

# IL Y A LES LES ÉCO-LUCIDES, LES ÉCO-ANXIEUX ET LES CLIMATO-DÉPRIMÉS



Votre santé nous tient à cœur

# Le patient

Le magazine de votre hôpital universitaire | Mensuel N°58 | NOVEMBRE 2021

PHILANTHROPIE | ANNÉE RECORD

PP. 2-7



14 NOVEMBRE | JOURNÉE MONDIALE DU DIABÈTE

P. 11



« Protégeons nos artères ! »

HANDISPORT | TOURNOI À SPA

P. 12



Le hand en chaise bientôt aux Jeux ?

## 4 MILLIONS D'€. MERCI !

Année record pour la Fondation Léon Fredericq : 164 chercheurs (ULIEGE et CHU de Liège) reçoivent des aides directes pour faire avancer leurs projets de recherches. Tout profit pour le patient !

Les Lauréats 2021-2022 de la Fondation Léon Fredericq vous remercient du fond du cœur pour votre **générosité**

Médecins et chercheurs, ils se battent pour la vie !

Engagez-vous à leurs côtés. Faites un don à la Fondation Léon Fredericq.



RE48 0018 3821 0927  
COMMUNICATION : DON



## « Le patient nous attend ! »

Les propos du Pr Jacques Boniver, qui revient sur 31 ans de recherche médicale à Liège via la Fondation Léon Fredericq (FLF), sont sans équivoque : «*Nous sommes pour la liberté de chercher. Nous sommes là pour semer, pour encourager la créativité*». Le leitmotif est très éloigné du slogan de la fin des années 80 quand la recherche en Belgique était en crise : «*Les chercheurs partent, mais le cancer reste* ». Ce numéro du Patient fait la part belle à la recherche à l'occasion de la soirée ProJeTs (Promotion des Jeunes Talents scientifiques) 2021 de la FLF. Une année record. La semaine passée, ce sont 164 bourses, crédits et subsides qui ont été attribués à des chercheurs CHU et U Liège pour un montant record de ...plus de 4 millions €. «*Un montant réuni grâce à la générosité des partenaires traditionnels et des citoyens qui nous soutiennent par des legs et par des dons* » explique la Fondation, reconnaissante.

Le Patient vous présente des jeunes chercheurs, des programmes de recherches, des résultats et des publications dans les journaux scientifiques les plus prestigieux. Des recherches qui profitent en droite ligne aux patients comme le rappelait le Pr Janssen, dont la société pharmaceutique vient d'ouvrir une chaire «*MICI*» avec le CHU. «*Le patient nous attend*» était sa devise et, face à cette attente, la recherche ne va jamais trop vite. Une recherche qui, au passage, est très féminine puisque deux tiers des chercheurs primés sont ...des chercheuses. Pas étonnant que le mot «*recherche*» soit ...féminin !

Le Patient revient sur une discipline nouvelle, l'éco-psychologie et plus particulièrement l'éco-anxiété, sur le diabète et sur le handisport dans le cadre de la Journée mondiale de la personne handicapée. Bonne lecture

LA RÉDACTION

## LE MOT [ WALLON ]

«*Si gn-a une male rowe divins on tchar, c'est l'cisse qui crînyêye li pus* »

«*S'il y a une mauvaise roue à un char, c'est celle qui grince le plus* »

(La médiocrité est tapageuse)

In «*Les Cahiers du CRIWE* »

Éditeur responsable | Sudinfo - Pierre Leerschool  
Rue de Coquelet, 134 - 5000 Namur  
Rédaction | Frédérique Siccard, Jenifer Devresse,  
Milena De Paoli, Caroline Doppagne, Charles Neuforge,  
Coordination | Louis Maraite, Rosaria Crapanzano  
Photographies | Pamela Iglesias, Michel Houet  
Mise en page | Creative Studio  
Impression | Rossel Printing

# 4 millions € pour la recherche médicale à Liège !

**C'**est chaque année une soirée exceptionnelle que la soirée «*Pro.Jets*» (Pour promotion des Jeunes Talents) de la Fondation Léon Fredericq. Elle met en valeur les jeunes chercheurs liégeois et les donateurs. L'édition 2021, qui s'est tenue le 12 novembre à Liège (Médiarives), n'a pas dérogé à la règle. Mais elle était, cette fois, tout à fait unique et plus de 500 personnes en ont été les témoins. C'est en effet une somme de 4 millions d'€ que la Fondation a redistribuée. Ce record est l'occasion de faire le point avec le Pr Jacques Boniver, administrateur de la Fondation qui, avec d'autres, l'a portée sur les fonts baptismaux en 1987. Entretien.

«*On ne fera pas 4 millions d'€ l'an prochain, dit-il d'entrée, car on a eu de très gros legs cette année, pour des gros équipements de recherches. A mon sens, si on arrive à une vitesse de croisière de 2,5 millions € par an, ce sera déjà magnifique* ». C'est évidemment assez éloigné des prévisions émises en 1989 par ...le même Pr Boniver. «*J'étais interrogé par Louis de Spirlet, célèbre banquier liégeois, administrateur de la Fondation à son origine, qui me demandait mes prévisions annuelles : j'avais répondu : 6 millions de francs belges, soit 150.000 €* ».

La recherche scientifique était alors en pleine crise. En 1984, alors qu'il était ministre de la Politique Scientifique dans les Gouvernements Maertens VI et Eyskens, Philippe Maystadt, un autre Verviétois (né à Petit-Rechain), proposa un magnifique plan de redéploiement de la recherche, créant un magnifique appel d'air dans le milieu scientifique. Jusqu'à ce que «*Baby Thatcher*» passe par là. «*Guy Verhofstadt, sous Maertens VI et VII, est devenu ministre du Budget et le Gouvernement est entrée en conclave à Val Duchesse. Ils ont tellement «saqué» dans les budgets que le château de Val Duchesse est toujours aujourd'hui considéré comme le théâtre des mauvaises nouvelles* ». Tout passe à la moulinette, dont les lits hospitaliers (la réforme de Jean-Luc Dehaene châtra le CHU de Liège) et le plan «*recherche*» de Maystadt, créant une grande inquiétude dans le secteur et engendrant une fuite des cerveaux. «*Parmi ceux qui sont partis, beaucoup ont fait une brillante carrière, comme Eric Verdin en Californie qui est aujourd'hui CEO et Président d'un centre de recherche sur le vieillissement. J'ai même essayé un jour de le faire*

*revenir, lors de la création du GIGA* ». Les Universités du pays s'associent alors dans une campagne au slogan sans équivoque : «*Les chercheurs partent, le cancer reste* ».

## « LES CHERCHEURS PARTENT, LE CANCER RESTE »

Différentes initiatives voient le jour. D'abord celle initiée par le ministre de la santé de la naissante Communauté française, André Bertouille, judicieusement conseillé par un jeune liégeois de son cabinet qui, plus tard, allait devenir recteur, un certain ...Arthur Bodson. «*La Communauté française décida de financer les trois hôpitaux universitaires pour la création de deux mandats de chercheurs mais, pour éviter que cette subven-*

*tion se noie dans la masse, imposa la création d'une Fondation, reprend Jacques Boniver. L'ULB avait Erasme, l'UCL avait Saint-Luc et nous, nous n'avions rien* ». (Voir encadré). Au CHU de Liège, le Pr Paul Franchimont était convaincu par la recherche : il avait d'ailleurs décidé d'affecter quelques % de l'activité médicale à ce que l'on appelait alors le Fonds facultaire pour la Recherche ; ces quelques % n'ont pas résisté aux années et aux crises économiques mais il en reste toujours quelques petites traces... Quant à la nouvelle Fondation à créer, il demanda à Jacques Boniver et à Vincent Geenen de s'y investir.

C'est aussi de cette époque que naît le Télévie. Là aussi une histoire surprenante. «*Yvan de Launoit était un jeune chercheur en virologie. Son père, Jean-Pierre de Launoit, financier, banquier était aussi ... président de RTL Belgique. Sous forme de boutade, il demanda à son père s'il était possible, après le Téléthon français (1987), de lancer un Télévie en Belgique. Jean-Charles Dekeyser a pris la balle au bond. Le Télévie était lancé. On était en 1989* ». L'opération débuta par «*Le Train du Télévie* » qui, avec les animateurs radio et télé, sillonna la Wallonie dans tous les sens avec des arrêts-concerts, jusqu'en 2008. Il fut en quelques sortes victimes de son succès : dans les gares, certains concerts furent très «*chauds* » en matière de sécurité.

«*Nous sommes pour la liberté de chercher. Nous sommes là pour semer, pour encourager la créativité* »



Le Pr Jacques Boniver et la chercheuse Céline Grégoire. (Photo MH)

# recherche



Bernard Rogister, président du CPF, avec des jeunes boursiers. (Photo MH)

Aujourd'hui, le Télévie génère 13,3 millions € (en 2019, 10,6 millions en 2020 et 2021). Cet argent est directement remis au FNRS où le Pr Arsène Burny préside la commission Télévie et se mouille comme personne pour drainer les euros nécessaires au financement de la recherche en cancérologie. Les sommes récoltées soutiennent les projets retenus par le FNRS. « Et les cinq universités se partagent les montants. Pour Liège, ce sont 30 % du montant qui sont réinvestis dans la recherche, ce qui est plus que le ratio « habituel » de l'Université dans le paysage universitaire francophone, ratio qui est d'environ 22 %. Comme le FNRS se base sur des projets, nous pouvons en déduire que les chercheurs liégeois sont performants ».

