est donc qu'il avait quelque chose à cacher. C'est pour cela que nous avons déposé plainte ; afin de connaître la vérité ». Et c'est la spirale infernale (pour tous) qui se met en branle, parfois à raison, mais si souvent à tort.

1. Unité de médecine légale et d'anthropologie, LABO Campus Erasme ULB et Palais de Justice, 6000 Charleroi.

2. De Neve J (2012) Erreurs médicales: types, causes, gestion et recommandations - entretien avec Manu Keirse (KU Leuven). Medi-Sphère 398:6-8.

COMITÉ DE RÉDACTION :
Martin Buyschaert, René Krémer, Dominique Lamy, Dominique Pestiaux, Christine Reynaert et Jean-Louis Scholtes

ÉDITEUR 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 :
Mont Illimani vu de Cochabamba © Sarah Scott

SOMMAIRE

Ama contacts

N° 77 novembre - décembre 2012

- 2 Editorial**
Jean-Pol Beauthier
- 3 Handicapés célèbres : La maladie cachée de J.F.K. (1917-1963)**
René Krémer
- 7 Les interviews de l'AMA-UCL : Docteur Alejandro Sauma, chirurgien à Cochabamba**
- 12 In memoriam : Souvenir de Pierre Bodart**
Charles Dive
- 15 Concours photo**
- 15 Souvenirs et anecdotes : Mission à Alger**



Handicapés célèbres La maladie cachée de J.F.K. (1917-1963)

René Krémer

La jeunesse de John Fitzgerald Kennedy a été marquée par des maladies plutôt banales, mais qui semblaient avoir chez lui un caractère inhabituel de gravité : une scarlatine dont « il faillit mourir » à 3 ans, des gripes et rhumes fréquents et prolongés, un asthme rebelle, une pneumonie qualifiée de très sévère. D'après ses parents, pendant l'adolescence il eut une syncope à la messe, se plaignit d'anomalie de la vision des couleurs et de troubles digestifs qui l'obligèrent à respecter un régime durant toute sa vie. Alors qu'il faisait des études à la London School of Economics, il fut hospitalisé une première fois à Londres pour un ictère et, lors d'une récurrence, au Peter Bent Brigham Hospital à Boston pendant deux mois. En 1940, à 23 ans, une uréthrite compliquée de prostatite l'amena, avant son mariage, à demander à ses médecins s'il était capable d'avoir des enfants.

Il est probable que la fréquence et la gravité de certaines de ces maladies étaient dues à l'insuffisance surrénalienne qui n'avait, semble-t-il, pas encore été diagnostiquée et qui ne sera évoquée qu'en 1946.

En 1947, à 30 ans, il est hospitalisé pour faiblesse, nausées, vomissements et hypotension. Le pronostic était sans doute considéré comme grave, puisque l'extrême onction lui fut administrée. Il faut remarquer que c'était l'époque de la découverte de la désoxycortisone (DOCA). (1)

Comme Kennedy n'avait pas de tuberculose pulmonaire, on attribua l'insuffisance surrénalienne, enfin découverte, au stress ou au long séjour dans l'eau, lors du naufrage de la vedette lance torpille (skipper) PT 109, coulée par un contre torpilleur japonais, le 3 août 1943, au large des îles Salomon. Kennedy avait été projeté du pont et avait nagé 5 km jusqu'à une île déserte. Selon la version officielle frisant le mensonge, il ne s'agissait donc pas d'une maladie d'Addison !



Photo originale

La même photo avec couleurs modifiées

Kennedy propagera cette version aussi longtemps que possible, notamment au cours de la période électorale pour la présidence des USA. Son entourage est frappé par son teint bronzé, qui est une des caractéristiques de la maladie d'Addison. Pour réfuter ce diagnostic, il déclare que c'est dû à l'exposition au soleil et dévoile une partie plus pâle de son corps. Pourtant, il était connu que la coloration des addisoniens était surtout marquée au niveau des parties du corps exposées au soleil et que les corticoïdes l'atténuaient.

Il survivait effectivement grâce à la cortisone administrée par la bouche, en injections et en implant. Ses médecins constituaient des réserves de corticoïdes dans différents endroits du pays.

Malgré le risque dû à sa maladie, JFK dut subir une intervention au niveau de la colonne vertébrale en 1954. Un article du JAMA (Archives of surgery) rapporte en 1954 le cas d'un addisonien de 37 ans opéré de la colonne, à New York, sous perfusion intraveineuse et

intramusculaire d'hydrocortisone, pendant les trois heures d'intervention. Les suites opératoires avaient été longues et pénibles. Le lieu, la date, le type d'intervention par blessure de guerre et l'âge du patient correspondaient parfaitement au cas du futur président. Au cours de la campagne présidentielle, certains adversaires politiques prédisaient que, sans la cortisone, Kennedy serait mort. La famille réfutait le diagnostic d'Addison : « il n'a jamais eu de tuberculose, par conséquent il n'a pas la maladie d'Addison ». Une déclaration de ses médecins certifie même que l'insuffisance surrénale était un vieux problème et que les examens actuels montraient des surrénales fonctionnelles. Quand on interrogeait Kennedy sur le patient numéro trois de l'article des Archives of surgery, il répondait sans sourciller que quelqu'un qui aurait la maladie d'Addison ne pourrait pas devenir président des USA, mais qu'il n'avait jamais eu cette maladie, qu'il avait 43 ans et qu'il était en excellente santé.

