

PR. M. MOUTSCHEN: « LA VACCINATION A LARGEMENT CONTRIBUÉ À RÉDUIRE LA MORTALITÉ ET LES CAS GRAVES »



Votre santé nous tient à cœur

Le patient

Le magazine de votre hôpital universitaire | Mensuel N°61 | FÉVRIER 2022

ADDICTION | COMPORTEMENT

PP. 06-07



QUELLE
CONSOMMATION
D'ALCOOL?
FAITES LE TEST!

C'EST BON POUR LA SANTÉ

PP. 02-03



La vitamine D
essentielle pour notre santé

CHIRURGIE ET VACCINATION

PP. 04-05



Transplantations et
COVID-19 ne font pas
bon ménage

DIMANCHE 27 MARS 2022 - Forum de Liège à 20h00

En soutien à la Fondation Léon Fredericq et aux oeuvres de la WIZO Liège

CRISTINA REALI

SIMONE VEIL « les
combats
d'une
effrontée »

Infos: www.fondationleonfredericq.be

Réservations: Quentin BONIVER - 04 366 24 06 - quentin.boniver@chuliege.be

« Tournée générale de lumière »

Encore discret, il commence à poindre. Ces derniers jours nous sommes nombreux à avoir tenté de capter un petit rayon, comme l'espoir d'un printemps qui s'annonce après une période de grisaille qui nous semble toujours tirer en longueur. C'est le retour du soleil, plus précisément de la lumière du jour dont on connaît le rôle dans la synthèse de la vitamine D. Dans ce numéro, le Docteur Florence Libon nous expose les multiples facettes bénéfiques de cette vitamine et l'intérêt de sa supplémentation.

Le mois de février est aussi traditionnellement consacré à la Tournée Minérale. Que vous en buviez « juste un de temps en temps », que vous consommiez des breuvages de manière régulière et assumée ou encore que vous soyez un consommateur qui s'ignore, février est surtout l'occasion de s'interroger un instant sur son rapport à l'alcool. Vous trouverez dans les pages qui suivent de précieuses informations, ainsi qu'un test sur vos propres habitudes de consommation, pour que « boire un verre » reste toujours un plaisir choisi.

Ce numéro revient aussi sur les dernières actualités en matière de vaccination : pourquoi le vaccin est-il si important chez les patients en attente de transplantation, faut-il se faire vacciner si on a de bons anticorps, que penser des nouveaux variants sont quelques-unes des thématiques abordées avec le Pr. Olivier Detry, le Dr Laurent Weekers et le Pr. Michel Moutschen.

Enfin, alors que les mesures sanitaires nous promettent peu à peu de nouvelles perspectives, que la Culture reprend sa place, nous vous proposons un bain musical, à température ambiante avec Marco Martiniello et Alessandro Mazzola ; ils nous rappellent que si la musique est appréciée différemment par chacun, elle a le mérite de ne jamais laisser indifférent.

LA RÉDACTION

LE MOT [WALLON]

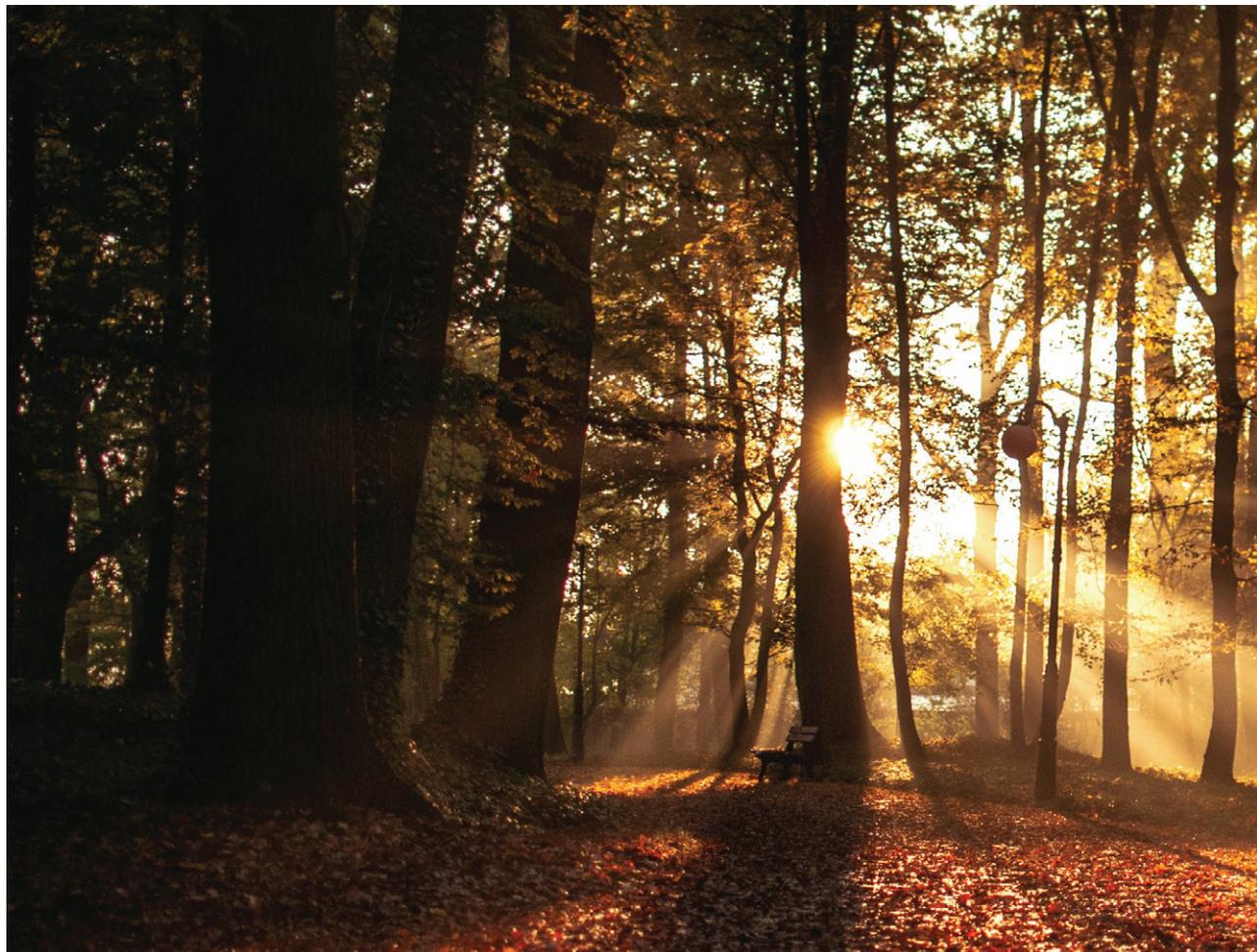
« On veû todi cwand dji so pin, on n'veû mây xwand dj'a seû ! »