## LE LIEN AVEC LE FNRS POUR VISER L'EXCELLENCE

Ce lien entre le FNRS, le Télévie, la Fondation Léon Fredericq et le CHU/L'ULiège est très fort... et entretenu. « Ainsi, tous les doctorants FNRS, aspirants FRIA-Télévie liégeois reçoivent automatiquement de notre Fondation un crédit de fonctionnement de 5000 €/an ». Mais la bonne entente va plus loin. « Le Fonds André Daners, qui est nouveau de cette année, est révélateur de cette synergie : la Fondation roi Baudouin reçoit un legs pour financer une recherche sur le cancer du poumon à Liège. Elle contacte la FLF et c'est une chercheuse liégeoise prometteuse, Marie-Julie Nokin, qui revient d'un post-doc à l'Université de Bordeaux, qui voit son projet de recherche présenté par le Pr. Didier Cataldo, pneumologue, du Labo de biologie des tumeurs. Ce projet a été retenu non seulement par la Fondation pour le subsidé André Daners mais aussi par le Télévie. Sa recherche ? Le cancer du poumon résiste aux médicaments ciblés qui sont utilisés actuellement. Elle étudie la façon de contourner ces résistances ».

« Si l'Etat veut que la recherche se concentre sur des domaines particuliers, qu'il la finance ! »

Mais qui choisit de financer telle ou telle recherche ? « Pour le Télévie, c'est le FNRS à travers une commission scientifique composée d'experts belges et étrangers. Pour la Fondation, c'est la Commission Permanente Facultaire à la Recherche (CPF) de la Faculté de Médecine, que préside Bernard Rogister et qui est composée de chercheurs de l'Université et parfois renforcée par des collègues extérieurs et ce pour éviter le risque de copinage ».

La FLF n'échappe pas au reproche de saupoudrage en acceptant toutes les thématiques de recherche biomédicale. Ne serait-il pas préférable de se focaliser sur une pathologie en particulier pour concentrer les efforts ? « Le Télévie aussi essuie la même critique. Mais nous préférons, depuis la création de la Fondation, l'esprit du FNRS rassemblé dans un autre slogan : la liberté de chercher. Nous sommes là pour semer, pour encourager la créativité. Il faut que les jeunes viennent avec des idées nouvelles. Et si l'Etat veut que la recherche se concentre sur des domaines particuliers, qu'elle la finance ! Ce fut le cas avec le HIV et tout récemment avec le COVID. Nous avons reçu cette année, via l'Université, un legs de 690.000 € que le donateur voulait consacrer à la recherche sur le cancer du rein. Personne, ni à Liège ni en Wallo-



PR. JACQUES BONIVER  
Administrateur FLF

nie-Bruxelles, ne cherche sur ce cancer qui est relativement peu fréquent (3% de tous les cancers). Et bien nous lançons un appel à projets dont Vincent Bours est le promoteur. C'est cela la liberté de chercher ! »

## ÉLÉMENT FONDAMENTAL : LA LIBERTÉ DE CHERCHER

Il n'y a pas de liberté sans financement et les apports du Télévie et de la Fondation Léon Fredericq sont les garants de cette liberté. « A la Fondation, nous remercions les donateurs, les organisateurs et les citoyens. Nos apports proviennent pour trois quarts des legs, dont 70 % sont des legs directs pour 30 % de legs duo (voir ci-dessous). Merci aussi aux notaires et aux « private-bankers » qui nous recommandent auprès de leurs contacts ». Le dernier quart, ce sont les opérations de crowd-fundings, les dons

directs de particuliers, les organisations des associations et amis de longue date (les tournois de golf des Mousquetaires ou du « Ladies against Cancer » d'Agathe Verlegh, la mobilisation des « Super-Mec » de Grivegnée ou le Gala de l'Union Saint-Georges à Verlaine,...), ou le travail de la propre structure de la Fondation comme les tournois de golf inter-entreprises au Royal Golf Club du Sart Tilman. « Mais la liberté, c'est aussi de prévoir. Nous avons ainsi capitalisé assez pour pouvoir, même si toutes les sources venaient subitement – Dieu nous en préserve – se tarir, financer nos recherches pendant deux ans ».

Cette liberté, c'est aussi ce qui motive les chercheurs. Ils ont tous une raison personnelle à mener leurs recherches. Ils savent qu'il y a beaucoup d'appelés mais que peu d'entre eux seront des « chercheurs permanents FNRS ». « Le parcours du chercheur est un véritable entonnoir. Il est d'abord doctorant : le chercheur apprend. Puis, post-doctorant : il faut partir à l'étranger pour mettre son savoir à l'épreuve et pour s'ouvrir l'esprit à d'autres manières de travailler mais, à la fin, il reste quelque 500 chercheurs FNRS « professionnels ». L'on peut donc comprendre que certains post-doctorants restent dans les structures qui les ont accueillis à l'étranger et ne sont pas revenus. C'est la vie et ...la liberté ».

LM

## QUI ÊTES-VOUS [ PR. JACQUES BONIVER ? ]

Jacques Boniver a 76 ans et il a décidé de retrouver du temps. Il avait encore une charge dans l'organisation de l'UNILAB au sein de l'Institut de Cancérologie Arsène Burny. Il la transmet. « Mais je reste actif à la Fondation Léon Fredericq, dans le Télévie et aussi dans l'organisation des conférences et cours à l'Espace universitaire de l'ULiège à Verriers » sourit-il, en pensant à Claudine, son épouse.

La recherche, c'est toute sa vie. Médecin (ULiège) en 1970, spécialisation en anatomie pathologique en 1978. « Je suis alors parti deux ans à Stanford - Californie, dans les laboratoires du Pr H.S. Kaplan. Son « Cancer Biology Research Laboratory », « construit à côté du Medical Center de l'Université, lui avait été offert par un mécène, qui avait été son patient. C'est l'Amérique ! Quand je suis revenu à Liège, le professeur Betz m'a désigné à la tête de son laboratoire de recherches du service d'anatomie pathologique dans la tour Patho (au 1<sup>er</sup> étage)

pour continuer les recherches que je menais à Stanford sur la formation des lymphomes ». En 1981, Jacques Boniver passait son agrégation, le professeur Betz prenait sa retraite en 1985 et Jacques lui succédait ...en 1987, après deux ans de palabres intra-facultaires.

Aujourd'hui, il suit les jeunes chercheurs au travers de « ses deux dinosaures » que sont le Télévie et la Fondation dont il est une des « mémoires vivantes ». Le Télévie 2021 a rapporté 10.617.189 dont 30 % reviennent à Liège pour la recherche. Le FLF remet cette année 4 millions € en bourses et en investissements en matériel. On peut donc dire que, pour la première fois dans leur histoire parallèle et aux objectifs communs, la Fondation Léon Fredericq a investi davantage que le Télévie dans la recherche médicale à Liège. « Mais, pour la Fondation, 2021 a été une année exceptionnelle. On ne refera pas 4 millions l'an prochain. On a pu bénéficier de gros legs cette année ».

# Inscrivez la Fondation Léon Fredericq dans votre testament!



Les « Super Mec » avec les jeunes chercheurs de l'édition 2021! (Photo MH)

**V**ous pouvez apporter une aide substantielle aux chercheurs. Ils travaillent d'arrache-pied à l'Université et au CHU de Liège, afin d'élucider le secret des maladies et mettre au point de nouveaux traitements. Ils se battent pour la vie. Pour votre vie. Faites un legs à la Fondation Léon Fredericq et prolongez ce qui a donné du sens à votre vie!

La plupart (70 %) de personnes qui lèguent, par testament, à la Fondation Léon Fredericq n'ont pas d'enfants. Il s'agit donc de legs en direct. Sur lequel l'Etat prélève les droits (7 %).

30 % préconisent le legs en duo: ils lèguent une partie de leur héritage à la Fondation et l'autre partie à un tiers, neveu, nièce, filleule, voisin ou amie... La Fondation

devra payer les droits de succession non seulement sur sa partie de l'héritage (7% à Bruxelles et en Wallonie), mais elle payera aussi les droits de succession sur la partie du tiers. Mais tout le monde y gagne: l'héritier, le tiers, qui reçoit alors plus d'argent en net, et la Fondation qui, malgré le fait qu'elle paye les droits pour tout le monde, conserve une partie de l'héritage pour elle. C'est du win-win.

« SUPER MEC »:  
550.000 €!

Il y a 21 ans, trois amis créaient l'ASBL «Super MEC» du nom des initiales de leurs prénoms: Michel, qui travaillait à l'ALE, Edouard, qui travaillait à la Ville de Liège qui est décédé du cancer, et Christian, qui travaillait à l'ALG. Ils ont organisé de nombreuses manifestations sportives et culturelles au profit de la Fondation Léon Fredericq. Avec l'objectif bien précis (et bien accompli): «Récolter des fonds pour la lutte contre le cancer tout en s'amusant».

«Tennis, pétanque, mini-foot, puis balades gourmandes, concerts, souvent en présence de chercheurs... Au total, nous avons apporté 550.000 € à la Fondation» précise Julien Lovinfosse, ancien pompier liégeois qui a toujours apporté son aide avant de prendre en charge l'organisation. Les contraintes du statut d'asbl et ... le temps qui passe signifient-ils l'arrêt des activités? «En tout cas sous statut d'asbl. Nous ne rajoutons pas et sommes de moins en moins nombreux. Mais cela ne veut pas dire qu'on ne fera plus rien» sourit Julien.

## EXEMPLES DE LEGS ET LEGS DUO

**FORMULE A.** Monsieur et Madame A., de Liège, n'ont pas d'héritier direct et décident de léguer 500.000 € à un tiers, leur voisin. Ils se sont renseignés: comme il s'agit d'un héritage en ligne indirecte, l'Etat est gourmand: il prélèvera 380.000 € en droits de succession et laissera 120.000 € au tiers.

**FORMULE B.** Ils se sont donc tournés vers leur notaire qui leur a conseillé un legs «duo». Ils décident alors de léguer 250.000 € à leur voisin et 250.000 € à la Fondation. Leur voisin touchera les 250.000 € (plus du double du montant perçu dans la Formule A). L'entièreté des droits de succession sont pris en charge par la Fondation: 210.000 €. Qui conservent pour elle 40.000. Nets!

Monsieur et Madame A ont fait le bonheur de leur voisin et de la Fondation.

Faites comme eux et inscrivez la Fondation Léon Fredericq dans votre testament. Parlez-en à votre notaire et demandez-lui de vous conseiller pour choisir les modalités de donation et/ou de legs qui sont les plus adaptées à votre situation et à vos souhaits. Si vous le souhaitez, le legs que vous attribuez à la Fondation Léon Fredericq peut être dédié à une maladie ou une thématique de recherche qui vous tient à cœur.