Pendant sa présidence, il prenait pas mal de médicaments :

Vitamine C, 500mg deux fois par jour
Hydrocortisone, 10mg par jour
Prednisone, 2,25mg deux fois par jour
Méthyltestostérone, 10 mg par jour
Liothyronine, 25µg deux fois par jour (hypothyroïdie)
Fludrocortisone, 0,1mg par jour
Hydrochloride diphenoxylate et sulfate d'atropine (diarrhée)

Après l'attentat de Dallas, à la demande de son épouse, l'autopsie n'a pas lieu au Texas, contrairement à la loi, mais au Bethesda Naval Hospital, dans le Maryland, où le corps est transporté par les services secrets. L'autopsie a été limitée au crâne et à la recherche des plaies et du trajet des balles. Il n'y a pas eu d'ouverture du thorax, ni de la cavité abdominale. Une polémique s'est engagée à propos des impacts de pénétration des balles, à partir de nombreuses photos et radiographies.

La conclusion probable, basée sur l'acoustique, est qu'il y avait un second tireur, mais que son tir n'a pas atteint le président. Une longue discussion a porté sur la direction d'une des deux balles qui ont frappé à la tête. En 1968, un nouvel examen des photographies, des radios et des vêtements conclut que les deux balles ont été tirées de haut et de l'arrière. Or

la tête a reculé. Après une expérience pratiquée sur une chèvre, il a été prouvé (?) que le recul de la tête pouvait s'expliquer par une contraction des muscles. Serait-ce un réflexe de défense qui existe déjà chez le nourrisson ?

Des rumeurs continuent à courir, en raison des discordances entre les lésions visibles sur les photos et celles qui ont été observées par les médecins de Dallas et de Bethesda. On continue à évoquer le rôle de la CIA, d'une « clean up squad » hypothétique, chargée d'éliminer des personnes détentrices de secrets d'état ou d'une conspiration, d'une ancienne maîtresse, de cubains anticastristes...

La mort violente des grands hommes a de tout temps entraîné des rumeurs sur les auteurs et sur les commanditaires éventuels.

L'insuffisance surrénalienne d'origine auto-immune (2001)

La maladie d'Addison est actuellement due à la tuberculose dans les pays du tiers monde. Dans nos régions, c'est le plus souvent une maladie auto-immune, parfois héréditaire, type 2 (APS2) avec syndrome pluri-endocrinien, notamment atrophie surrénale et hypothyroïdie.

Plus rarement, l'insuffisance surrénalienne peut être due au cancer, à une infection ou à l'amyloïdose. La forme auto-immune peut être héréditaire : Eunice (1921-2009), la jeune sœur de JFK, avait la maladie d'Addison et son fils John la maladie de Grave, avec hyperthyroïdie.

Le président a eu tous les symptômes de l'insuffisance surrénale majeure : fatigue, vertiges, faiblesse musculaire, perte de poids, difficulté de rester debout, nausées, sudations, modifications du caractère et de la personnalité. Au point de vue objectif : hypotension artérielle, peau bronzée, surtout au niveau de cicatrices, des lèvres et des muqueuses, due à l'hypersecrétion d'ACTH. Kennedy a eu deux pertes de connaissance lors d'une parade pendant la campagne électorale et lors d'un congrès en Grande Bretagne.

Le public devrait savoir (Howard Markell 2008)

En 1919, l'accident vasculaire cérébral, avec hémiplégie et séquelles mentales de Wilson, a été caché au public. L'infarctus myocardique d'Eisenhower, avant sa candidature à la réélection, est demeuré secret, de

même que l'occlusion intestinale de 1956 et l'aphasie transitoire de 1957.

L'état de santé de Franklin Roosevelt (hypertension artérielle, broncho-pneumopathie chronique progressive et insuffisance cardiaque) n'a pas été révélé lors de la conférence de Yalta en 1945.

Plus récemment, l'état mental de Richard Nixon, l'importance des blessures et cancers de Ronald Reagan et l'hyperthyroïdie de Georges Bush n'ont pas été révélés au cours de leurs mandats.

La constitution américaine n'est pas claire à ce sujet, mais un groupe de travail indépendant composé de médecins, éthiciens et hommes de loi est actuellement chargé d'évaluer et d'expliquer l'état de santé et le passé médical des présidents et vice présidents. Ils se réunissent au moins une fois l'an et plus souvent, si nécessaire. Les membres du groupe sont nommés pour six ans par le Congrès et transmettent le rapport aux responsables de la Maison Blanche et au Congrès. En accord avec les médecins du président et l'administration, le Congrès pourra appliquer le 21ème amendement de la constitution, prévoyant que le président puisse être déchargé de ses pouvoirs et devoirs par le sénat pour des raisons de santé.

Rumeurs

La réticence à fournir des informations au public ouvre la porte à des rumeurs, souvent non fiables, mal intentionnées ou passionnées. Les maladies de JFK et sa vie en général font l'objet de nombreux sites internet, dont il est évident que la recherche du sensationnel est la motivation essentielle : à côté de faits réels, il y a de nombreuses hypothèses plus ou moins bienveillantes, des on-dit non vérifiés et une méconnaissance de la pathologie.