On voit toujours quand je suis saoul, on ne voit jamais quand j'ai soif !

Si de tout temps, on dit que « l'alcool conserve », il est bon de rappeler que pour fonctionner au mieux, le corps a principalement besoin... d'eau.

Éditeur responsable | Sudinfo - Pierre Leerschoot
Rue de Coquelet, 134 - 5000 Namur
Rédaction | Jenifer Devresse, Caroline Doppagne,
Jacques Glaude, Charles Neuforge, Frédérique Siccard
Coordination | Delphine Gilman, Vincent Liévin,
Rosaria Crapanzano, Martin Leemans
Photographies | CHU de Liège, Michel Houet
Mise en page | Creative Studio
Impression | Rossel Printing

La vitamine **D**



Surtout connue pour ses bénéfices sur la santé osseuse et le système immunitaire, la vitamine D, ou calciférol, a un rôle important sur notre santé. Dans la prévention du rachitisme chez l'enfant ainsi que de l'ostéoporose chez l'adulte, il n'est plus à démontrer. Ces dernières années, de nombreux effets extra-osseux lui ont été attribués. Qu'en est-il ? Décodage avec le Docteur Florence Libon, dermatologue et chef de clinique au CHU de Liège.

« Nos apports en vitamine D proviennent pour 90% de la synthèse cutanée, les 10% restants trouvent leur source dans l'alimentation », précise le Docteur Libon. Sa synthèse est directement liée à l'exposition aux rayons du soleil (UVB). Certaines périodes de l'année et certaines latitudes, de par leur faible taux d'ensoleillement, sont donc propices aux carences en cette vitamine. C'est le cas la majeure partie de l'année en Belgique.



FLORENCE
LIBON
Dermatologue
et chef de clinique

A l'occasion de sa thèse de doctorat, encadrée par le Professeur Nikkels, Chef du Service de Dermatologie au CHU de Liège, et le Professeur Cavalier, chef du Laboratoire de chimie clinique au CHU de Liège, elle a pu approfondir la physiologie et la synthèse de la vitamine D. « Nous nous sommes intéressés à différents facteurs pouvant influencer la synthèse de la vitamine D, comme la pigmentation cutanée, la surface cutanée et les sites exposés aux UVB, ou encore l'application des crèmes solaires. Nous avons également étudié le potentiel effet photoprotecteur de cette vitamine. »

UN RÔLE PRÉVENTIF

La vitamine D joue de nombreux rôles dans l'organisme, à commencer par l'assimilation et la fixation du calcium dans les os : « Les plus anciens se souviennent du goût de l'huile de foie de morue, que l'on administrait à la cuillère pour éviter le rachitisme chez

Nos apports en vitamine D proviennent pour 90% de la synthèse cutanée, les 10% restants trouvent leur source dans l'alimentation

multitalent



bête de type 1, la sclérose en plaques, la polyarthrite rhumatoïde ou d'autres pathologies comme la dépression, la perte des fonctions cognitives et intellectuelles, et certains cancers. « Des études observationnelles montrent un lien entre la carence en vitamine D et l'incidence des cancers colo-rectaux, du sein ou de la prostate, notamment. Mais il est encore tôt pour établir le lien de façon directe : ici, on parle d'association et non de causalité. Il faudrait des essais d'intervention contrôlés, à grande échelle, pour le démontrer formellement », nuance le Docteur Libon.

