

(4) Dermatoporse

Terminologie due au docteur Seurat : vieillissement et amincissement de la peau par manque d'acide hyaluronique, avec perte de volume du derme, et parfois purpura sénile.

(5) Botox

C'est l'un des noms commerciaux de la toxine botulique de type A. Cette toxine est une substance sécrétée par la bactérie du botulisme, maladie souvent due à une infection alimentaire.

Elle paralyse le muscle à l'endroit où elle est injectée : elle est utilisée pour le traitement du strabisme et du torticolis spasmodique, mais aussi en médecine esthétique pour faire disparaître les rides du visage et du décolleté. L'action ne dure que quelques mois. La « food and drug » insiste

sur les risques possibles de dispersion et de conséquences graves. Les visages de Silvio Berlusconi et de Vladimir Poutine sont suspectés d'avoir bénéficié du Botox.

On peut se demander si Bart De Wever n'a pas été traité au Botox, pour garder un visage sans rides malgré un amaigrissement très important et rapide.

(6) Une vingtaine de journalistes ont été assassinés depuis l'avènement de Poutine. Les plus célèbres sont Alexandre Litvinenko, ancien du KGB empoisonné par le Polonium 210 à Londres, qui critiquait Poutine pour sa négligence envers la corruption, et Anna Politovskaïa en 2006, abattue dans l'escalier de son immeuble à Moscou, les suspects étant acquittés ou en fuite.



Interview de l'AMA-UCL Philippe De Wals

René Krémer : Cher Monsieur De Wals, je suis très heureux de pouvoir profiter de votre passage en Belgique pour interviewer un médecin, ancien de l'UCL, qui poursuit une carrière remarquable au Québec. Où êtes-vous né ?

Philippe De Wals : En 1951, à Braine-le-Château, où habite toujours ma mère et où je retrouve fréquemment des amis et ma famille.

RK : Vos études ?

PW : L'école du village d'abord, le collège Cardinal Mercier à Braine-l'Alleud, ensuite trois ans aux Facultés Notre-Dame de la Paix à Namur, puis 4 ans à Leuven. J'ai fait partie de la dernière cohorte de médecins issus de l'UCL à Leuven. Ma carrière fut ensuite assez atypique. Un des éléments importants de mon choix a été une rencontre en première année de médecine. Nous avions à choisir un cours à option. J'avais d'abord suivi un cours de statistique qui ne m'avait pas laissé un souvenir impérissable. J'ai choisi ensuite le cours d'épidémiologie de Michel Lechat, un personnage extraordinaire (voir Ama contacts 48 et 49). Pour moi, ce fut une révélation et un choix définitif, comme pour Saint Paul tombant de son cheval sur le

chemin de Damas. Dès la 2ème année de médecine, je me suis mis à délaissé quelque peu les cours. J'ai fait les stages obligatoires, tout en demandant à Michel Lechat de pouvoir travailler chez lui comme chercheur.

RK : Il était rentré des USA ?

PW : Oui. Il démarrait une unité d'épidémiologie, à l'Ecole de Santé Publique de l'UCL, un des premiers bâtiments installé sur le campus de Woluwe. En mai 1974, il y avait une épidémie d'infections à méningocoques en Belgique et personne ne voulait s'en occuper. Michel m'a demandé si cela ne m'intéresserait pas de travailler sur ce sujet. Je me suis mis à collecter des informations sur les maladies à déclaration obligatoire et à collecter les cas survenus en Belgique. C'est devenu ma thèse de doctorat en santé publique, défendue en 1983.

J'ai eu ensuite l'occasion de travailler avec des professeurs connus : Josef Vandepitte, microbiologiste très réputé de la KUL, Alphonse Lafontaine, directeur de l'institut d'hygiène et d'épidémiologie... Au fil du temps, j'ai été nommé chargé de cours avec un salaire dérisoire. Pour survivre, je devais faire de la mé-

decine de famille tous les soirs, dans mon village, où j'aidais un médecin en achevant sa liste de visites. Je travaillais jusqu'à minuit. Le dimanche, je faisais des gardes. C'était très enrichissant.

RK : Mais très fatigant, sans doute.