Par exemple, le site internet d'un certain docteur Zebra (2), qui écrit des livres sur des choses étranges en médecine et notamment sur les maladies de grands personnages, comporte un long chapitre sur les maladies de J.F. Kennedy. Il commence par une déclaration sensationnelle : « From a medical point of view, Kennedy was a mess ». Cette assertion est illustrée par un tableau, surprenant, des problèmes de santé de Kennedy. Le fameux docteur fait des diagnostics étonnants : maladie de Cushing, due aux corticoïdes, anémie pernicieuse, ostéoporose... Des lunettes pour lire dans l'enfance suggèrent une diphtérie ! La maladie d'Addison et les problèmes du dos seraient dus

aux stéroïdes pris pour une colite, une maladie coeliaque. Une urétrite n'aurait pas été traitée, selon un soi-disant aveu de Kennedy, selon lequel il ne pratiquait pas le « safe sex ». Tout ceci confirme qu'il ne faut pas prendre pour argent comptant ce qu'on peut glaner sur internet.

Réflexion en guise de conclusion

J.F. Kennedy n'aurait jamais été président des Etats-Unis :

- s'il n'avait pas été en état de nager 5 km en 1945 ;
- si la cortisone n'avait pas été découverte en 1949 ;
- si l'on n'avait pas caché sa maladie d'Addison pendant la campagne présidentielle.

Livres et sites consultés

1. Robert.E Gilbert. The mortal presidency : illness and anguish in the White House. 1992
2. Howard Markel, Alexandra M. Stern : Presidential health and the public's need to know. JAMA, 2008, 299, 2558
3. Thomas H Maugh II. Rare autoimmune disease (2009). Lee R Mandel, endocrinologue de la marine
4. Wikipedia : John F. Kennedy autopsy. Online Health Library Buffalo
5. Docto Zebra. The health and medical history of J.F. Kennedy, <http://www.doctorzebra.com/prez/g35.htm>
6. John Glyn. The discovery and early use of cortisone. J. Royal Society of medicine, 1998, 91, 513

Notes de bas de page

1. C'est en septembre 1948 que la Doca est injectée à un patient atteint d'arthrite rhumatoïde : la drogue sera commercialisée en 1949. Je me souviens qu'à cette époque seul le professeur Joseph Hoet avait l'autorisation, à l'UCL, de traiter la polyarthrite progressive par la cortisone. Les assistants des deux services de médecine interne (Hoet et Lambin) devaient remplir des formulaires décrivant les lésions au niveau de chaque articulation, avant, pendant et après traitement. La Doca était moins active que la cortisone dans la maladie d'Addison.
2. Zebra est un terme argotique pour nommer un diagnostic médical surprenant.



«Ich bin ein berliner»



«Happy birthday, mister president»



Le calme avant la tempête

Les interviews de l'AMA-UCL

Docteur Alejandro Sauma, chirurgien à Cochabamba

Alejandro Sauma a été une cheville ouvrière du Centro medico quirùrgico boliviano belga à Cochabamba et a largement contribué à l'excellente réputation de cet hôpital en Amérique du sud. Nous avons profité de son passage en Belgique pour l'interviewer

René Krémer. Tu es bolivien de naissance ?

Alejandro Sauma. Je suis né à Sucre. Mon grand-père était libanais, mon père était médecin, formé au Chili, ma mère, infirmière et chilienne.

R.K. Tes études ?

A.S. J'ai fait la médecine à l'Université Saint François Xavier de Sucre. Après les sept années d'études, j'ai travaillé deux ans comme médecin de campagne en 1970.

R.K. C'était obligatoire ?

A.S. Oui, ce stage pouvait remplacer le service militaire, en outre, pour être reconnu médecin par l'état, cette période de travail dans une région écartée était obligatoire, mais constituait aussi une excellente formation. Il fallait faire face à des situations difficiles. J'ai fait des césariennes avec anesthésie rachidienne et, comme aide, un vétérinaire et un dentiste, car j'étais le seul médecin du coin.

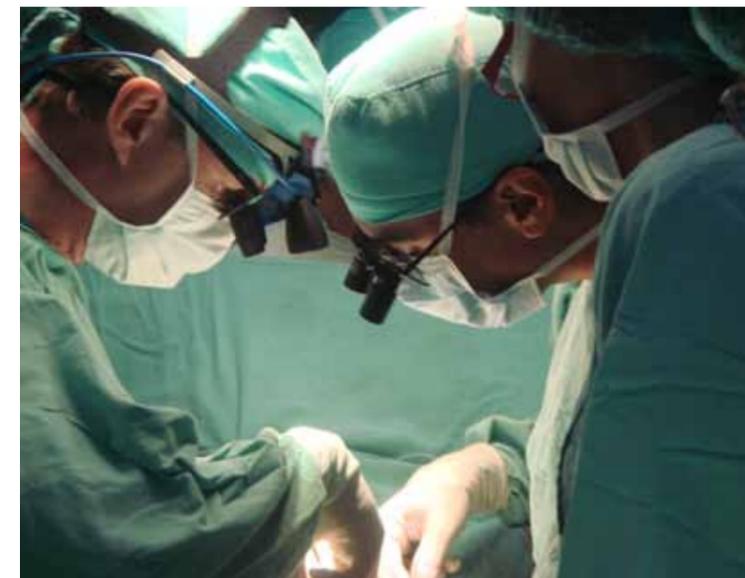
R.K. C'était en altitude ?

A.S. Non, à 1300 mètres, un peu plus bas que Cochabamba et Sucre. Un très bon climat. Il était aussi intéressant de connaître les gens de la campagne bolivienne. J'ai ensuite obtenu une bourse qui dépendait de deux institutions, la Coopération du gouvernement belge et l'association Belgique Bolivie.