CECI N'EST PAS UNE VITAMINE

Liposoluble, la vitamine D est présente dans deux types d'aliments. On trouve la vitamine D2, l'ergocalciférol, dans des aliments d'origine végétale. La vitamine D3, le cholécalciférol, provient d'aliments d'origine animale comme les poissons gras (tels que le hareng, le saumon et le maquereau), ou est synthétisée par l'homme après exposition aux UVB. Une fois ingérée, ou synthétisée, la vitamine D est transportée jusqu'au foie où elle sera hydroxylée en calcidiol. Le rein transforme ensuite le calcidiol en calcitriol, forme active de la vitamine D. « Et cette vitamine est, en fait... une hormone, et non une vitamine », précise Florence Libon. « Elle contrôle l'expression d'environ 200 gènes, et de nombreux tissus en possèdent le récepteur ! Enfin, notre corps est, on l'a vu, capable de la synthétiser lui-même, ce qui n'est pas le cas des vitamines. »

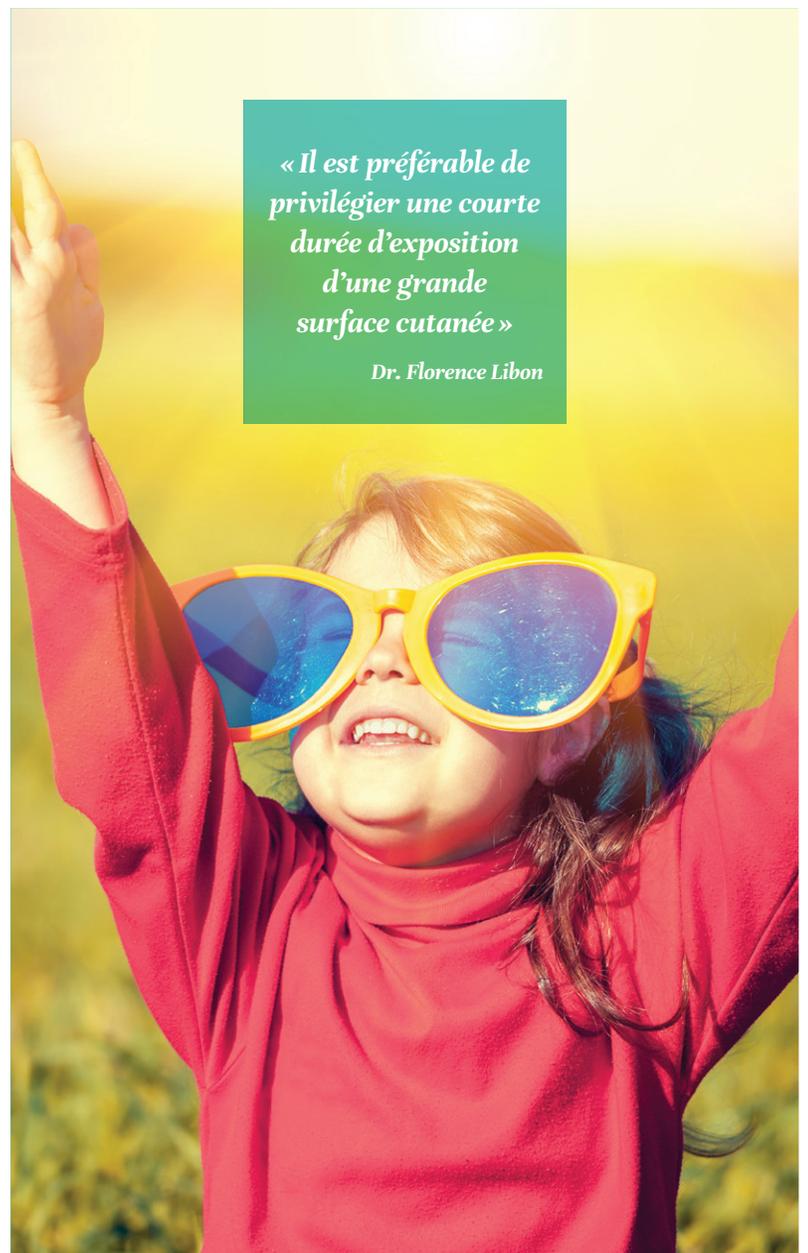
LE SOLEIL DU NORD

En Belgique, la synthèse de la vitamine D par la peau n'est possible que d'avril à octobre. « Le visage et les mains sont d'excellents sites de synthèse de la vitamine D en été. En tant que dermatologues, nous préconisons d'éviter absolument les coups de soleil qui sont cancérigènes. L'exposition solaire n'a pas besoin d'être intense pour la production de vitamine D : il est préférable de privilégier une courte durée d'exposition d'une grande surface cutanée. Mais puisque la quantité de soleil est rarement suffisante en Belgique, et que l'alimentation ne couvre que 10% de nos besoins, je recommande la supplémentation toute l'année », souligne encore Florence Libon.