**Fondation Léon Fredericq**

**IBAN:** BE48 0018 3821 0927

**BIC:** GEBABEBB

**En savoir plus ?**

caroline.mazy@chuliege.be

sandrine.caryn@chuliege.be

## Qui était Léon Fredericq ?

Jacques Boniver était présent au lancement de la Fondation. «Paul Franchimont, qui était en même temps Doyen de la Faculté et Administrateur du CHU, la voulait absolument, ne fût-ce que pour créer une enveloppe pour accueillir les subventions du ministre Bertouille pour l'engagement des deux mandats de chercheurs promis aux hôpitaux universitaires». S'en suivit un débat dont la Faculté de médecine doit avoir le secret: comment l'appeler alors que l'ULB avait ...Erasmisme et l'UCL ...Saint-Luc (et aujourd'hui Albert II)? Le Pr Georges Hennen proposa la «Fondation Avicenne», du nom d'un médecin-philosophe persan du Xe siècle, traducteur d'Hippocrate et de Galien, qui vient de rentrer dans le programme de cours de Médecine de l'Education nationale française... Finalement, c'est Léon Fredericq qui est retenu. Il avait déjà un Institut, le voilà avec une Fondation.

Léon Fredericq naît à Gand en 1851 et effectue dans cette ville ses études de docteur en Sciences naturelles, en Médecine, Chirurgie et Accouchements et en Sciences physiologiques, le tout à 27 ans. Il effectue des séjours postdoctoraux de recherche à Paris, à Berlin, à Strasbourg. A l'initiative de Theodore Schwann, Léon Fredericq lui succède en 1879 à la chaire de Physiologie de la Faculté de Médecine de Liège. Parmi ses contributions principales, on compte la découverte de l'hémocyanine, ses brillants travaux sur la circulation sanguine et la physiologie du cœur chez le chien ou encore la coagulation du sang. Concernant ce thème de recherche, il écrit: «Le mystère de la coagulation du sang m'intéresse plus que celui de la Sainte-Trinité».

# Céline Grégoire, de Huy à Cleveland pour se battre contre le cancer



**CÉLINE  
GRÉGOIRE**  
Chercheuse

**L**a chercheuse liégeoise (31 ans) travaille sur les cellules allogéniques (prélevées sur des porteurs sains), modifiées en laboratoires et redirigées vers les cellules tumorales du patient.

Malgré des avancées considérables dans la recherche, la lutte contre le cancer reste longue et complexe. Céline Grégoire, jeune chercheuse liégeoise de 31 ans, contribue aux avancées dans le domaine de l'immunothérapie. Avec l'aide de la Fondation Léon Fredericq. En Belgique, le cancer est la première cause de mortalité prématurée. En 2018, 70.468 personnes ont été diagnostiquées. La recherche dans ce domaine est donc primordiale. Céline Grégoire, docteur en hématologie, réalise une étude qui se concentre sur l'immunothérapie. Elle axe sa recherche sur un pan innovant et en plein développement.

Céline commence son parcours au collège Saint-Quirin à Huy en option maths-sciences, avec la volonté de devenir ingénieure. Pour ses études supérieures, elle change pourtant de cap et s'inscrit en médecine. Elle débute son bachelier à l'Université de Liège en 2007 jusqu'en 2014 et enchaîne avec une spécialisation en médecine interne à finalité hématologie qu'elle vient d'obtenir en octobre 2021. Parallèlement à cette formation, elle a réalisé sa thèse de doctorat à l'Université de Liège en recherche au sein du GIGA-I3 Hématologie, thèse qu'elle a présenté en septembre 2020 sous la direction des Professeurs Baron et Beguin. Au mois d'avril, elle partira aux États-Unis où elle continue ses recherches dans le domaine en post-doctorat au sein du laboratoire du Professeur Melenhorst (Cleveland Clinic).

## UNE RECHERCHE INNOVANTE

Le cœur des recherches de Céline Grégoire se porte sur l'immunothérapie du cancer et la thérapie cellulaire, c'est-à-dire travailler avec le système immunitaire du patient. « L'idée est d'utiliser le système immunitaire comme une arme contre le cancer, ce qui se fait depuis des années avec les greffes de cellules souches. » Parmi les différentes stratégies d'immunothérapie, la chercheuse liégeoise se concentre sur celle fon-

ctionnant avec les cellules CAR-T. « Le principe, c'est de prendre des lymphocytes T [les globules blancs, responsables de l'immunité des cellules] et de les modifier génétiquement en laboratoire pour les rediriger vers les cellules tumorales. » Dans la pratique clinique, ce sont les cellules du patient qui sont modifiées et réinjectées dans son corps. « C'est une pratique qui s'est développée depuis plusieurs années, notamment au CHU de Liège. »

Dans le cas précis de l'étude de Céline Grégoire, la modification ne se fait pas sur les cellules du patient. « Le but de mon projet, encore en développement pour le moment, c'est de pouvoir prendre des lymphocytes T de donneurs sains [des cellules allogéniques, en opposition aux cellules propres du patient, cellules autogéniques]. Cela facilite la procédure à plusieurs niveaux pratiques et, nous espérons aussi, au niveau des résultats. » La démarche implique toutefois quelques problématiques, dont celle du rejet. « Le but de l'étude est d'améliorer cette technique pour éviter le rejet du patient envers les cellules de donneurs sains ou toute autre problématique rencontrée. »

## UN PROCESSUS PLUS STANDARDISÉ ET PLUS CIBLÉ

« C'est une technologie qui est en cours de développement dans le laboratoire du

Professeur Melenhorst, et les résultats sont très encourageants et positifs. » Pour la jeune chercheuse, il y a de nets avantages à travailler avec des cellules de donneurs sains. Car lorsque le traitement se fait avec les cellules du patient, plusieurs semaines s'écoulent pour prélever les cellules, les modifier et les réinjecter. « Pendant ce temps-là, la maladie peut progresser. » Céline Grégoire relève également d'autres soucis avec la technique actuelle : « c'est une technique individualisée, car chaque processus dépend des cellules de chacun. Le coût est très élevé et il y a une grande variabilité entre chaque modification. L'intérêt du projet, c'est d'avoir un processus qui est beaucoup plus standardisé et des cellules qui seraient disponibles que nous pourrions utiliser quand on le souhaite chez le patient. »

Passionnée par l'hématologie et l'immunothérapie, elle veut tendre vers un traitement plus ciblé. « C'est un domaine complexe mais passionnant. L'idée est d'avoir des résultats qui sont encore meilleurs que les traitements actuels avec moins de toxicité car plus ciblé. Avec la modification des cellules CAR en laboratoire, les possibilités sont infinies. Une fois qu'on a compris comment se passe tel phénomène, pourquoi ça fonctionne ou non, nous savons adapter les cellules pour les rendre plus efficaces ou plus sûres. On a vraiment l'espoir que ça révolutionne la prise en charge du cancer. »

Pour ce poste de recherche au sein du laboratoire du Professeur Melenhorst, Céline Grégoire a obtenu un subside de voyage de la part de la Fondation Léon Fredericq ainsi que le Prix Van den Brule et Prix de la Fondation Jaumain. Des aides qu'elle considère comme importantes et nécessaires « Le poste est partiellement financé sur place, c'est une très bonne chose mais ce n'est pas suffisant pour couvrir les coûts liés à mon installation. Ces différentes aides me permettent de couvrir ces frais et de poursuivre mes recherches. »

Miléna DE PAOLI

## WIZO : MERCI MME WEINBLUM

La Wizo est partenaire de la Fondation depuis les débuts, à l'initiative de Mme Sophie Weinblum, décédée la semaine passée, qui en fut le premier contact, comme s'en souvient le Dr Vincent Geenen. Le soutien s'est poursuivi toutes ces années et la Fondation veut la remercier, elle et toute la WIZO de Liège.

La Fondation présente à la famille et à la WIZO ses condoléances émues

La WIZO est en effet un soutien indéfectible et elle le sera encore en 2022 avec une organisation qui fera date (le 27 mars à 20 h) au Forum: le « one-man-show » de Cristiana Reali sur « Simone Veil : les combats d'une effrontée ». Le spectacle est à l'affiche du Théâtre Antoine à Paris et fait partie des « spectacles à voir » de la rentrée. Merci de noter la date dans vos agendas. Réservation: FLF: 04/366.24.06



Sophie Weinblum participait activement aux soirées ProJeTs. (Photo MH)

# Le CHU de Liège et Janssen lance une chaire MICI



L'équipe multidisciplinaire du Pr E. Louis (CHU de Liège) lors de la présentation de la chaire MICI. (Photo LM)

**E**n tant qu'hôpital académique, le CHU de Liège a notamment pour missions de proposer et de prodiguer aux patients des soins de pointe et de qualité, de former les étudiants en médecine et le personnel soignant, et de contribuer aux progrès de la médecine par des projets de recherche clinique et translationnelle. C'est dans ce contexte que la Chaire MICI a vu le jour

Les MICI ? C'est ainsi que l'on désigne les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, qui regroupent la maladie de Crohn (MC) et la rectocolite hémorragique (RCH). « Toutes deux se caractérisent par une inflammation de la paroi d'une partie du tube digestif, due à une dérégulation du système immunitaire intestinal. Les MICI sont le plus souvent diagnostiquées entre 20 et 30 ans mais peuvent survenir à tout âge : 15% des cas concernent des enfants », explique le Professeur Édouard Louis, chef de service et nouveau Doyen de la Faculté.

Si la fréquence des MICI varie considérablement d'un pays à l'autre, on

retrouve les incidences les plus importantes dans les pays industrialisés : elles augmentent avec le niveau de développement socio-économique des pays. « En Belgique, on compte environ 20.000 patients atteints de maladie de Crohn et 10.000 atteints de rectocolite, ce qui représente une proportion de 1 cas pour 360 habitants », précise le Professeur Louis.