PW : Oui. Les postes n'étaient pas nombreux dans le domaine de l'épidémiologie. J'ai néanmoins reçu une demande pour un poste de directeur de département, à Sherbrooke, une petite université canadienne, surtout connue pour sa pédagogie « l'approche par problèmes ». Il n'y avait plus de cours magistraux, au moins en faculté de médecine. J'y suis resté pendant 10 ans, y compris une année sabbatique en santé publique à l'Université de North Carolina, dont le chef de département était un collègue belge qui n'avait pas trouvé de poste à l'ULB. Après 10 ans, on m'a proposé la direction d'un département de médecine sociale et préventive à l'Université Laval que j'ai rejoint en 2002. J'ai occupé ce poste pendant 8 ans. L'université Laval est ainsi nommée en hommage au premier évêque canadien qui était Monseigneur François de Laval (1623-1708), il avait créé les premiers collèges francophones.

RK : Heureusement, il ne se prénommait pas Pierre !



L'Université Laval

PW : Au début, le conseil d'administration de Laval était catholique et le recteur magnifique, comme à Louvain. Depuis quelques temps, cela s'est un peu désacralisé, comme à l'UCL d'ailleurs. Il ne reste plus que des liens historiques et une faculté de théologie.

Actuellement, je partage mon temps à diriger des équipes de recherche, dans le domaine des maladies infectieuses, et dans celui de la prévention de l'obésité et de l'encouragement à des pratiques de vie saine. Je travaille, dans deux centres de recherche différents et j'ai donc une sorte de double vie.

RK : Au même endroit ?

PW : Le système canadien est différent. Mon rôle principal est d'être professeur régulier à l'Université Laval, qui, avec son campus, est située dans la ville nouvelle de Québec, car la ville historique est très petite et entourée de fortifications. Il a été décidé que la recherche ne se ferait pas sur le campus, mais dans les centres hospitaliers et dans des centres de santé affiliés. Je suis affecté au Centre hospitalier universitaire de Québec, qui a un énorme centre de recherche. En ce qui concerne la prévention de l'obésité, je travaille à l'Institut de cardiologie et de pneumologie, un hôpital tertiaire. Les unités de pneumologie dans le domaine de la santé sont situées dans ces centres hospitaliers, ce qui nous permet de maintenir des contacts étroits avec d'une part, des diabétologues et d'autre part, des infectiologues. C'est très utile comme modèle de fonctionnement.

RK : Quelles sont vos recherches actuelles ?

PW : Ma principale recherche concerne les maladies infectieuses. C'est dans ce domaine que je suis venu à Bruxelles pour assister à une réunion organisée par une société qui travaille sur les vaccins contre les pneumocoques, un gros problème dans certains pays. On évalue les performances et les résultats des différentes études qui viennent de sortir, dont les nôtres, sur le potentiel de ces vaccins dans la prévention des otites et des pneumonies. J'ai fait pas mal de recherches sur l'efficacité et les effets secondaires de ces vaccins. Nous venons notamment de publier une étude sur le Guillain-Barré associé au vaccin pandémique contre l'influenza de Glaxo-Smith-Kline qui a été utilisé en 2009, notamment au Canada et en Belgique, avec un adjuvant qui permet une meilleure réponse. Ces études ont montré un risque de un ou deux cas de Guillain-Barré par million d'hôtes avec le vaccin « adjuvanté » et le même risque aux USA avec un vaccin sans adjuvant. C'est sans doute la composante virale qui est à l'origine du risque minime de Guillain-Barré.

RK : Il y a actuellement une théorie selon laquelle Roosevelt n'aurait pas eu la polio mais un Guillain-Barré.

PW : Il y a effectivement des discussions à ce sujet, mais je ne puis pas me prononcer là-dessus. Dans la plupart des cas, le Guillain-Barré est curable : c'est une paralysie ascendante dont la mortalité est de 6%. Grâce aux techniques de réanimation actuelles, les séquelles sont assez rares : un ou deux cas sur 80 dans une étude récente.

Nous terminons actuellement une autre étude sur la narcolepsie, maladie probablement d'origine auto-immune qui est due à une atrophie des cellules de

l'hormone du réveil. Ces malades s'endorment et ont en même temps une perte du tonus musculaire : la cataplexie. C'est une maladie assez rare qui n'est pas guérissable. On recherche actuellement une association entre ce vaccin et des cas de narcolepsie chez les jeunes. Il y a eu des cas en Suède et en Finlande. Une importante recherche est en cours.

RK : Et l'obésité ?