“
La quantité de soleil est rarement suffisante en Belgique, ... je recommande la supplémentation toute l'année

Les « unités internationales » (U.I.) servent à exprimer la quantité de vitamine D. Ainsi, 40 unités internationales équivalent à 1 microgramme de vitamine D. Les doses recommandées par l'Institute of Medicine sont aujourd'hui de 400 UI par jour pour les nourrissons, 600 à partir de 6 ans, et 800 après 70 ans. Attention ! Puisque la vitamine D est liposoluble, on la prend en même temps qu'un aliment gras comme du beurre, du lait, du fromage ou une huile végétale. À vous de choisir le repas !

FRÉDÉRIQUE SICCARD



« Il est préférable de privilégier une courte durée d'exposition d'une grande surface cutanée »

Dr. Florence Libon

“
La vitamine D participe activement à la minéralisation et à la consolidation du tissu osseux et des dents

les enfants. Aujourd'hui, on sait que la vitamine D participe activement à la minéralisation et à la consolidation du tissu osseux et des dents. Elle est donc essentielle en période de croissance, mais également pour la prévention et le traitement de l'ostéoporose », souligne Florence Libon.

Elle aurait aussi un impact important dans la prévention de certaines pathologies auto-immunes, comme le dia-



SAMEDI 14 MAI 2022

Marche de 50km,

reliant quatre sites hospitaliers du CHU de Liège :
ND Bruyères - Polyclinique Lucien Brull - Sart Tilman - Ourthe-Ambève (Esneux).

Départ et arrivée au CHU ND Bruyères
Rue de Gaillarmont 600, 4030 Liège

Infos & inscriptions :
www.chuliege.be/walkingtour

3^{ème} édition



CHU DE LIÈGE
Site ND Bruyères

 **CHUWTOUR**

Une organisation au profit d'associations liégeoises.

Transplantations et COVID-19 ne font pas bon ménage

La nouvelle a pratiquement fait le tour du monde, au départ des Etats-Unis : on retirait des listes d'attente de greffe d'organes les patients non vaccinés contre la COVID-19. Cette attitude a suscité les mêmes questions en Belgique. Le Professeur Olivier Detry, Chargé de Cours dans le service de chirurgie abdominale et transplantation, et le Docteur Laurent Weekers, néphrologue y répondent.

« Il est clair que l'information objective et scientifique passe mal, et toute l'histoire de la COVID et de la vaccination nous le prouve depuis maintenant 2 ans », commence Olivier Detry. « Il n'y a aucune discrimination ni punition dans le fait d'écarter momentanément les patients non vaccinés des listes d'attente, bien au contraire. La vaccination est là pour protéger les patients les plus fragiles, dont les patients transplantés. Recevoir une greffe d'organe nécessite la prise de médicaments qui diminuent de manière importante les défenses immunitaires afin d'éviter le rejet de cet organe, mais ces médicaments rendent aussi les patients plus vulnérables aux infections. Tous les vaccins non-vivants sont d'ailleurs hautement recommandés et remboursés chez les patients transplantés et leur famille, avant et après l'intervention. » Ainsi, la vaccination annuelle contre la grippe est-elle vivement conseillée.

PROTÉGER LES PATIENTS

« Les patients en dialyse, ce qui est le cas de la majorité des patients en attente d'une greffe de rein, présentent un taux de réponse vaccinale de 85 à 95 %. Lorsque la vaccination est réalisée après la greffe de rein, donc sous traitement antirejet, le taux chute à 27-45%. De plus l'expérience acquise lors des premières vagues (alors que le vaccin n'était pas encore disponible), nous a appris que les patients greffés sont plus à risque de présenter des formes sévères de la COVID. Le taux de mortalité en cas d'infection était de l'ordre de 20%, ce qui est énorme », complète Laurent Weekers. « À l'heure actuelle, la COVID est partout, à l'école, dans la famille, au travail, mais aussi à l'hôpital où, malgré toutes les mesures prises, un patient risque d'attraper ce virus. Prenez les soins intensifs : on y soigne bon nombre de patients porteurs du coronavirus, mais également les patients greffés... En tant que médecins, notre rôle est d'abord de protéger nos patients, et de les informer au mieux, pour qu'ils puissent poser un regard éclairé sur le choix d'être vacciné ou non. »



**OLIVIER
DETRY**

Professeur et Chargé de cours dans le service de chirurgie abdominale et transplantation