## UN SERVICE DE POINTE

Au CHU de Liège, le travail sur les MICI est un pôle d'excellence : le service du Professeur Louis suit 3500 patients, dont 1750 en file active. On y compte donc 400 patients par mois, qui sont suivis par 5 gastroentérologues, 2 chirurgiens, 1 radiologue, 1 psychiatre et 1 nutritionniste spécialisés MICI, mais aussi 2 infirmières de liaison et 1 agent d'éducation. En outre, plusieurs chercheurs, technologues et data managers sont impliqués en amont de la clinique, et contribuent à ce travail, à travers des réunions multidisciplinaires périodiques et une collaboration quotidienne.

« Notre volonté est de permettre au patient de se comporter en acteur dans la prise en charge de sa maladie, de contribuer à l'amélioration de son état de santé et aux choix thérapeutiques, et de bénéficier de possibilités de prise en charge globale, holistique, de sa maladie, incluant les symptômes et dysfonctionnements parfois indépendants de la composante inflammatoire de leur maladie. Pour cela, nous utilisons un recueil d'informations, provenant des patients eux-mêmes, qui portent sur leur qualité de vie et leurs activités quotidiennes », souligne le Professeur Louis. « Nous utilisons des méthodes de mesures de l'inflammation dans les selles à l'aide d'un smartphone (Calprotectine fécale). Nos infirmières de liaison dispensent des informations spécifiques et mènent un programme d'éducation des patients à leur maladie. Nous proposons des techniques d'endoscopie de pointe, qui permettent d'affiner notre diagnostic de rémission de la maladie (Cellvizio). Nous collaborons aussi avec nos collègues d'imagerie médicale et de chirurgies pour offrir les méthodes diagnostiques les plus appropriées (IRM) et les chirurgies laparoscopiques les plus

ciblées. Nous avons une large expérience, et accès à tous les traitements les plus modernes, y compris biologiques : près de 1000 de nos patients en bénéficient. Nous accédons aussi régulièrement, grâce à notre collaboration avec l'industrie pharmaceutique, à de nouveaux traitements à travers des protocoles de phase 2 et de phase 3, ce qui ne nous empêche pas d'en développer de nouveaux, cellulaires (thérapie cellulaire à partir de cellules souches), en collaboration avec le service d'hématologie et le laboratoire de thérapie cellulaire du CHU de Liège ! »

## FINANCER LE PROGRÈS

Or, développer cette qualité des soins a un coût, que l'INAMI ne couvre pas forcément. « Nos recherches, comme l'assistance et l'aide aux patients, profitent de divers types de financements (FNRS, Télévie, Fondation Léon Fredericq, CHU, ULiège, Feder, Horizon 2020 notamment) et de différents partenariats pharmaceutiques. Janssen est de ceux-là. En finançant la Chaire hospitalo-universitaire MICI, cette société développe son image d'aide à la santé, certes, mais elle participe largement aux progrès de la médecine, au bien-être du patient et à l'augmentation de la qualité des soins », se réjouit Édouard Louis.

Frédérique SICCARD

## THE PATIENT IS WAITING

L'entreprise pharmaceutique Janssen emploie plus de 5100 personnes, dont près de 2400 chercheurs, et compte plus de 90 collaborations actives en Recherches et Développement (et 1,54 milliard € y investis). L'objectif de la collaboration qu'elle signe avec le CHU de Liège : apporter des innovations médicales aux patients.

Pour cette société basée dans la commune de Beerse (120 km de Liège, à l'est d'Anvers), qui vient en aide à celle de Trooz depuis les inondations de juillet, miser sur la recherche, c'est rester fidèle au leitmotiv de son créateur : « The patient is waiting ».

# Pour mieux comprendre la contamination à l'école

**P**endant 10 mois, du 21 septembre au 28 juin 2020, les Drs Christelle Meuris et Gilles Darcis ont étudié la transmission du SARS-CoV-2 dans une école primaire liégeoise. Publication scientifique dans JAMA Network. Conclusion : les contaminations sont identiques chez les enfants et les adultes

« Quand nous avons lancé cette étude, les données suggéraient une incidence relativement faible du COVID-19 chez les enfants. Le rôle que les enfants fréquentant l'école primaire pouvaient jouer dans la transmission du SRAS-CoV-2 restait mal compris. Mieux comprendre ce rôle nous semblait essentiel », explique le Dr Christelle Meuris, infectiologue au CHU de Liège.

L'étude incluait 181 volontaires: 63 enfants et 118 adultes, parents et employés de l'école. « Les participants étaient testés une fois par semaine, de manière innovante: par le biais d'un lavage de gorge, effectué à jeun avec 5 ml de solution saline – le liquide physiologique que tout le monde connaît - et collecté dans un tube stérile après environ 30 secondes de gargarisme. Une PCR était réalisée sur ces prélèvements pour détecter une éventuelle infection par le SRAS-CoV-2 », poursuit le Dr Meuris. En cas de résultat positif, les participants

étaient informés sur les mesures d'isolement et de quarantaine. Ils étaient invités, quelques semaines plus tard, à remplir un questionnaire visant à déterminer le moment de l'apparition des symptômes, et leur durée. Un séquençage génétique du SRAS-CoV-2 était également réalisé: les cas confirmés étaient liés à la fois sur la base des informations disponibles sur les contacts connus, et sur les séquences virales.

## UNE CONTAGIOSITÉ IDENTIQUE

Les résultats sur les 15 premières semaines indiquent 45 volontaires testés positifs, sur les 181 concernés: 13 enfants et 32 adultes. « Globalement, l'incidence était la même. Les enfants, cependant, étaient plus souvent asymptomatiques que les adultes (46 % contre 13 %) et, dans le cas contraire, la durée de leurs symptômes était plus courte. L'équipe d'Hasselt a pu reconstituer les chaînes de transmission: il est plus probable que la plupart des transmissions se soient produites entre les enseignants, et entre les enfants, au sein de l'établissement. Parmi les événements de transmission à domicile, la plupart semblaient provenir d'un enfant ou d'un enseignant qui avait contracté l'infection à l'école »,



Le port du masque divise pédiatres et infectiologues. Mais l'étude est sans équivoque. (DR)

## UNE ÉTUDE IMPORTANTE !

JAMA (Journal of the American Medical Association, publié en continu depuis 1883, est une revue médicale générale internationale à comité de lecture. JAMA est membre du JAMA Network. JAMA est la revue médicale générale la plus diffusée au monde, avec plus de 293 000 destinataires de la revue imprimée, plus de 1,8 million de destinataires de tables des matières et d'alertes électroniques, et plus de 57 millions de visites annuelles sur le site Web de la revue.

Le taux d'acceptation de JAMA est de 7 % des plus de 17 000 soumissions annuelles et de 3 % des plus de 10 000 articles de recherche reçus.

La publication de l'étude liégeoise dans JAMA est donc un moment important.

Le Dr Meuris avait demandé un subsidie à la Fédération Wallonie-Bruxelles: Elle n'a jamais eu de réponse, pas même un accusé de réception...

observe Christelle Meuris. « Malgré la mise en œuvre de plusieurs mesures sanitaires, l'incidence du COVID-19 chez les enfants fréquentant l'école primaire dans cette étude était comparable à celle observée chez les enseignants et les parents. »

Des mesures supplémentaires devraient être envisagées, selon elle, pour réduire la transmission du SRAS-CoV-2 à l'école. Y compris des tests intensifiés: « Par gargarisme, ils sont beaucoup moins contraignants. Ils permettraient d'isoler beaucoup plus vite les malades et de couper les chaînes de transmission bien avant d'envisager la fermeture des classes. Le port du masque pourrait également atténuer les choses. Mais il ne s'agit pas de mettre la pression sur les

5-11 ans: c'est dans toutes les dimensions de la société qu'il y a des efforts à faire pour réduire la transmission et la circulation du virus, en appliquant les règles de port du masque, en acceptant le testing en cas de symptômes, et le tracing, en augmentant aussi la proportion de télétravail... En contrôlant, somme toute, la transmission dans toutes les situations où le virus se propage facilement. »

Frédérique SICCARD



Le Dr Christelle Meuris, infectiologue du CHU de Liège, et Isabelle Degand, administratrice déléguée ff. (Photo MH)



L'étude est visible ici : <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2784812>

# Quand la recherche avance par « essai-erreur »

Ce n'est pas une publication scientifique comme les autres. C'est une « étude négative », soit une recherche qui n'a pas abouti. Pourquoi alors la publier ? Parce qu'elle nous en apprend beaucoup sur la maladie asthmatique, peut-être plus que d'autres études « positives ». Entretien avec le Renaud Louis, chef du service de pneumologie du CHU de Liège

La recherche médicale, on la connaît généralement par ses succès, et non par ses échecs. Mais à côté des recherches fructueuses, il en est d'autres, innombrables, dont on n'entend jamais parler. Parce qu'elles n'ont pas donné les résultats escomptés. Reste alors une question : pourquoi ça n'a pas marché ? Le plus intéressant réside souvent dans la réponse à cette question. Si The New England Journal of Medicine, soit la revue de médecine la plus cotée au monde (IF 91,245), s'est intéressée à cette étude négative sur un traitement de l'asthme sévère, c'est précisément pour cette raison. Fruits d'une collaboration entre le CHU de Liège, l'ULiège, les universités de Hamilton (Canada), Leicester et Manchester (Grande-Bretagne), les résultats de cette étude viennent d'être publiés ce 28 octobre. Petite histoire d'un échec à succès.

## L'ENJEU : ÉVITER LES TRAITEMENTS PAR CORTISONE

Pour le Pr. Renaud Louis, chef du Service de Pneumologie-Allergologie du CHU de Liège et responsable de la partie belge de la recherche, « Il faut savoir que les traitements biologiques actuels (aussi appelés biothérapies) ciblent deux types d'asthme sévère. L'asthme dit « éosinophilique », caractérisé par une grande quantité d'éosinophiles dans le sang et dans les bronches, et l'asthme allergique sévère provoqué par des allergènes perannuels, c'est-à-dire présents toute l'année (comme les acariens de la poussière domestique, les animaux domestiques ou les moisissures, mais pas le pollen par exemple), caractérisé par une forte concentration d'IgE (anticorps de l'allergie) dans le sang. Pour ces deux types d'asthme sévère, des biothérapies efficaces existent, par anti-IgE et anti-interleukine-5 (de puissants anti-éosinophiles) ».