PW : Je donne beaucoup de cours dans le domaine de l'évaluation des politiques, des services, des programmes de santé publique. Un champ qui m'intéresse est l'évaluation des décisions politiques. On m'a demandé de former une équipe dans le domaine des saines habitudes de vie et de l'obésité. L'université Laval avait reçu un don de près de 5 millions de dollars d'un philanthrope québécois, pour soutenir une équipe de recherche. Mon rôle n'est pas de devenir un expert de l'obésité ni de sa prévention, mais de recruter des jeunes qui assureront la relève. Jusqu'ici, j'ai recruté un géographe de la santé, une infirmière dans le domaine de l'analyse des politiques, une nutritionniste dans le domaine de l'évaluation des programmes. Nous avons en outre quelques étudiants en doctorat, des gens qui ont des maîtrises et travaillent comme statisticiens nutritionnistes. L'équipe comporte une quinzaine de personnes. Notre dossier actuel est la taxation des boissons sucrées et caféinées, des horribles choses, toxiques du point de vue cardiaque. Nous avons eu des rapports d'accidents mortels chez des jeunes, qui surconsommaient ce type de boissons, dites énergisantes. Nous évaluons également, la pertinence de la taxation, de ces produits qui contribuent au déséquilibre de la balance énergétique. Nous commençons à vivre une épidémie de diabète de type 2 chez des adolescents. Ce qui avant était tout à fait exceptionnel. Notre hôpital est également une référence dans le domaine de la chirurgie bariatrique. Nous n'avons pas atteint le niveau des jeunes obèses aux USA, mais nous avons par contre des problèmes énormes parmi nos populations autochtones, qui sont passées du mode ancestral de chasseur à un mode de vie où l'on ne quitte guère son canapé devant la télévision, en sirotant des boissons sucrées et en grignotant des chips.

Je continue à faire de la recherche, à publier et à encadrer les étudiants, mais j'ai plutôt un rôle d'organisateur et je travaille surtout sur l'analyse des grandes bases de données, notamment des hospitalisations, colligées à travers tout le Canada : les maladies à déclaration obligatoire, les registres de vaccination, des registres de laboratoire de référence pour le méningocoque, le pneumocoque et la grippe. On utilise les statistiques de mortalité. Une loi très intéressante au

Québec permet l'accès aux dossiers des malades sans leur consentement. Par exemple, nous sommes occupés à documenter le fardeau des infections à méningocoques de séro groupe B. On a des vaccins contre le A, le C et d'autres moins connus, mais le groupe B reste une cause significative de morbidité-mortalité chez les jeunes. Deux vaccins sont en cours de développement, mais, au point de vue santé publique, il est important de savoir quel est le fardeau de cette maladie et si un programme de vaccination serait socialement utile. Notre recherche porte sur des cas identifiés par le laboratoire de référence, 500 cas sur les dix dernières années. Nous avons pu obtenir, avec l'accord de la commission d'accès à l'information et d'un comité d'éthique, l'autorisation de connaître le numéro d'assurance-maladie des patients. Connaissant l'hôpital d'où provenait la souche, on a pu retracer le dossier hospitalier. Nous sommes occupés à mener une enquête auprès de 60 centres hospitaliers de la province du Québec. Pour la recherche en épidémiologie, le Canada est vraiment le paradis, contrairement à la Belgique. Il y a beaucoup d'expertise, des programmes d'information de très haut niveau. Nous avons accès à des bases de données et nous pouvons consulter les dossiers médicaux.

RK : Même ceux des médecins généralistes ?

PW : C'est possible également. Pour la narcolepsie par exemple, il était possible d'accéder au dossier des patients vus dans les cliniques du sommeil, dont certaines étaient privées. Pour ces dernières, il a fallu l'autorisation du directeur des institutions et des patients eux-mêmes. Ce n'est pas simple, mais c'est possible. Au Québec, il y a peu de rivalité entre les hôpitaux.

RK : C'est peut être dû à la distance entre eux ?

PW : Peut-être, mais aussi à une culture de collaboration, le sentiment que s'ils veulent survivre, les Québécois doivent se serrer les coudes, parce que nous sommes toujours menacés d'absorption, dans une marée anglo-saxonne, comme un petit village gaëlois dans l'empire romain. Il faut que nous soyons originaux et solidaires.

RK : Avez-vous des hobbies ?