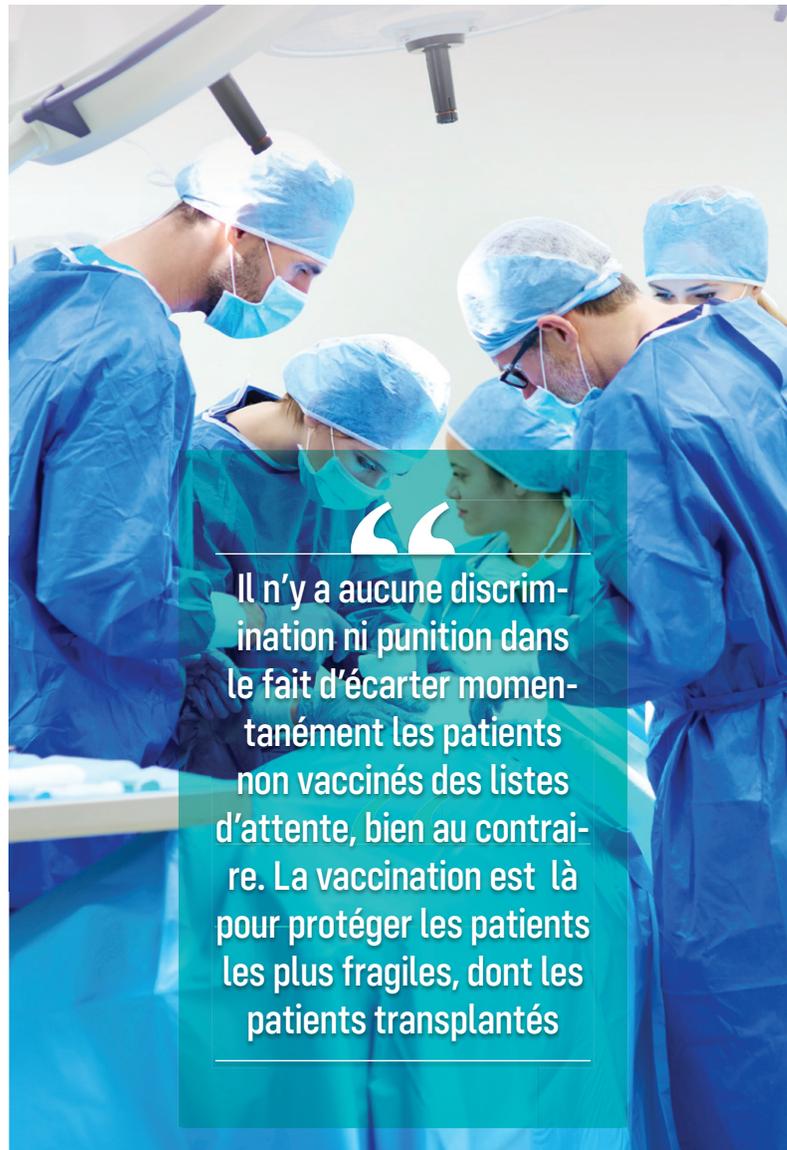
**LAURENT
WEEKERS**
Néphrologue

Pour rappel, dans le cas particulier des patients en attente d'une greffe de rein, quel que soit leur état vaccinal, il est normal d'attendre quelques mois avant la greffe : « Pour ceux non immunisés contre le coronavirus, le risque vital lié à une transplantation en pleine vague d'Omikron est mis en balance avec le risque -plus faible- de mourir en attendant la greffe », souligne-t-il. « Il est donc logique de repousser l'intervention à une période plus propice à leur rétablissement. La plupart d'entre eux l'ont bien compris, et le refus de vaccination est actuellement très rare chez les patients en attente de transplantation : moins de 10%, sur notre liste d'attente ! La toute grande majorité des patients se sont fait volontairement et rapidement vacciner. Ce débat, finalement, est très éloigné de la réalité de terrain ! »

UNE DÉCISION AU CAS PAR CAS

« Pour d'autres, souffrant d'une maladie aigue du foie par exemple, la transplantation est d'une importance vitale, quel que soit le statut vaccinal : dans ce cas, nous les prenons évidemment en charge, en espérant pour eux qu'ils soient déjà vaccinés », insiste Olivier Detry. « Là aussi, notre devoir est de protéger, de travailler pour le bénéfice maximal du patient, au cas par cas. Le statut vaccinal est devenu un paramètre pronostique comme beaucoup d'autres. »

Le Conseil national de Transplantation tient le même discours : « Cette condition (la vaccination ou l'immunité préalable à la greffe) n'est pas à prendre en compte si le receveur a moins de 18 ans ou si la greffe survient dans un contexte d'urgence vitale », peut-on lire dans son rapport du 1er février dernier. « Les patients pédiatriques sous immunosuppression, que ce soit après greffe d'organe ou pour une autre maladie, n'ont pas démontré d'infections sévères et/ou de complications comme celles rapportées chez les adultes. Si la vaccination reste recommandée dans cette population, elle n'est pas une condition à la transplantation. Enfin, si une transplantation est nécessaire en urgence, la sauvegarde de la vie prime et la nécessité d'une immunisation n'est pas prise en compte. »



« Il n'y a aucune discrimination ni punition dans le fait d'écarter momentanément les patients non vaccinés des listes d'attente, bien au contraire. La vaccination est là pour protéger les patients les plus fragiles, dont les patients transplantés »