Cependant, nombre d'asthmatiques sévères ne rentrent dans aucune de ces deux catégories, « environ une petite moitié d'entre eux ne présentent ni éosinophilie,

## L'ASTHME SÉVÈRE

*Un asthme que l'on n'arrive pas à contrôler malgré un traitement combinant des corticoïdes inhalés à fortes doses et des bronchodilatateurs à longue durée d'action. 3,6% des asthmatiques sous traitement régulier sont atteints d'asthme sévère.*

ni taux d'IgE élevé. Ces patients sont alors traités par corticoïdes systémiques (Medrol) pour diminuer les crises ». Le problème est qu'à long terme, la cortisone provoque beaucoup d'effets secondaires : diabète, hypertension, ostéoporose, problèmes d'estomac... C'est pourquoi les recherches se poursuivent, pour mettre au point des biothérapies ciblées, adaptées à tous les types d'asthme.

## UN ÉCHEC INATTENDU

Ces dernières années, les recherches en biothérapies ont donné d'excellents résultats dans le traitement de certaines maladies à composante immunitaire, dont l'asthme. « Les biothérapies utilisent

des anticorps monoclonaux pour cibler une molécule du système immunitaire (les interleukines) et ainsi inhiber une réaction immunitaire excessive indésirable de l'organisme », celle qui provoque précisément les symptômes de la maladie. Le tout étant de trouver, pour chaque maladie, la bonne molécule à cibler. « Au commencement de notre recherche, nous pensions avoir trouvé la molécule cible qui permettrait de soigner tous les types d'asthme sévère : l'interleukine 23 (IL-23), qui a par ailleurs récemment fait ses preuves pour traiter d'autres maladies inflammatoires chroniques sévères telles que la maladie de Crohn ou le psoriasis ».

Ainsi le nouveau traitement anti IL-23 a-t-il été testé sur plus de 200 patients asthmatiques sévères. En théorie, il aurait dû favoriser la régulation de l'asthme. Mais surprise, « non seulement le traitement n'a pas été efficace, mais les symptômes des patients se sont même aggravés ! ». Ce qui a conduit la firme pharmaceutique promotrice à abandonner les études futures sur ce produit dans l'asthme sévère, laissant un goût de trop peu du côté des chercheurs : « Nous voulions comprendre pourquoi cela n'avait pas fonctionné. La firme a alors accepté de nous livrer les données cliniques, et nous avons décidé avec leur accord de publier les données et de poursuivre les analyses pour expliquer ces résultats ». Avec succès : les



RENAUD  
LOUIS

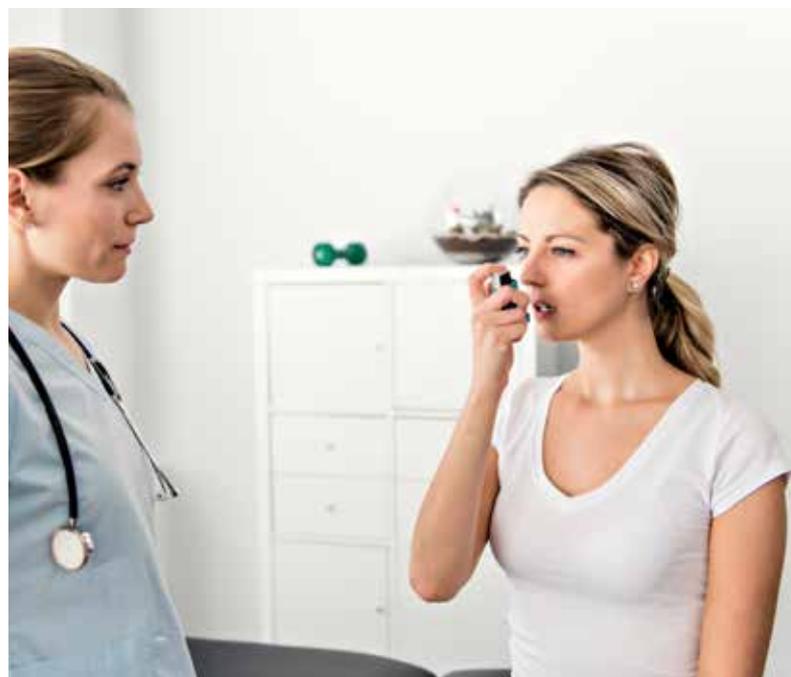
Chef du Service  
de pneumologie - allergologie

asthmologues sont parvenus à démontrer, grâce à des analyses d'expectorations, « que bloquer l'IL-23 réprime du même coup certains gènes de l'immunité, laissant la porte ouverte à des infections respiratoires légères, mais plus fréquentes, qui aggravent les symptômes d'asthme ».

## UN COUP DANS L'EAU ? PAS VRAIMENT !

Inattendus, les résultats de l'étude se sont révélés extrêmement instructifs à plusieurs égards, ce qui a éveillé l'intérêt du New England Journal of Medicine. « Ils permettent d'abord de mieux comprendre l'implication du système immunitaire dans l'asthme, et montrent que les mécanismes d'inflammation sont différents de ceux à l'œuvre dans la maladie de Crohn ou le psoriasis par exemple, ce qu'on ignorait. L'étude alerte aussi sur les dangers de certains médicaments immunologiques chez les asthmatiques, pouvant provoquer des effets indésirables. J'en ai eu récemment un exemple concret : un patient asthmatique léger, bien contrôlé depuis de nombreuses années par une petite dose de corticoïde inhalé et de bronchodilatateurs, a par la suite développé un psoriasis. Une fois traité pour son psoriasis par l'anti-IL23, son asthme s'est aggravé ! ».

Ces résultats négatifs contribueront aussi à orienter dans le bon sens les recherches futures sur les traitements de l'asthme : « Ils suggèrent qu'il vaut mieux délaisser les voies immunologiques centrées sur l'interleukine 23 ou l'interleukine 17 pour se concentrer sur d'autres cibles moléculaires et d'autres circuits immunitaires ». Plus généralement, l'étude du Pr. Louis et de ses collègues nous rappelle que la médecine progresse certes au fil de ses réussites, mais aussi de ses revers.



3,6 % des patients sous traitement sont atteints d'asthme sévère. (DR)

Les Lauréats 2021-2022 de la Fondation Léon Fredericq vous remercient du fond du cœur pour votre **générosité**

Médecins et chercheurs, ils se battent pour la vie !

Engagez-vous à leurs côtés. Faites un don à la Fondation Léon Fredericq.



**Pour tout don personnel de 40 € au moins, une attestation fiscale vous sera transmise.**

**Pour les dons réalisés en 2021, vous bénéficiez d'une réduction d'impôt de 45% du montant de votre don.**

**RE48 0018 3821 0927**  
COMMUNICATION : **DON**

**TELEVIE 02.12**

## Grand concert JF. Maljean

Jean-François Maljean donne un concert unique, au profit du Télévie, à Liège, en la salle académique de l'Université Place du XX Août à Liège, le jeudi 2 décembre 2021 à 20h. Maljean, Verviétois, a longtemps travaillé avec Pierre Rapsat auquel il rend hommage, soulignant ses grandes qualités de mélodiste. Le pianiste, qui fait un tabac en Chine, n'est plus souvent en concert dans son pays. Une occasion intéressante dans la salle Académique à l'excellente acoustique.

**Informations & Réservations**  
televie@uliege.be

**Tél.** 04 366 24 80  
0496 081 289

**ONCOCARE | BILAN**

# L'Eurégio Meuse-Rhin contre le cancer

**P**our permettre aux patients atteints d'un cancer de bénéficier des meilleurs soins, les Universités de l'Eurégio Meuse Rhin ont lancé en 2017 le projet Oncocare. Le Professeur et chef du service Hématologie au CHU de Liège, Yves Beguin, était à la manœuvre. C'est l'heure du bilan.

Combiner les forces de chacun, mettre en place un réseau de collaborations pour lutter plus efficacement encore contre le cancer: c'est l'idée de départ des différents partenaires transfrontaliers. Pour atteindre l'objectif, les centres d'oncologie (CHU de Liège, Maastricht University Medical Centre et RWTH Aachen, les Universités de Liège, de Maastricht et d'Aachen ainsi que la société Bridge2Health de Liège) optent pour trois angles d'attaque: une médecine centrée sur le patient, la qualité des soins et l'accès aux traitements innovants.

A chacun de ces axes, ils associent des points précis pour parvenir à leurs fins. Ce 23 novembre, les partenaires se retrouvent au CHU pour évaluer leurs actions.

## LE BILAN

Dans chacun des trois domaines, les avancées sont notables. Quelques exemples. Pour faciliter l'accès des patients à des traitements innovants (par exemple pour qu'un patient suivi à Maastricht puisse bénéficier d'un essai clinique à Liège), une plateforme commune d'essais cliniques est en cours de validation (au CHU). Sept itinéraires de soins en commun en fonction du diagnostic ont aussi été mis au point. Côté qualité des soins, un logiciel de gestion des greffes de cellules souches hématopoïétiques a été créé (par le CHU): il est en période de test.



L'Eurégio Meuse-Rhin se mobilise aussi. (DR)

La qualité des registres du cancer a par ailleurs été améliorée et des concertations multidisciplinaires à distance communes sont organisées de façon régulière. De leur côté, les hospitalisations à domicile ont connu une augmentation sensible en période de Covid (notamment pour éviter aux patients de se rendre dans les hôpitaux) et sont maintenant bien implantées.

Enfin une application sur la perception du traitement par les patients en est au stade de l'étude pilote. Et après? L'idée est maintenant d'effectuer, entre hôpitaux de l'Eurégio, des transferts de tous les outils, applications, plateformes, ... qui ont été créés pour instaurer un grand réseau de coopération. Oncocare s'achève. Vive Oncocare.