R.K. L'association qui a aidé la création de l'hôpital de Cochabamba.

A.S. Oui. Pendant les deux premières années, je n'avais que la bourse. J'ai commencé dans le service du professeur Dive à Saint Pierre, pendant un an, et ensuite 4 ans chez le professeur Kestens, avec des stages en chirurgie générale dans différents services, y compris

la chirurgie cardiaque à Herent, les urgences et la transplantation rénale à Saint Pierre et une année à Lyon, à l'hôpital de la Croix Rousse, dans un service spécialisé dans la chirurgie de l'œsophage. La dernière année s'est passée chez Paul Jacques Kestens. J'ai ainsi obtenu mon certificat de chirurgie générale en Belgique.



R.K. C'était l'époque de la transhumance sans retour vers Woluwe.

A.S. Oui. J'ai travaillé à Saint Luc les deux dernières années de mon séjour en Belgique, en habitant toujours Leuven, car la ville me plaisait beaucoup.

R.K. En Belgique, tu connaissais déjà l'équipe qui se préparait à s'installer à Cochabamba.

A.S. Oui. J'avais déjà connu les docteurs Carlos Abeicia et Joaquin Navaro à l'université de Sucre ; j'ai rencontré Pablo Barrenechea en Belgique. Il n'avait pas

encore choisi Cochabamba. Santa Cruz a été envisagé un moment, mais le gouvernement bolivien a décidé Cochabamba. En 3^e année de ma formation en Belgique, Pablo m'avait contacté pour me proposer de me joindre à l'équipe et j'avais accepté. L'UCL m'avait, de son côté, proposé de prolonger mon séjour d'un an ou deux en tant que résident spécialiste. Mais je n'ai pas accepté, afin de rejoindre l'équipe de Cochabamba. Je suis arrivé à Cochabamba en 1977 ; l'équipe était déjà à l'hôpital Viedma depuis quatre ans, dans des locaux loués à cet hôpital public. J'ai commencé la chirurgie digestive dans l'hôpital, mais également dans un hôpital construit par les Japonais, où j'ai été chargé d'installer le service de chirurgie. Après un an, les Japonais m'ont demandé de rester. Par contre, il n'était pas question de rester à l'hôpital Viedma dirigé par l'état. Ce qui ne nous permettait pas de grandir et nous soumettait à diverses conditions.

R.K. Vous étiez sous influence politique, c'est-à-dire sans sécurité d'emploi et sans possibilité de vous développer.

A.S. C'est bien juste. L'équipe dirigée par le Dr, Barrenechea, a d'abord envisagé de construire un hôpital, mais cela aurait pris 5 ans et ne nous aurait pas permis de nous développer rapidement et d'augmenter le nombre de services. Les moyens financiers nous ont été fournis par deux organismes non gouvernementaux belges, l'aide de l'UCL au tiers monde avec Charles Chalant et l'association Belgique Bolivie, dirigée par Pierre Van der Mersch ; le gouvernement belge a ajouté une contribution importante. Avec 800.000 dollars au total, nous avons pu acheter une clinique en ville. Nous l'avons appelée : Centro médico quirúrgico boliviano belga (CMQBB). Dans la suite, des médecins boliviens ont été envoyés en Belgique pour des formations complémentaires, notamment en cardiologie et en anesthésie et réanimation.

R.K. Vous en avez malheureusement perdu l'un ou l'autre qui, malgré des promesses, sont restés en Belgique.

A.S. Oui. Un anesthésiste. Dans les premières années de développement de la cardiologie et de la chirurgie cardiaque, vous veniez tous les ans avec Charles Chalant, pour relancer les activités, en quelque sorte remonter les poids de l'horloge. A vous deux, vous réalisez la consultation, et avec l'équipe de Cochabamba, la mise au point et l'intervention en un temps record.

R.K. Pour nous aussi, ce fut une leçon. Grâce à votre astuce et votre inventivité, nous avons compris que, pour faire du bon travail, il n'était pas nécessaire de disposer d'un matériel très sophistiqué.

A.S. Le problème, quand on a démarré, est que nous avions des médecins bien formés, mais des moyens qui ne permettaient pas la chirurgie cardiaque chez nous.

Devant cette situation, nos jeunes médecins étaient tentés d'aller dans un autre pays ou de rester en Belgique. Avec votre aide, l'équipe a pu se procurer le matériel minime pour pouvoir développer la chirurgie cardiaque en Bolivie.

R.K. Mais il y a eu des moments difficiles. Je me souviens notamment du cathétérisme d'un enfant atteint de tétralogie de Fallot.

Nous ne disposions, à cette époque, que d'une scopie avec une seule paire de lunettes, sans écran. J'injectais à plusieurs reprises le produit de contraste à la seringue et nous regardions à tour de rôle, d'abord à petites doses, pour un simple repérage de la position du cathéter, ensuite à dose plus importante pour Charles Chalant. Il fallait des incidences multiples pour confirmer, par exemple l'aorte à cheval et le rétrécissement de l'infundibulum pulmonaire. Plus tard, le très ingénieux Joaquin, qui avait été à l'école de Jean Trémouroux, est parvenu à brancher sur la scopie une caméra photographique qui permettait de prendre une assez rapide série de clichés.



Rétrécissement mitral avant et après commissurotomie

A.S. Pour le cœur artificiel, les anciens de l'équipe et des nouveaux venus sont retournés en Belgique pour se familiariser avec les progrès qui étaient rapides.