Tournée Minérale : quelle consommation avons-nous

« Chef un p'tit verre... » : on connaît la chanson en Belgique. Elle pourrait presque servir d'hymne national. Mais derrière le clin d'œil humoristique se cache une réalité beaucoup moins souriante. Les Belges figurent parmi les plus gros buveurs d'alcool d'Europe : la consommation moyenne par habitant est estimée à 12 litres d'alcool pur par an. C'est plus que la consommation moyenne européenne. Et c'est la santé qui trinque : l'alcool tue près de 10 000 personnes chaque année dans notre pays, soit un décès sur 10. Se passer d'alcool pendant un mois ? Participer au défi « La Tournée Minérale » ? Plus qu'une simple pause, ça peut rapporter gros. Et c'est gratuit : c'est la maison qui régale.



JEAN DELWAIDE

Chef de Clinique en gastroentérologie, hépatologie, oncologie digestive

LES RISQUES SUR LA SANTÉ

Quelques chiffres en guise d'apéritif : ces 40 dernières années, la mortalité liée aux maladies cardiovasculaires et aux pathologies neurologiques ou cancéreuses a diminué. Par contre, les chiffres sont en hausse pour la mortalité liée aux maladies du foie, les pathologies hépatiques. Pourtant, l'hépatologie (la branche de la médecine qui s'intéresse à l'étude du foie sur un plan anatomique, physiologique et pathologique) a fait d'énormes progrès : on transpose des patients (ce qui n'existait pas avant), l'hépatite C a été découverte au début des années '90 et il est désormais possible de la traiter. Alors ? Un chiffre permet de démasquer le coupable : 3/4 des pathologies hépatiques sont liées à l'alcool. « On s'est rendu compte que la majorité des personnes qui ont une maladie hépatique du foie liée à l'alcool ne savent pas qu'ils ont un problème, explique le professeur Jean Delwaide, Chef de Clinique en gastroentérologie, hépatologie, oncologie digestive du CHU. Septante-cinq pour cent des patients qui en meurent ignoraient qu'ils souffraient d'une cirrhose liée à l'alcool ». Quand ces personnes se présentent à l'hôpital, leur situation est souvent dramatique, la mortalité est extrêmement importante. « Jaunisse, rupture de varices œsophagiennes, ascite (eau dans le ventre), infections : ils décèdent souvent dès leur première hospitalisation. Même s'ils s'en sortent, leur survie dépend souvent de la façon dont ils gèrent l'alcool après cet épisode ».

LES POINTS DE REPÈRES D'UNE CONSOMMATION « ACCEPTABLE »

L'importance d'agir largement en amont de l'hôpital est donc devenue une évidence. D'autant plus qu'en comparaison avec d'autres pathologies, cette maladie touche les gens jeunes : elle est la première cause de mortalité avant 50 ans. Une population qui ne se sait pas malade et découvre le problème de façon extrêmement tardive. Le Professeur Jean Delwaide rappelle que « quand un patient vous dit « Je bois un peu, comme tout le monde », c'est à ce moment-là qu'on peut se demander si ce n'est pas au-dessus des normes ». Celles-ci ne

« L'état de santé général des personnes qui réussissent est meilleur après ce mois. Ils dorment mieux, ont plus d'énergie, une peau fraîche et plus belle et ont souvent réussi perdre du poids.



sont pas très bien connues par la population. Quelques points de repères permettent d'y voir plus clair et de se situer. Ils sont fixés par L'Organisation Mondiale de la Santé. Pour elle, une consommation acceptable doit respecter les règles suivantes : 10 verres par semaine avec 2 jours d'abstinence, soit 2 verres 5 jours sur 7. Lors de la même occasion, il faut boire moins de 4 verres (un verre, c'est entre 8 et 12 grammes d'alcool). Des chiffres qui doivent être revus à la baisse si on n'est pas en parfaite santé. « L'utilité des actions du type « Tour-

née Minérale », c'est d'avoir une réflexion sur la consommation d'alcool « normale ». Appelées « Dry January » en Angleterre (depuis 2013) et en France (depuis 2020), ces challenges permettent d'améliorer l'état de santé de la population qui arrête de boire de l'alcool pendant ce mois. Des études montrent en effet que sur l'ensemble des personnes qui s'inscrivent pour participer (et reçoivent des conseils par emails ou via des applis sur leur GSM), 70% réussissent à ne pas boire d'alcool durant le mois dédié à l'abstinence. Pour ceux qui ne s'inscrivent

réellement ?



TESTEZ-VOUS !

À quelle fréquence vous arrive-t-il de consommer des boissons contenant de l'alcool ?

Jamais	0
1 fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaine	3
Au moins 4 fois par semaine	4

Combien de verres standard buvez-vous au cours d'une journée ordinaire où vous buvez de l'alcool ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 à 9	3
10 ou plus	4

Au cours d'une même occasion, à quelle fréquence vous arrive-t-il de boire six verres standard ou plus ?