CN



Ministerium für Wirtschaft, Energie, Industrie, Mittelstand und Handwerk des Landes Nordrhein-Westfalen



Maastricht University



Maastricht UMC+



# Éco-Lucidité X Éco-Anxiété



PR. ALEXANDRE  
**HEEREN**  
Université catholique  
de Louvain

On les appelle les éco-anxieux ou les climato-déprimés. Les catastrophes climatiques de l'été dernier, en Belgique et ailleurs, et une Cop-26 en demi-teinte leur donnent-ils raison ? Entretien avec le Pr Alexandre Heeren (UC Louvain) sur une très jeune discipline : l'éco-psychologie

Incendies dantesques, vents violents, inondations, sécheresses : la Terre se réchauffe, les changements climatiques sont perceptibles et les prévisions des scientifiques, alarmistes, sont désormais relayées partout, entre presse et réseaux sociaux. S'inquiéter pour la planète, comme des milliers d'adolescents depuis 2018, n'est plus extravagant, ou « un délire réservé à une minorité d'écolo-bio-bobos », constate le Professeur Alexandre Heeren, chercheur qualifié FNRS et directeur d'un laboratoire de recherches sur le stress et l'anxiété à l'UCLouvain. Mais s'inquiéter pour la planète est aussi angoissant, au point de donner naissance à une forme de déprime associée à la perception de cette crise environnementale sans précédent : l'éco-anxiété.

Selon Alice Desbiolles, auteure de « Éco-anxiété. Vivre sereinement dans un monde abîmé\* », l'éco-anxiété se définit comme « sensibilité générée par une perception des désordres environnementaux et leurs conséquences sur les sociétés humaines ». Elle est la « perception d'un avenir compromis, d'un monde en péril ». Pour d'autres, elle est « le symbole d'un esprit rationnel et inquiet face à l'inaction de la société en dépit des dramatiques constats des scientifiques ». Elle se manifeste généralement par des troubles psychosomatiques, émotionnels ou existentiels, génère crises d'anxiété ou état dépressif.

« L'éco-anxiété a des effets positifs mais pas pour 15 % des éco-anxieux pour qui c'est l'angoisse qui prédomine »

« Mon domaine d'expertise relève davantage de l'anxiété que de l'environnement. J'étudie son rôle -bénéfique- dans la survie et l'adaptation de notre espèce, et les pathologies qui y sont liées », relève le Pr Heeren. « Mais, récemment, mon équipe et moi nous sommes penchés sur l'éco-anxiété dans les pays francophones, en Europe et en Afrique. »

## DANS LA PLUPART DES CAS, L'ÉCO-ANXIÉTÉ EST BÉNÉFIQUE

Premier constat : « Le niveau varie peu selon les pays et le niveau d'éducation, contrairement à ce qu'on peut parfois lire sur Internet. De la Suisse à la Belgique en passant par le Gabon ou le Maroc, la perception est la même. Les femmes, cependant, semblent plus touchées que les hommes. »

Deuxième constat : « Dans la plupart des cas, l'éco-anxiété est bénéfique, ainsi que je l'avais supposé. L'anxiété est d'abord une émotion, qui permet de s'adapter rapidement à l'environnement ou à une situation donnée. Le mot vient d'ailleurs du latin emovere, qui signifie mettre en mouvement. Associé à l'environnement, elle agit comme un moteur et permet à



La COP 26 n'a pas rassuré les éco-anxieux. (DR)

la plupart des gens de se mettre en action, d'améliorer leur comportement par rapport à l'environnement : opter davantage pour le vélo, mieux trier ses déchets, rejoindre une association, etc. Mais, pour 10 à 15% de la population, elle a des conséquences d'ordre fonctionnel et n'est plus bénéfique : les personnes se réveillent la nuit, pleurent au milieu de la journée, sont incapables de profiter d'interactions sociales sans penser à cette source d'angoisse. »

## COMMENT LA SOIGNER ?

« Le seul moyen de faire disparaître l'éco-anxiété serait que ses causes disparaissent », assène Alice Desbiolles. Qui relève toutefois quelques solutions simples pour atténuer cet état de détresse, en attendant des réponses concrètes aux enjeux climatiques :

Le lâcher prise, « sans renoncer » : se déconnecter des informations anxiogènes, sans toutefois renoncer à une certaine forme d'engagement dans son quotidien. La reconnexion avec la nature, mais

aussi avec soi-même et le reste du vivant : une façon de « garder espoir, tout en maintenant sa santé physique et mentale », et de (re)trouver sa juste place.

Éviter d'hyper-anticiper, ou de « s'hyper-culpabiliser », c'est-à-dire endosser la responsabilité de ce sur quoi on ne peut pas agir en tant qu'individu.

« L'éco-psychologie est jeune, elle émerge seulement en Europe. Ailleurs, en Australie notamment, où l'éco-anxiété est connue depuis les années 2000, on avance un peu plus vite », relève pour sa part Alexandre Heeren. « On peut présumer que la situation ne va pas aller en s'améliorant, sauf changement sociétal drastique. Mais on sait que l'humain n'est pas bon en changement quand on le lui impose, on l'a vu avec le Covid. Peut-être faudrait-il travailler l'éco-lucidité dès les primaires, expliquer la situation et l'avenir, mettre des mots, quitte à susciter un peu d'anxiété... qui permettrait de se mettre en mouvement ? »

\*Fayard, 2020

Frédérique SICCARD

## L'ANXIÉTÉ DES SINISTRÉS

# Se confronter à la réalité



MIREILLE  
**MONVILLE**  
Psychologue  
Chef du Service  
Valorisation de l'Humanisation

résume Mireille Monville, Psychologue, Chef du Service Valorisation de l'Humanisation, Maître de conférence ULG, CPLUlg (Unité de psycho-traumatismes et psychologie légale).

D'autres n'ont pas eu l'occasion de mettre ce vécu à distance. Parce qu'ils vivent à l'étage de leur maison inondées, voient les champignons sur les murs, sentent l'humidité et les odeurs de mazout, connaissent des problèmes de bronches. Alors même, relève Mireille Monville, « que le reste de la population commence à oublier. Il est difficile de savoir que l'on sombre dans l'esprit des autres, quand on est soi-même encore en train de lutter. »

L'anxiété des sinistrés de juillet est née, elle, d'une confrontation directe, et violente, avec les flots déchaînés. « Certains souffrent de stress post-traumatique. Chez d'autres, les conséquences traumatiques des inondations ont été comme gelées : ces personnes étaient dans le faire, dans l'immédiat, la nécessité de nettoyer, vider, agir... Aujourd'hui, elles sont dans l'attente, assujetties aux autres : aux ouvriers qui tardent, faute de place dans l'agenda, aux assureurs, aux services communaux. Alors les événements reviennent les hanter, elles développent une hypervigilance par rapport à la pluie, au vent, à ces éléments sur lesquels elles n'ont aucune prise »,

Établir un lien causal avec le réchauffement climatique, « avec ce que les dirigeants du monde décident de faire, ou non, pour enrayer la situation » peut, dans ce cas précis, apporter une forme d'apaisement : « Ce n'est pas rassurant, mais cela fait sens, c'est psychiquement structurant, explique la psychologue. « En se confrontant à cette réalité climatique, on peut se demander "Où suis-je en sécurité ? Que puis-je faire pour changer les choses, pour avancer ?". Tenir compte de la réalité dans le quotidien, sans devenir dogmatique, reste le meilleur remède. »

F.Si.

# Protégeons nos artères !

On l'ignore souvent mais un diabète non soigné ou déséquilibré peut engendrer des complications vasculaires. D'où la campagne « Protégeons nos artères » lancée par l'Association du Diabète à l'occasion de la Journée mondiale. Les explications du Pr Régis Radermecker



REGIS  
RADERMECKER

chef du service  
de diabétologie  
du CHU de Liège

*Le diabète n'est pas une maladie unique mais un ensemble de maladies dont les causes sont différentes.*



Le diabète n'est pas une maladie unique mais un ensemble de maladies dont les causes sont différentes. On distingue le diabète de type 1 – où le pancréas ne produit plus d'insuline – du diabète de type 2 qui se caractérise par une diminution de la sensibilité des cellules à l'action de l'insuline et une hyperinsulinémie réactionnelle (le pancréas, pour maintenir un état de glycémie normal, produit davantage d'insuline mais finit par s'épuiser après une évolution plus ou moins longue). Ces deux types de diabète ont néanmoins en commun de se manifester par une hyperglycémie chronique pouvant déboucher sur des complications sévères.

## DE LA TÊTE AUX PIEDS

« La persistance d'un taux élevé de glucose dans le sang abîme la paroi des vaisseaux. Tant l'ancienneté du diabète que son éventuel mauvais équilibre augmentent le risque de complications, précise le Pr Régis Radermecker, chef du service de diabétologie du CHU de Liège et Secrétaire Général de l'Association du Diabète. Même s'il existe des mécanismes communs, il reste encore pas mal d'inconnues à élucider quant aux différents processus amenant l'altération parfois irréversible. Cependant, tous ces mécanismes ont un point commun: ils agressent leurs parois, l'endothélium. Le fonctionnement des vaisseaux s'altère, et ils deviennent moins performants ».

On distingue les complications microvasculaires, touchant les petits vaisseaux

et les complications macrovasculaires qui affectent les gros vaisseaux. Avec le temps, le diabète peut endommager le cœur et le système cardiovasculaire, les yeux, les reins et les nerfs,...

Le problème du diabète est qu'au moins une personne diabétique sur trois n'est pas consciente qu'elle en souffre

- Les personnes diabétiques présentent un risque plus élevé de développer de l'athérosclérose, ces plaques de graisses qui viennent obstruer les artères.

- Le diabète accroît le risque d'accident vasculaire cérébral (AVC). Ces accidents sont provoqués par l'occlusion d'une artère du cerveau ou conduisant au cerveau, ou par la rupture d'un vaisseau sanguin dans le cerveau.