Plus tard, les organismes belges nous ont permis d'acheter du matériel de bonne qualité, mais dans la suite, nous avons dû travailler très durement pour payer les médecins et le personnel, entretenir, compléter et remplacer l'équipement dans tous les domaines : par exemple la cinéangiographie, la radiolo-

gie, le laboratoire, l'écho, etc.

Nous avons même acheté un terrain à côté de l'hôpital en prévoyant une extension, étant donné la concurrence de deux hôpitaux nouveaux à Cochabamba. Nous avons ainsi pu ainsi agrandir l'hôpital.

R.K. Vous avez gardé le caractère social qui était exceptionnel pour la Bolivie, à la fois pour les patients pauvres et pour les médecins qui avaient un traitement fixe.

A.S. Les médecins étaient salariés et n'avaient pas d'activité privée, comme à l'UCL. Petit à petit, notre salaire a pu être amélioré. En outre, nous avions des patients pauvres, surtout des valvulaires et des congénitaux. Au début de notre activité, les coronariens aisés se faisaient habituellement opérer aux USA, au Brésil et au Chili. Petit à petit, notre hôpital a été connu et les opérations à l'étranger sont devenues plus rares.

R.K. La sécurité sociale est, je crois, peu développée en Bolivie.

A.S. Il y a une sécurité sociale, mais elle ne privilégie guère les malades et la santé. Les deux ou trois centres de chirurgie cardiaque qui existent en Bolivie sont des centres privés, qui ne sont accessibles qu'aux gens riches. Nous consacrons annuellement environ 100.000 dollars à la chirurgie cardiaque chez des nécessiteux et nous avons prêté service à la sécurité sociale. Notre directeur de l'époque, Pablo Barrenechea, a reçu une distinction du gouvernement belge parce que le projet et l'argent reçu de la Belgique était vraiment utilisé dans un but social et nous sommes parvenus à développer une Institution autosoutenable.

R.K. Tu es très modeste. Tu ne parles pas de toi. Ton bagage était principalement en pathologie digestive. Et il est certain qu'au début, c'était surtout la chirurgie cardiaque qui était favorisée.

A.S. C'est tout à fait vrai. J'avais heureusement une formation en chirurgie générale, y compris cardiaque et vasculaire : j'ai été amené à assister Pablo pendant les interventions cardiaques, ce qui ne m'a pas empêché de développer la chirurgie digestive et l'endoscopie, dont le matériel m'avait été donné par Charles Dive. En outre, grâce à la chirurgie cardiaque, je pouvais disposer de bons réanimateurs, d'un laboratoire performant et d'une banque du sang. J'ai pu faire de la chirurgie digestive lourde, comme le traitement de l'hypertension portale et la chirurgie de foie et de

l'œsophage.

R.K. Depuis le début, les soins intensifs étaient bien organisés et de très bonne qualité. C'est une chance d'avoir commencé par la chirurgie cardiaque, hautement technique, exigeante quant aux soins post opératoires et qui vous a poussé à organiser notamment une banque de sang.

A.S. Depuis lors, le ministère a organisé une banque, mais nous avons largement pris les devants. La chirurgie cardiaque nécessitait non seulement un équipement important, mais surtout des médecins et des techniciens de valeur.

R.K. Et dire qu'au début, certains vous reprochaient d'avoir choisi au départ une chirurgie de pointe, mais c'était montrer que le nouvel hôpital entendait être moderne et performant : le pari était certes risqué, mais il a réussi.

Toujours aussi modeste, tu n'as pas parlé de ton activité d'enseignant ?

A.S. J'ai obtenu le poste de chirurgie générale et j'ai enseigné pendant près de 25 ans à la faculté de médecine de l'université Saint Simon : j'avais également un groupe d'étudiants qui m'accompagnait à l'hôpital. Nous avons ensuite organisé un enseignement spécialisé, des stages de résidents qui nous permettaient de recruter des assistants et des collaborateurs en cardiologie et en chirurgie générale. Nous avons progressivement manqué de lits d'hospitalisation parce que l'espace était occupé par des bureaux de consultation, des salles techniques et les laboratoires. Nous avons la chance d'avoir un terrain vide de plus de mille mètres carrés à côté de la clinique. Ce terrain a été utilisé pour bâtir un étage de consultation et deux étages d'hospitalisation. Il y a même un hélicoptère, qui n'a servi jusqu'ici que deux ou trois fois, mais qui sera probablement plus utilisé dans l'avenir. Cette extension a été inaugurée il y a environ 15 ans.

R.K. Et ta famille, comment a-t-elle évolué, avec un père si occupé ?

A.S. Quand je suis parti en Belgique, j'avais un enfant et quand je suis rentré, j'en avais trois. Mon fils aîné a fait une maîtrise en hydrologie à l'ULB.

R.K. Je suppose que c'est une branche importante en Bolivie : je me rappelle qu'il y avait des problèmes de sécheresse, notamment aux environs de Cochabamba et dans l'altiplano.

A.S. Mon second est ingénieur commercial, sorti de l'UCL. Tous les deux ont un travail intéressant en Bolivie. Le troisième a fait une maîtrise en économie.

Je suis sept fois grand père. Nous avons beaucoup travaillé, c'est probablement en partie la raison pour laquelle aucun de nos enfants n'a choisi la médecine

R.K. Ce que j'admire, c'est non seulement la qualité du travail au Centro, mais aussi que vous ayez gardé une activité sociale, qui ne se limite pas à attirer les patients riches, mais à soigner également des pauvres.