PW : L'histoire. Chaque fois que je viens en Europe, je fouille dans les bibliothèques et les librairies. C'est surtout le 20ème siècle qui me passionne. J'aime bien la musique classique, et notamment Philippe Herreweghe, un psychiatre belge qui a mieux réussi comme chef d'orchestre. J'aime marcher, activité qui est particulièrement plai-

sante au Québec. Ma maison de famille est située à Sherbrooke, à 30 kilomètres de la frontière des USA et proche des White Mountains, au nord de Boston. On peut y faire des marches extraordinaires en hiver avec des raquettes. J'ai des enfants et des petits-enfants. J'ai un fils qui est ingénieur à Montréal, une fille médecin de famille près de Montréal. Le plus jeune de mes fils travaille dans le génie génétique à San Diego, en Californie. Mes parents vivent en Belgique. Comme j'ai beaucoup de projets avec GlaxoSmithKline et pratiquement avec toutes les compagnies qui s'occupent de vaccins, cela me permet de venir en Belgique assez souvent. La réunion pour laquelle j'y suis actuellement a eu lieu à Leuven, dans un hôtel tout proche de l'Hôpital Saint-Pierre et de l'ancienne Mémé, ce sous-sol infâme où l'on allait boire de la Stella.

RK : En tant que Belge « exporté », que pensez-vous de la situation de la Belgique ?

PW : La Belgique est occupée à se tirer dans le pied, comme nous disons chez nous. La manière dont le monde politique a géré le pays me paraît une histoire sans fin. Nous avons également des séparatistes au Québec, mais ils agissent de façon consensuelle et démocratique. Il y a des référendums, mais une fois le référendum passé, on se remet au travail. On a l'impression qu'en Belgique chacun s'est recroquevillé sur ses acquis. La situation économique n'est pourtant pas trop mauvaise. La présence de l'union européenne est heureusement un élément majeur. Il y a toutefois en Belgique une douceur de vivre et je suis très content d'y revenir : de beaux monuments, de riches musées, une vie culturelle intense, de bons restaurants. Il n'y a jamais eu de sang lié aux problèmes communautaires. Le Canada a une meilleure situation économique, à cause de ses richesses naturelles. Nous n'avons pas de centrales nucléaires. Je n'ai jamais regardé ma note d'électricité, dont le prix est ridiculement bas.

RK : En fait, en Belgique, le problème communautaire n'est pas tant flamand-wallon que flamand-francophone, avec un petit nombre de germanophones qui gagnent tranquillement de l'indépendance à la faveur des changements qui s'installent entre les autres communautés. Dans notre histoire, nous avons été manipulés, occupés, envahis par nos voisins allemands, français, espagnols, autrichiens et hollandais, ce qui nous nous vaut d'être le lieu de nombreux champs de batailles, de Waterloo à Bastogne.

PW : Au niveau académique, je ne pourrais plus travailler en Belgique, parce qu'au Canada, il y a plus de liberté, d'esprit d'initiative. Nous n'avons pas ce système pesant de la hiérarchie, qui s'est néanmoins

amélioré par rapport à l'époque où je l'ai connu. Notre système est plus dynamique et moins encadré. Au Canada, chaque professeur est un businessman qui développe son labo, ses recherches, son équipe. L'Université est là pour l'aider. Ce qui est bien au Québec, c'est qu'on est proche de la culture et du mode de vie nord-américain, mais que nos racines culturelles sont surtout européennes et francophones.

Cet après-midi, je vais rencontrer une pédiatre de Liège, qui a terminé sa formation, et a fait une maîtrise en épidémiologie à Montréal. Son sujet était proche de mes travaux sur la vaccination des parents, pour prévenir la coqueluche des enfants, ce qu'on appelle le cocooning. Cette personne a fait un projet pilote là-dessus à Sainte-Justine, un hôpital pédiatrique de Montréal. Elle rentre en Belgique où elle a obtenu un poste à l'hôpital de la Citadelle. Nous avons beaucoup de Belges en formation au Québec, certains ne retournent pas en Belgique. Mon équipe est très internationale : il y a un Chinois, une Belge, un Français, un Malien, deux Haïtiens, un Béninois. En Belgique, les équipes sont devenues très internationales également. J'ai gardé beaucoup de contact avec la Belgique, c'est ainsi que j'ai été nommé membre étranger de l'Académie Royale de Médecine. J'ai le double passeport. Le jour où j'ai obtenu le passeport canadien, j'ai perdu le passeport belge, mais j'ai pu récupérer la nationalité belge en donnant de bonnes raisons et en passant devant un juge. Je l'ai fait surtout pour mes enfants qui ont aussi la double citoyenneté. J'ai toujours des amis belges tels que Xavier De Muylder. Nous avons fêté nos quarante ans de promotion au collège Cardinal Mercier avec notre prof de rhéto, âgé de quatre-vingt dix ans, que nous avons, pour la circonstance, sorti de sa maison de retraite.