- La neuropathie: la glycémie élevée attaquant les vaisseaux sanguins, il se peut que les artères des jambes n'irriguent

plus correctement les pieds, ce qui rend difficile la cicatrisation des blessures, plaies, ... Les blessures mettront donc plus de temps à guérir et seront davantage exposées à des infections...

- L'excès prolongé de sucre dans le sang abîme également les nerfs, provoquant une absence de sensibilité à la douleur. La neuropathie peut aussi toucher d'autres systèmes comme le système digestif ou cardiovasculaire

- Les troubles oculaires: cette complication du diabète se manifeste par des lésions des petits vaisseaux qui irriguent la rétine. La rétinopathie peut, dans les cas plus sévères, altérer la vision de manière importante

- La néphropathie: les petits vaisseaux capillaires des reins peuvent être altérés par le diabète, après plusieurs années d'évolution, particulièrement si celui-ci a été mal équilibré.

## LIMITER LE RISQUE

« Le problème du diabète est qu'au moins une personne diabétique sur trois n'est pas consciente qu'il ou elle souffre de cette pathologie » reprend le Pr Radermecker. Un diabète mal contrôlé ou mal équilibré peut donc causer de sérieux dommages sur la santé et altérer significativement la qualité de vie des personnes qui en sont

atteintes. « Tout un volet de la campagne consiste à prévenir et à sensibiliser les patients au dépistage précoce. Cela permet de retarder des complications qui peuvent être dévastatrices ».

Un autre axe important est de conscientiser sur les facteurs de risque: l'excès de cholestérol, le tabagisme, l'hypertension ou encore la sédentarité. « S'ils sont présents, ces facteurs peuvent aggraver la situation, précise en encore le Pr Radermecker. Actuellement, nous disposons d'outils pour dépister les complications mais aussi, dans de nombreux cas, d'outils thérapeutiques pour y répondre et retarder leur évolution ». Le maintien de la glycémie, de la pression artérielle et du cholestérol à des niveaux normaux ou proches de la normale peuvent donc aider à retarder ou à prévenir les complications. Par conséquent, les personnes atteintes de diabète ont besoin d'un suivi régulier: fond d'œil, bilan sanguin et urinaire, bilan cardiologique doivent en effet permettre à la personne diabétique de préserver son capital santé tout en ne laissant pas la maladie gagner du terrain.

Pour en savoir plus sur la campagne de l'Association du Diabète :

[www.protegeons-nosarteres.be](http://www.protegeons-nosarteres.be)

## 9<sup>e</sup> COLLOQUE INTERNATIONAL DE SPORTS2 : LE HANDISPORT À L'HONNEUR !

Au lendemain des Jeux Paralympiques de Tokyo où nos parathlètes ont brillé en ramenant 15 médailles à la Belgique, SportS2 a consacré son 9<sup>e</sup> colloque international à la thématique du handisport.



Pr. BÉNÉDICTE FORTHOMME

Responsable Kinésithérapie du sport, thérapie manuelle et ostéopathie

Tenu le 23 octobre dernier dans les grands amphithéâtres du Sart Tilman avec le soutien de la Ligue Handisport Francophone (LHF), le colloque de SportS2 (7) a abordé différentes thématiques telles que les caractéristiques du handisport et les critères de son développement au sein de la société, les différentes pathologies en cause et la prévention, ou encore les spécificités du handball en fauteuil. L'événement s'est clôturé autour d'une table ronde réunissant des personnalités du parathlétisme belge dont Roger Habsch, médaillé de bronze en sprint aux Paralympiques, la para-nageuse de 16 ans Tatyana Lebrun ou encore Louis Toussaint, récemment reconverti du handi-aviron au handbike à cause d'une blessure à l'épaule.

« Les médias s'intéressent de plus en plus au handisport mais il reste encore peu connu du grand public et des professionnels de la santé physique. C'est pourquoi nous avons voulu lui dédier un colloque, en rassemblant des chercheurs, des professionnels de la santé mais aussi des handisportifs de haut niveau », explique le Pr. Bénédicte Forthomme, kinésithérapeute en chef à SportS2 et professeur à l'Université de Liège. L'événement a atteint la jauge maximale de 200 personnes sur place (liée aux contraintes sanitaires), « mais les enregistrements du colloque sont également retransmis sur une plateforme virtuelle pour toucher un public plus large. Par ailleurs, les fonds récoltés via la Fondation Léon Fredericq permettront de financer une recherche de thèse sur la course à pied, menée par Guillaume Abran ». L'essentiel est que la multiplication de telles initiatives participe à visibiliser la pratique du handisport, encore totalement méconnue il y a quelques années. Un bon signe : « les Jeux Paralympiques sont désormais retransmis en direct à la télévision, au même titre que les J.O. ! »

Jen D.

Contact :  
bforthomme@chuliege.be  
04 284 38 40

# Le handball en chaise bientôt aux Jeux Paralympiques ?

Pour la toute première fois sur le sol belge, dix équipes internationales de handball en fauteuil sont venues s'affronter en tournoi, le dernier week-end d'octobre à Spa. Sous l'égide de l'asbl Cap2Sports avec le soutien de l'ADEPS, l'événement pourrait bien aider à propulser la discipline aux Paralympiques.

Dix équipes venues d'Allemagne, de Belgique, de France, des Pays-Bas et même de Norvège ont disputé un premier tournoi historique en Belgique de handball en chaise, les 30 et 31 octobre derniers à Spa. Une prouesse en soi, d'autant que la première équipe belge a été constituée il y a seulement trois ans, grâce à un partenariat entre Cap2Sports et l'Union Beynoise. L'organisation de ce tournoi, on la doit entièrement à l'asbl Cap2Sports et à ses bénévoles : « L'idée a germé il y a quatre ans grâce à Pierre Pigoury, notre entraîneur-kiné. Depuis, notre asbl a fait le travail d'une vraie fédération sportive », se félicite Christian Pirard, fondateur de Cap2Sport et kinésithérapeute en neurologie au CHU d'Esneux.

Le plus grand défi a été « de trouver une structure capable d'accueillir 100 personnes à mobilité réduite, avec deux terrains de handball. Aucune structure de ce type n'existe en Fédération Wallonie-Bruxelles ! ». Finalement, c'est grâce à un partenariat entre le centre ADEPS spadois La Fraigneuse, bien adapté au handball en chaise, et le centre de convalescence de Nivezé tout proche avec ses 99 lits entièrement accessibles aux PMR, que l'événement a pu voir le jour.

## À QUAND LES PARALYMPIQUES ?

Cette première édition du tournoi devrait en amener d'autres, et pérenniser la collaboration entre les deux structures : « Si tout va bien, on organise un deuxième tournoi l'an prochain, d'autant qu'il y a une vraie demande de la part des équipes pour revenir ! », se réjouit Christian Pirard. Il faut dire que cette édition « à la belge » n'était pas un tournoi comme les autres :

« À l'étranger, les sportifs se déplacent juste pour les matchs, puis chacun rentre chez soi. Ici l'événement était plus convivial et festif : ensemble tout le week-end, avec bal et piano bar le soir ! On a même eu droit à un duel de danse en chaise sur la piste ! ».

À présent, le handball en chaise est à deux doigts d'intégrer les Paralympiques. « Parmi les critères pour qu'une discipline devienne paralympique, il faut que 24 nations mondiales organisent des championnats. Il y en avait déjà 22, et avec la Belgique il n'en manque plus qu'une ! ». Détail aussi amusant qu'encourageant : « Le dimanche nos deux équipes finalistes ont eu un contrôle antidopage. On a d'abord cru que c'était une blague. Mais c'est une bonne nouvelle, car le contrôle antidopage est une condition indispensable pour grimper aux Paralympiques ! »

Jen D.

Contact :  
cpirard@chuliege.be  
0496/75 66 04

## KAPLAB REÇOIT LE PRIX DE L'INNOVATION

KapLab vient de remporter le concours Innovation Handicap de la Société Française de Médecine physique et de Réadaptation (SOFMER). Décerné lors du 36<sup>e</sup> congrès de la SOFMER à Lille le 14 octobre dernier, le prix récompense un de leurs derniers projets : un kit d'aide technique au sondage urinaire, développé en co-création avec les patients et le personnel de soins du CHU d'Esneux.

KapLab est le Laboratoire d'innovation en rééducation du CHU de Liège. Sa mission : faciliter le quotidien des personnes handicapées en fabriquant des objets adaptés sur mesure.

Contact :  
david.servais@chuliege.be  
04 380 91 50



Le hand en chaise : un tournoi international d'importance à Spa. (Photo Johan DESSART)

# Quels sont les droits du patient mineur ?



UN PATIENT



CAROLINE  
DOPPAGE  
Médiatrice

**A** l'occasion de la Journée mondiale de l'Enfance, le 20 novembre, et de l'anniversaire de la déclaration des Droits de l'Enfant.

## SITUATION :

**demande officielle d'un rendez-vous en médiation, formulé par le papa d'un jeune homme de 17 ans, suite à un échange téléphonique préalable à propos des faits :**

Bonjour Madame Doppagne,  
Je vous envoie ce mail car je voudrais vous faire part d'un problème que nous avons rencontré concernant la prise en charge de notre fils de 17 ans, ce jeudi 15 mars. Je prends la parole pour lui.

Lorsque je suis sorti des urgences ce jour-là, nous étions choqués et insatisfaits de la façon dont il a été pris en charge. Ma nuit suivante, notre fils a dû à nouveau être admis et il fut cette fois bien pris en charge. Mais il a fait une septicémie. La situation est très grave. J'ai rédigé un compte-rendu des faits que je souhaiterais vous apporter. En annexe, vous trouverez son mandat. En effet, même s'il est mineur, il est en parfaite capacité d'être associé à ses droits de patients\*.

Bien à vous,

### \* E-mail du patient :

Madame la Médiatrice,  
Par ce mail, vu que je suis toujours hospitalisé, je souhaite que mon père (nom et prénom) soit la personne de contact pour la gestion de mon dossier de médiation. J'ai également lu le compte-rendu relatif à ma prise en charge aux urgences et je l'estime conforme à ce qui s'est passé.