A.S. Dès le départ, nous avons pu faire une bonne médecine, une aide sociale et élever nos enfants, avec un traitement égal pour tous, qui s'est lentement amélioré au fil des années. Aujourd'hui, parmi ceux que l'on appelle les socios, c'est-à-dire les fondateurs, seul Joaquim Navarro reste au travail. Les médecins fondateurs comme le Dr. Barrenechea sont à la retraite ou, des autres, malheureusement décédés, comme Carlos Abecia et son épouse Cristina. Carlos était un homme polyvalent et bricoleur, qui s'occupait de la circulation extra corporelle, du laboratoire et était directeur du personnel.

R.K. Comment se passe ta retraite toute récente ?

A.S. En ce qui concerne le Centro, les anciens font partie d'un groupe, appelé le directoire, qui se réunit et donne ses idées sur les problèmes du Centro. J'aimerais voyager et lire – ce que je n'ai pas fait pendant ma vie active, entièrement consacrée à la médecine – et faire un peu de sport, ce qui je l'espère me permettrait de perdre quelques kilos.

R.K. Une équipe t'a succédé en pathologie digestive ?

A.S. Oui, un chirurgien et un endoscopiste. Dans l'hôpital, c'est une équipe de médecins de seconde génération qui a repris le flambeau, sous la direction de Luis Mercado, cardiologue formé en cardiologie à Godinne. Les autres jeunes médecins ont été formés en Belgique, au Brésil, au Mexique, en Angleterre et très peu aux USA. Il faut également signaler que Pablo Barrenechea a fait la première transplantation cardiaque en Bolivie.

R.K. La rythmologie ?

A.S. Nous sommes en contact avec des Argentins qui ont beaucoup d'expérience dans ce domaine et vien-

ent chaque année à Cochabamba faire des ablations avec de très bons résultats.

R.K. Est-ce que vous avez une activité dans ce que nous appelons la formation post-graduée ? C'est essentiel pour la mise à jour des connaissances médicales, mais aussi pour la réputation de l'hôpital et les contacts avec les médecins de la région.

A.S. C'est très important. Tous les mois nous donnons des cours pour médecins généralistes dans les différentes spécialités.

R.K. Quel est l'avenir du Centro ? Je suppose que la mentalité des médecins change un peu, comme chez nous d'ailleurs.

A.S. Les médecins de la nouvelle génération sont très bons, avec une mentalité effectivement un peu différente, et plus individualiste. Nous cherchons des personnes prêtes à investir, car nous devons nous agrandir en raison de la concurrence, qui n'existait guère au début. Nous avons une personne fortunée qui est prête à investir en gardant tout le personnel et le système, en augmentant les revenus des médecins et en faisant un peu moins de gratuité. Pour garder cette activité sociale, nous sommes occupés à créer une fondation. Nous avons de bonnes relations avec la chaîne de l'espoir et notamment avec Jean Rubay, un brillant successeur de Charles Chalant.

R.K. Une dernière question. Avez-vous en Bolivie une féminisation des études de médecine comme chez nous ?

A.S. Certainement, nous avons actuellement une anesthésiste, une chirurgienne cardiaque et une autre chirurgienne générale qui travaille dans l'équipe.

R.K. J'ai eu un grand plaisir à te revoir et à apprendre que le Centro est prospère, s'agrandit et s'efforce de garder une préoccupation humanitaire, en attendant que l'état bolivien se dote d'une véritable sécurité sociale.

Adresse du docteur Sauma : drsauma@gmail.com
Médecins belges qui ont participé à l'aide médicale à l'hôpital de Cochabamba : Charles Chalant, Rene Kremer, Martin Goenen, Mme Ponlot †, Jean-Claude Schoevaerts, Yolande Kestens, Paule Engelbienne †, Bila Kapita, Françoise Gillieaux † et aujourd'hui Jean Rubay.



Commerce en plein air



Cochabamba



Salut au drapeau national



Leçons à l'extérieur par le docteur Bila Kapita



Le lac Titicaca



Un ami de l'Altiplano

In Memoriam : Souvenir de Pierre Bodart

Charles Dive



Pierre Bodart nous a quittés soudainement l'après-midi du 27 juin dans l'appartement où il vivait heureux avec Edith, son épouse.

Jacques Pringot, Baudouin Maldague et d'autres ont rappelé l'éminent radiologue, le brillant enseignant et la personnalité lumineuse que fut le Professeur Bodart. Ils ont indiqué la contribution majeure qu'il apporta à l'évolution des Hôpitaux Universitaires de l'Université de Louvain durant la deuxième moitié du siècle dernier.

A mes yeux, il fut aussi un artiste inspiré par l'amour au service de la médecine.

En 1951, lorsque nous devenons assistants en médecine interne, lui chez Hoet et moi chez Lambin, Pierre participe aussi à l'activité du petit laboratoire de photographie de l'hôpital. On fait appel à lui lorsqu'il y a lieu de bien mettre en évidence les caractéristiques d'une lésion ou de saisir l'expression particulière d'un visage, d'une attitude. Intéressés l'un et l'autre par la gastroentérologie, nous échangeons nos observations, confrontons nos points de vue, rédigeons en commun la présentation de cas pour la revue *Recipe*, l'ancêtre de Louvain Médical, et assistons aux séances mensuelles de la société belge de Gastroentérologie.