Jamais	0
Moins de 1 fois par mois	1
1 fois par mois	2
1 fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4

TOTAL (0 à 12)

Questionnaire AUDIT-C:

3 premières questions du Alcohol Use Disorders Identification Test.

Score 3 chez la femme et 4 chez l'homme : mésusage probable de l'alcool.

Rappel seuil OMS :

10 U/semaine, ET 2 jours d'abstinence/semaine, ET moins de 4 unités/occasion, ET en dehors de situation à risque.

pas mais tentent le coup, le chiffre de réussite est moins élevé mais déjà très favorable (35%). « L'état de santé général des personnes qui réussissent est meilleur après ce mois, constate le professeur Delwaide. Ils dorment mieux, ont plus d'énergie, une peau fraîche et plus belle et ont souvent réussi à perdre du poids. De plus, comme le challenge est réussi, cela donne un sentiment de fierté ». Autre constatation : durant ce mois-là, les participants sont en général plus intéressés par la diététique, le « manger sain », et ils refont du sport, ... « Cela a un effet

très bénéfique pour la santé ». Point, par ailleurs, très important : cette amélioration de l'état de santé perdure pendant les 6 mois qui suivent le mois d'abstinence.

L'INTERVENTION BRÈVE

Outre ces défis, d'autres moyens permettent de tester si un patient a une consommation à risque. C'est le cas de l'AUDIT-C, un test mis au point par l'OMS. Il est composé de 3 questions qui permettent d'évaluer à quelle fréquence on consomme de



Les risques de développer des problèmes cardiovasculaires et des cancers commencent déjà à augmenter dès la consommation d'un seul verre quotidien de vin ou de bière

l'alcool, combien de verres on boit à chaque fois et s'il arrive de faire des « binge drinking » (boire 5 verres d'alcool ou plus sur une courte période de temps). Grâce à ce test, qui devrait être implémenté au CHU dans les mois à venir grâce à l'appui du Doyen de la Faculté de Médecine, le Professeur Edouard Louis, on peut voir si les règles de l'OMS sont dépassées et évaluer le niveau éventuel de ce dépassement. En cas de dépassement, une intervention brève (un court entretien) permet généralement de se repositionner dans les limites autorisées par l'OMS. Outre l'hôpital, le médecin traitant est aussi particulièrement en mesure d'avoir

cet entretien autour de la consommation d'alcool avec son patient. Le professeur Delwaide met toutefois en garde : le questionnaire et les seuils fixés par l'OMS ne sont pas complètement sécurisants. « Lors des interventions brèves, nous insistons sur le fait qu'il n'y a pas de petites consommations d'alcool. En effet, les risques de développer des problèmes cardiovasculaires et des cancers (du sein, du colon, de l'œsophage, ORL, ...) commencent déjà à augmenter dès la consommation d'un seul verre quotidien de vin ou de bière. Les règles de l'OMS ne sont pas un gage de sécurité ».

CHARLES NEUFORGE

COMMENT CONSOMMONS-NOUS ?

Avons-nous une idée précise des conséquences de ce geste régulier qui semble anodin : se servir un (ou plusieurs) verre(s) ? La société est-elle bien informée qu'outre la dépendance, il y a bien d'autres types de mésusages, ceux qui concernent le plus grand nombre ? Que faisons-nous pour éviter que ces mésusages (à risque et nocif) n'évoluent lentement, mais finalement vers la dépendance ?

Thomas Orban, médecin généraliste et alcoologue, et Vincent Liévin, journaliste spécialiste des questions de santé, se penchent dans leur livre « Alcool, ce qu'on ne vous a jamais dit » sur un problème qui nous concerne tous, directement ou non : la consommation d'alcool. Ils commencent par inviter chacun à changer son regard sur les mésusages qui peuvent en être faits : l'acoolo-dépendance ne peut être réduite à une consommation excessive et journalière d'alcool.

Dr. Thomas Orban - Vincent Liévin

ALCOOL
CE QU'ON
NE VOUS A
JAMAIS DIT

LES CLÉS
POUR COMPRENDRE
ET AIDER

MARDAGA



Editions Mardaga

La polykystose rénale en question



FRANÇOIS
Jouret

Chef du service
de néphrologie

Maladie héréditaire rare, la polykystose rénale autosomique dominante (PKRAD) est caractérisée par le développement progressif de kystes multiples dans les reins. S'il n'existe actuellement aucun traitement curatif, le CHU de Liège mène 2 études de front. Autant de lueurs d'espoir.