Je vous remercie de l'attention que vous portez à cette situation.

La Journée mondiale de l'enfance a été créée en 1954 et est célébrée chaque année le 20 novembre afin de promouvoir le respect et les droits des enfants. Le 20 novembre marque le jour de l'adoption en 1959 par l'Assemblée de la Déclaration des droits de l'enfant, et de la Convention relative aux droits de l'enfant, signée en 1989.

Depuis 1990, la Journée mondiale de l'enfance marque également l'anniversaire de l'adoption de la Déclaration et de la Convention relative aux droits de l'enfant.

Cette journée est dès lors l'occasion de vous présenter les droits du mineur au travers de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, de telle sorte qu'il est impliqué lorsqu'il se trouve dans une relation de soins de santé. En effet, cette loi prend en compte la capacité de discernement du patient mineur pour déterminer s'il est apte ou non à exercer seul ses droits de patient. Si le praticien professionnel juge le mineur apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé, il peut alors exercer ses droits de patient de manière autonome.

L'article 12 prévoit deux hypothèses pour les patients mineurs basées sur l'aptitude du mineur à apprécier ses intérêts relatifs à sa santé :

1. Le mineur est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé : dans ce cas de figure, le mineur exerce ses droits de patient personnellement et de manière autonome (art.12 §2).
2. Le mineur n'est pas jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé : dans ce cas de figure, les droits fixés par la loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur (art.12 §1).

Dans le cas repris ci-dessus, le patient de 17 ans a désigné lui-même son papa comme représentant de ses droits. D'un point de vue médical, il est considéré comme capable d'exercer ses droits, mais suite à sa fatigue et son hospitalisation au moment du dépôt de plainte, il a préféré confier la gestion du dossier de médiation à son représentant légal.

Pour les situations où le patient mineur n'est pas en mesure d'être associé à l'exercice de ses droits, l'article 15 § 2 de la loi relative aux droits du patient précise que le praticien professionnel peut, dans l'intérêt de celui-ci et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, déroger à la décision prise par les parents ou le tuteur du patient mineur. Le législateur a ainsi souhaité encadrer la représentation du patient mineur qui doit se fonder, dans toute la mesure du possible, sur la volonté de ce dernier et, à tout le moins, sur son plus grand intérêt.

## SITUATION :

**extrait de la lettre d'une maman au sujet des conditions d'hospitalisation de sa fille majeure, extrait :**

Madame,  
Je vous envoie ma plainte concernant l'hospitalisation de ma fille (29 ans et 3 mois) dans le service X, chambre 1, du 10 au 20 avril. Cette plainte concerne le fait que ma fille a dû, durant 5 nuits, dormir dans le salon commun du service à cause de sa voisine de chambre qui ronflait de manière continue. Cela peut paraître anodin mais la situation était telle qu'un infirmier est venu lui demander d'arrêter de ronfler car on l'entendait jusque dans le bureau (...) Par la présente, je refuse donc de payer

les jours et nuits pendant lesquels ma fille n'a pas pu avoir accès à sa chambre. Etant majeure, elle me mandate pour la gestion de son dossier. Vous trouverez son mandat officiel en annexe\*.

Dans l'attente de votre réponse, que j'espère favorable, recevez Madame, mes sincères salutations.

### \* Mandat de la patiente :

Madame, par la présente, je mandate Mme Z, ma maman, pour la gestion de la plainte relative à mon hospitalisation dans le service X. Les informations relatives à ma santé peuvent lui être communiquées ainsi que le résultat de vos investigations. Merci.

Dans le cadre des dossiers de médiation, il n'est pas rare que les parents interviennent pour leurs enfants, même si ceux-ci ont dépassé la majorité de plusieurs années.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient sous-tend le droit à l'autodétermination de chacun d'entre nous de disposer librement de son corps et, par voie de conséquence, de sa santé. C'est dans ce contexte que la Médiatrice n'entamera ses démarches qu'en étant certaine que le patient majeur est correctement associé à la démarche de plainte et la gestion de celle-ci, qui lui est confiée. En pratique, cela ne pose jamais de problème, un mandat est transmis à la Médiatrice, et les démarches de médiation peuvent être entreprises, dans le respect des droits de chacun.

# Un comité de patients, c'est utile ?

## Réflexions sur l'évolution progressive de la **relation soignant-patient**



En 1789, dans son « traité élémentaire de chimie », Antoine Lavoisier écrit : « Rien ne se perd. Rien ne se crée. Tout se transforme ». Trop souvent, nous répétons cette maxime en omettant de nous interroger quant à sa signification.



C'est pourtant ainsi que notre statut de patient en hospitalisation ou en soins ambulatoires est devenu le produit de la « transformation » de la relation du patient au soignant et vice-versa. Il serait donc erroné de faire référence à la « création » d'un Comité de patient alors que notre institution actuelle a vu le jour à la suite d'une « transformation » de la relation entre patients et soignants dans le sens d'une alliance ou d'une co-construction thérapeutique.

### PAS UNE « CRÉATION » MAIS UNE « TRANSFORMATION »

Notre réflexion de ce mois sera initiée par cette référence au contexte historique de tout phénomène de société. Pendant de nombreuses années, la relation entre les patients et le système libéral ou institutionnel de santé a été déséquilibrée. D'un côté, le patient profane ne maîtrise rien ou pas grand-chose dans le cadre médical. D'un autre, le professionnel de santé qui dispose de la connaissance et de l'information est susceptible d'imposer ses réponses aux questions que se pose le patient. Cet article vise donc à mettre en évidence l'évolution progressive de la relation soignant-patient.

Jusqu'au XVIII<sup>e</sup> siècle, la médecine reste en général fondée sur le projet hippocratique de la crise de santé sur laquelle le médecin doit formuler tant un diagnostic qu'un pronostic lié à une technologie de guérison. À partir du XIX<sup>e</sup> siècle se met en place une médecine scientifique

dans la mesure où elle s'articule sur les principes de base de la médecine expérimentale (1858 - 1877) de Claude Bernard à Paris (où Léon Fredericq a été en post-formation). Ces principes sont élaborés puis appliqués selon le souci non seulement d'observation mais aussi d'expérimentation, de mesure et de théorisation. En biomédecine, il s'agit d'inventer des outils qui permettent de cerner la maladie avant son expression clinique. La santé apparaît donc comme une correction des déviations du fonctionnement de l'organisme du patient. La médecine remet ainsi en cause sa propre évaluation du normal et du pathologique.

La relation médecin-patient au sein de laquelle le médecin était responsable de la démarche de soins est définie comme « asymétrique » selon Talcott Parsons en 1951. En 1984, Eliot Freidson a remis en question ce rôle « passif » du patient en mettant en avant l'intérêt de sa participation au sein de la relation thérapeutique.

La France (loi Kouchner du 4 mars 2002) a légiféré quant au rôle et aux droits des patients dans leur parcours de soins. Définis légalement comme acteurs du système de soins, les patients participent activement à la co-construction thérapeutique avec les équipes médicales et paramédicales grâce à une information éclairée et loyale que leur permet l'accès à leur dossier médical.

En Belgique, on décide ... de ne pas décider. Et, comme on le dit en Basse Meuse,

« Lès k'voyeus rawårdèt ».

Néanmoins, avec cette nouvelle législation française, l'expérience du patient est prise en compte et encourage ce dernier à participer à la décision médicale en se voyant reconnaître un droit à l'information. Logiquement, cette information mena la relation soignant-soigné vers une meilleure adhésion du patient à son traitement. C'est également en 2002 que, plus généralement, la loi belge sur le Droit du Patient viendra concrétiser cette perception de son statut. De façon générale, les soignants ne seront plus les seuls experts de la santé en général. Au départ du vécu d'une pathologie chronique, le patient peut devenir patient-expert pour lui-même mais aussi patient-ressource pour les autres.

### OCTOBRE 2015, PREMIÈRE BELGE : LE COMITÉ DE PATIENTS DU CHU DE LIÈGE

Le 4 octobre 2015, à l'initiative de la Direction Médicale du CHU, sera installé le Comité des Patients du CHU.

Composé de 15 membres-patients, encadré de 4 représentants associatifs et de représentants institutionnels médicaux, paramédicaux et psychosociaux, le CP-CHU est coordonné par le service de médiation de l'hôpital. Son rapport annuel d'activités est présenté à l'administrateur-délégué.

L'ADN du CP tiendra toujours dans la rencontre singulière et imprévisible qui se construit autour d'un symptôme, d'une maladie et de la parole.

Trois axes d'action et de réflexion sont indispensables :

- **Axe 1** : Aller vers les autres patients
- **Axe 2** : Entrer en relation avec le personnel de soins
- **Axe 3** : Entrer en relation avec l'institution

Tenant compte du cadre confinant à l'intimité du patient, toutes les règles de déontologie communément admises se trouvent évidemment être de rigueur. Ainsi n'est-il nul besoin de posséder une quelconque certification académique pour participer aux objectifs d'un CP. Par contre, les tâches qui attendent les membres d'un CP sont essentiellement liées à la réflexion franche et honnête de chacun confronté à une situation relationnelle patient-soignant. Nonobstant cette attitude naturelle, il pourra néanmoins s'avérer opportun de participer au titre de consultant (patient-partenaire) dans le cadre d'un certain nombre d'activités impliquant le personnel soignant désireux de s'initier à cette nouvelle vision de la relation soignant-patient (Patient Safety Officer – Éducation Thérapeutique du Patient – etc. ...)

Si ce type d'engagement vous parle, merci de proposer votre candidature auprès du service de médiation du CHU en adressant votre demande à l'adresse-mail de Madame DOPPAGNE, responsable du CP-CHU (comitedepatients@chuliege.be)



**Chez Ethias, 1 million de clients nous font déjà  
confiance pour leur assurance hospitalisation.  
Et vous ?**



Appelez-nous au **04 220 30 30**  
ou rendez-vous sur **ethias.be**

**ethias**  
sourire assuré