Un jour de l'été 54, évoquant l'avenir, Pierre suggère : « Et si on s'installait ensemble ? ». Après étonnement et longue réflexion : « Pourquoi pas, dis-je, on pourrait couvrir tous les aspects de la spécialité : la clinique, la biologie, la radiologie, l'endoscopie ». Alors, la radiologie constitue quasiment la seule méthode de détection des lésions du tube digestif. « Je ferai la radio » décide Pierre. Il termine sa spécialisation dans le service de radiodiagnostic du professeur Masy et s'est fixé un objectif : par delà l'image, montrer tout

ce que l'organe veut exprimer, décrire la configuration de sa lésion et ainsi en déterminer l'origine et souvent la nature.

Le premier atelier se situe à Namur où nous avons établi notre travail commun. On imagine mal actuellement, à l'époque de l'écran de télévision, le travail ardu qu'exigeait la découverte de la position, de l'incidence et de la compression montrant au mieux les caractéristiques de l'anomalie, repérée avec le seul moyen d'un écran fluorescent sur lequel le produit de contraste est à peine visible. Pierre s'y attelle avec succès, si bien que, laissant libre cours à son intelligence créatrice, il entreprend, sur les mêmes bases, d'analyser le grêle. Jusqu'alors, on n'en connaissait la pathologie qu'à l'occasion d'une intervention chirurgicale ou d'une vérification anatomique, les images radiologiques étaient ininterprétables, si bien que l'examen radiologique du transit se limitait à tirer un cliché six heures après l'étude de l'estomac, moment où le produit opaque a atteint l'iléon terminal et le colon. Pierre décide d'en suivre la progression pas à pas, « modelant » les anses. La méthode est efficace, le terrain fertile, la moisson riche. Il décrit les différents aspects de la maladie de Crohn, décèle les lésions vasculaires, ischémie ou hématome, reconnaît le diverticule de Meckel éventuellement atteint d'un ulcère, il découvre les tumeurs, carcinoïde, polype, lymphome ou carcinome. Il relève aussi les anomalies du drapé de la muqueuse orientant vers le diagnostic de maladie coeliaque, de maladie de Whipple, d'hyperplasie lymphoïde ou de lymphangiectasie. Il dépiste taenia ou ascaris infestant la lumière.

Déjà expert connu en radiologie digestive, P. Bodart devient référence en ce qui concerne le grêle.

Les autorités académiques l'appellent à prendre la direction du service de radiologie de la clinique qui s'ouvre à Herent et lui confieront ensuite la direction des services de radiologie de l'ensemble des hôpitaux universitaires, Saint Pierre à Louvain puis Woluwe et Godinne après le transfert. Sa conception de la radiologie, avec intégration à la démarche clinique appliquée aux différents secteurs du radiodiagnostic, pousse nombre de jeunes à s'orienter dans cette voie. Une équipe se constitue, soudée par son identité de vues, chacun dans le domaine particulier dont il a la charge, travaillant en synergie avec les cliniciens de sa spécialité.

Ainsi fut créée une école de radiologie qui, selon les perspectives que Pierre évoquait dans une lettre adressée au recteur Mgr Massaux en 1965, « donnerait aux assistants des possibilités incomparables de formation ».



En 1986, avec le Pr A. Margulis (USA-San Francisco), docteur honoris causa.

L'enseignement de Pierre Bodart relève aussi de l'art. Les fascicules qu'il destine aux étudiants sont des modèles de simplicité, de clarté et de concision, les dessins en sont lumineux, les illustrations démonstratives. Ses exposés et conférences révèlent, avec élégance et talent oratoire, son sens inné de la pédagogie et son originalité de pensée transparait avec un brin d'humour quand, pour démontrer l'intérêt respectif des différents procédés de l'imagerie médicale, il présente devant un parterre d'académiciens, l'image d'un œuf de poule vu successivement par la radio, l'écho, le scanner et la résonance magnétique.

Les collaborateurs et assistants de Pierre ont constitué une « association des anciens assistants du service de radiologie », ils se revoient régulièrement depuis plus de trente ans. Outre admiration et respect à l'égard du maître, ils témoignent gratitude et affection envers l'homme de cœur.

Dès ses premiers pas dans la pratique médicale, l'on fut frappé de l'attention toute particulière que Pierre témoignait envers ses patients ; soucieux du bien être du malade et de sa protection qui restera à l'avant plan de ses préoccupations tout au long de sa carrière. Faut-il y voir un trait de caractère façonné par son éducation dans la ferme familiale où l'on apprend à vénérer le travail, à pratiquer la bonté, la générosité et le dévouement, ou un effet de son propre vécu

quand il dut interrompre ses études pour un séjour en Suisse et un traitement de longue durée ?

Dans le service de radiologie règnent organisation, ordre et discipline. Tous, médecin, infirmière ou secrétaire, ressentent la présence du patron, savent l'intérêt qu'il porte à chacun, la justesse de ses interventions, la pertinence de ses remarques. S'il lui arrive de fustiger une attitude déplacée ou un comportement inopportun, c'est réalisé avec souplesse et dans l'intention de montrer les devoirs du métier ou le sens d'une déontologie sans faille.

Entre collègues, Pierre, à l'issue d'échanges parfois véhéments, veille à maintenir une atmosphère sereine et à entretenir l'esprit de corps qui doit animer le groupe. Réunions, entretiens ou communications se terminent invariablement par sa « dernière histoire ». Selon l'interlocuteur, elle se permet d'être grivoise, se doit d'être quelque peu spirituelle, et avec l'avancée en âge devient plus tendre. Elle se clôture par un éclat de rire communicatif qui, suivant les circonstances, a pour effet de détendre, d'encourager, de reconforter ou seulement de redire sa cordialité. De nombreux liens d'amitié se nouent qui survivront et souvent s'approfondiront après l'éméritat.