RK : Une question un peu bizarre. Comment n'avez-vous pas l'accent québécois ?

PW : J'ai pourtant vécu 40 ans au Québec. Mon épouse est Belge, c'est probablement une des raisons. Quand nous avons émigré, mes enfants étaient à l'école primaire : ils ont pris l'accent canadien. C'est assez drôle : entre eux, ils parlent avec l'accent canadien, mais ils changent d'accent quand ils s'adressent à nous. Mais tous les trois sont bilingues.

RK : J'ai été étonné que vous employiez les curieuses expressions françaises de soixante-quinze et quatre-vingt-treize. Quand un français m'épèle un numéro de téléphone, j'ai déjà écrit le six ou le quatre-vingts avant d'entendre le quinze ou le treize. Pourtant nous ne disons pas octante comme les Suisses.

PW : Au Québec, les étudiants ne comprenaient pas

les chiffres belges et j'ai dû m'adapter.

RK : Un dernier mot ?

PW : Ce que je voudrais ajouter, c'est que la formation médicale qu'on a reçue tant à Namur qu'à l'UCL était certes très théorique, mais de très haute qualité. Quand je vois les connaissances des données fondamentales, la formation nord américaine est beau-

coup plus pratique. J'ai eu un grand avantage d'avoir une bonne connaissance de base.

RK : La pratique médicale se récupère plus facilement que la physiologie.

Merci d'avoir accepté cet entretien. Le Canada est un pays jeune, qui donne l'exemple à la vieille Europe, dans pas mal de domaines.

Forum MedUCL

L'ECG chez les sportifs

Acteurs : Christophe Dupont, Edgard Calicis, Olivier Deceuninck, Jean-Claude Hariga, Alain Bachy

Christophe : Bonjour aux cardiologues (pédiatriques) du forum.

J'ai réalisé un ECG à un enfant de 11,5 ans dans le cadre d'un banal examen présportif (judo).

Cet enfant n'a aucun antécédent médical de type cardiologique, ne présente aucun souffle à l'auscultation et a une bonne tolérance à l'effort.

Je tombe avec étonnement sur ce que j'appelle un bloc de branche droit incomplet.

Etes-vous d'accord avec moi sur le diagnostic? N'y a-t-il rien d'autre comme anomalie ?

Est-ce physiologique chez un enfant ?

Qu'en penser dans le cadre de la pratique du sport ?

Il y a-t-il un suivi particulier au vu de l'âge ?

Je vous en remercie d'avance.

Edgard : Cet ECG ne correspondrait-il pas à un syndrome de Brugada ?

Christophe : Grand merci de votre message. Personnellement, je ne pense pas que ce soit un syndrome de Brugada.

Olivier : Suite à une discussion avec le professeur Krémer, nous avons revu l'ECG avec BBDt incomplet chez un enfant de 11.5 ans transmis pour avis.

Sur cet ECG on peut y voir comme le soulignait le Dr Christophe un BBDt incomplet qui chez l'enfant est souvent physiologique et disparaît avec l'âge. En V₁, il y a un retour à la ligne de base au niveau du segment ST et pas de sus-décalage descendant comme on le rencontre dans les syndromes de Brugada (pathologie qui par ailleurs est basée sur la clinique et pas uniquement sur l'ECG (histoire de syncope ou de mort subite familiale nécessaire pour que l'on s'inquiète)).

Cet ECG est donc un ECG banal pour un enfant de 11.5 ans et qui ne nécessite ni inquiétude ni investigation complémentaire.

Ce type d'ECG résulte parfois d'une position discrètement trop haute des électrodes V₁V₂ (pas toujours évident chez l'enfant...), vous pouvez d'ailleurs fabriquer des BBDt incomplets chez l'adulte en mettant les électrodes au 3ème espace intercostal...

Donc pas d'inquiétude quant à cet ECG.

Jean-Claude : Merci pour cette interprétation qui en soulage plus d'un je pense !