« L'amour c'est la santé de la vie » dit Edgar Morin. Cette santé, Pierre la vécut sous toutes ses formes : le respect dû à chacun et l'humanité à l'égard des malades, l'amitié vouée à ses collègues et anciens, l'affection envers la famille et par dessus tout le don de soi total à son épouse Edith, sa raison et sa joie de vivre.

Dans n'importe quelle carrière, Pierre Bodart serait arrivé aux premiers rangs. Il eut fait un ténor du barreau, un architecte bâtisseur, voire un ministre d'Etat ! Il choisit la médecine, mais son âme d'artiste cultivait un jardin, non pas secret, mais privé et intime : sa passion pour la musique, particulièrement pour le piano. En recherche d'une parfaite harmonie entre le toucher et la sonorité, il change plusieurs fois d'instrument. La finesse de sa perception est telle que ses amis pianistes le consultent pour leur choix et que Steinway Bruxelles lui demande d'effectuer le déplacement à Hambourg pour sélectionner les deux pianos qu'il se propose de mettre en vente. Il pourra acquérir l'un d'eux. Chaque jour, il exprime ses états d'âme sur le clavier en goûtant au plaisir de l'instant.

Depuis le déclin de sa vue et ses difficultés de lecture, opéra, concerto et symphonie remplissent son appartement. Il vitupère contre les émissions médiocres, il enregistre les meilleures. Il lui arrive d'en effectuer une copie qu'il m'adresse pour me faire partager son émotion, comme il m'eut envoyé un livre dont il au-

rait apprécié la lecture. C'est avec Edith qu'il conçut le concert émouvant qu'entouré de ses enfants Alain et Patrick, de ses petits enfants Nicolas et Xavier, de ses collègues et de ses amis, il présenta durant la cérémonie où il nous dit ADIEU.



Pierre et Edith

In Memoriam Paul Malvaux



Paul Malvaux est décédé ce 25 août 2012.

C'était un grand professeur, clinicien et chercheur de l'UCL. Nous l'avions récemment interviewé, le 10 décembre 2011 (Ama Contacts 75, pages 3-6). Il nous avait paru en bonne forme, actif et nous avons apprécié son humour habituel. Paul a notamment créé le service d'endocrinologie pédiatrique à Saint Raphaël et à Saint Luc.

Nos plus vives condoléances, à son épouse, ses quatre enfants et ses onze petits enfants.

Concours photo

L'Ama UCL organise un concours de la photographie à caractère médical, concernant un médecin Alumni UCL, ancienne ou récente, personnelle ou historique ; l'auteur pourra y mettre un brin d'humour ou de dérision. Une légende ou une anecdote peut être jointe. Ce concours aura lieu une fois par an. Les photos (analogiques ou numériques) doivent être envoyées pour le 1er mars 2013 au plus tard au secrétariat de l'association.

Le jury sera constitué par les membres du conseil d'administration de l'Ama.

Le lauréat recevra un stylo-bille de marque, gravé à son nom.

Les photos les mieux classées seront publiées dans l'Ama Contacts.



Un exemple hors concours

Souvenirs et anecdotes

Dans les années septante, Monseigneur Edouard Massaux me convoque pour me proposer de participer, en Algérie, à un jury d'agrégation de médecins cardiologues destiné à l'enseignement universitaire. J'accepte très volontiers.

Après un vol en première classe, je débarque dans la ville qui gardait encore des traces des combats.

Les français du groupe paraissent un peu gênés, craintifs, mal à l'aise, et on peut le comprendre, car l'horrible guerre d'Algérie est encore dans les mémoires avec le terrorisme et la torture dans les deux camps (FLN et OAS). L'un d'entre nous, un « pied noir », reconnaît son ancienne demeure et, très ému, nous le signale à voix basse.

On nous fait visiter la Casbah en nous montrant le décor du film Pépé le Moko(1936), mais surtout les caches des combattants du Front de libération nationale, le FLN, qui a perdu cette bataille d'Alger, mais a gagné la guerre d'indépendance.

On nous présente les candidats et on nous conduit dans les salles de l'hôpital ... Les malades à examiner ont été désignés d'avance et on a sans doute laissé voir les dossiers aux candidats car s'ils exposent bien le cas, leurs réponses aux questions sont plutôt embarrassées.

A la réunion du jury, les professeurs français me laissent entendre qu'en France, on leur a « conseillé » de



donner de bonnes cotes : les miennes sont mauvaises, mais n'auront pas de poids.

Lors de la séance académique, les sujets ont manifestement été appris par cœur et des questions ne sont pas prévues. Le recteur de l'université nous remercie, annonce que les candidats ont réussi et que la cote de deux d'entre eux a été augmentée de 10%, parce que ces garçons ont appartenu au front de libération nationale (FLN).

Au retour, j'ai envoyé une lettre à notre recteur pour lui expliquer cette mascarade. Je n'ai pas eu de réponse, mais je suis certain que Mgr Massaux a tenu compte de mon rapport.

René Krémer

CENTRO
MEDICO
QUIRURGICO
BOLIVIANO
BELGA



la coupole de survivion de la salle d'opération