« La polykystose rénale touche 1 personne sur 1000 à 1500 dans le monde. On dit qu'elle est une maladie autosomique dominante, parce qu'elle concerne aussi bien les garçons que les filles, et qu'un parent porteur a une « chance » sur deux de la transmettre à ses enfants », détaille le Professeur François Jouret, Chef du Service de Néphrologie. « Cette maladie est asymptomatique pendant très longtemps, et est souvent découverte à la faveur d'une hématurie (présence de sang dans les urines), d'une infection des kystes ou d'une hypertension artérielle. Le diagnostic d'une PKRAD se base sur l'imagerie des reins par une échographie, un scanner ou une résonance magnétique de l'abdomen. Seule une analyse génétique permet de distinguer formellement le type de maladie dont souffre un patient polykystique, et de proposer un suivi personnalisé. »

LA FORME TYPIQUE

« La forme typique est la plus fréquente. Elle est caractérisée par de très nombreux kystes dans les deux reins, et par une augmentation importante de la taille des reins, généralement observée dès l'âge de 35 ans. Alors qu'un rein

adulte sain a approximativement la taille d'une souris d'ordinateur, un rein polykystique peut atteindre celle d'un ballon de rugby! »

LA FORME ATYPIQUE

« Ici aussi, on trouve généralement de nombreux kystes dans les deux reins. Cependant, on ne constate pas d'augmentation significative du volume des reins, ou bien le nombre de kystes dans les reins est moindre, ce qui n'entraîne pas la destruction des tissus sains et donc, ne mène pas à l'insuffisance rénale. »

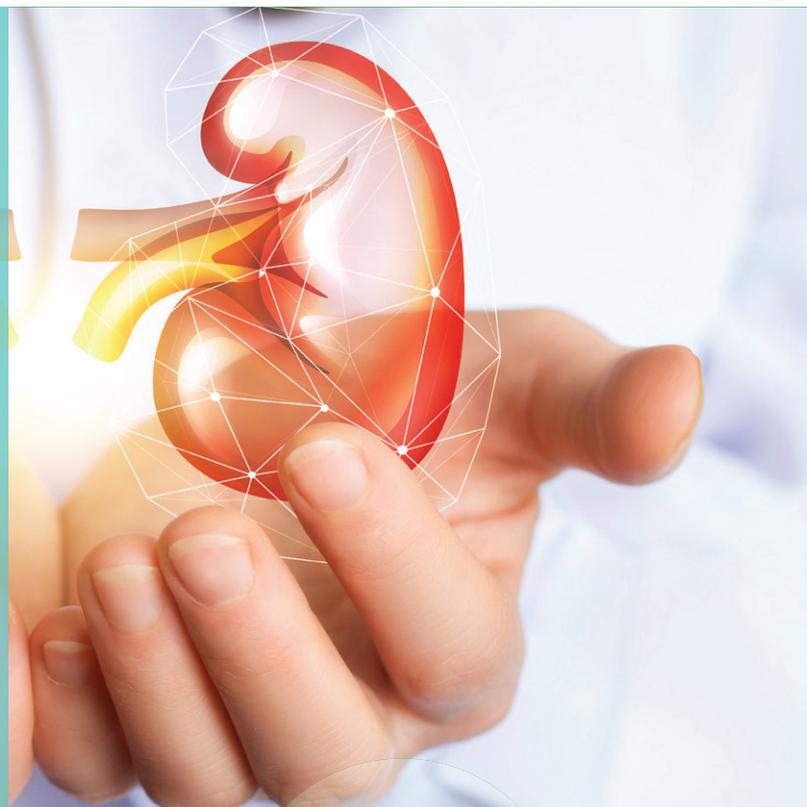
L'INSUFFISANCE RÉNALE, L'ENNEMI NUMÉRO 1

« La majorité des patients atteints de polykystose typique évolueront, à vitesse variable, vers l'insuffisance rénale terminale », rappelle le Pr Jouret. « Cette dernière survient quand les kystes prennent la place du tissu rénal sain, l'écrasent et l'asphyxient. Elle nécessite un traitement par dialyse, ou une greffe de rein. »

0-5-30

Ces kystes sont inopérables : « D'abord, parce qu'ils sont trop nombreux. Ensuite, parce qu'on cherche avant tout à préserver le capital rénal : une intervention chirurgicale reviendrait à enlever une partie du tissu sain, qui ne se régénèrera pas », indique le Pr Jouret. « Pour protéger les reins, on insiste sur les conseils hygiéno-diététiques de base : ne pas fumer, et contrôler la tension artérielle, le poids et la cholestérolémie. Soit 0 tabac, 5 fruits et légumes par jour, et 30 minutes de marche quotidiennes. Manger sans sel est également crucial! »

Depuis 2016, il existe un médicament, remboursé par l'INAMI, qui retarde la croissance



ET LES ENFANTS ?

« Le dépistage précoce de la PKRAD chez l'enfant ou adolescent de moins de 18 ans fait actuellement l'objet d'un débat, notamment éthique », explique le Professeur Jouret. « D'un côté, reconnaître tôt la maladie permettrait d'instaurer précocement l'hygiène de vie nécessaire à la protection rénale. D'un autre côté, les médicaments spécifiques de la PKRAD ne sont actuellement pas disponibles avant l'âge de 18 ans. Dans ces conditions, un dépistage systématique chez les enfants asymptomatiques d'un parent polykystique n'est pas recommandé ». Un dialogue bienveillant s'installe progressivement entre l'enfant, ses parents et leur médecin : « Oui, nous disposons des outils permettant d'établir le diagnostic, mais

faut-il imposer le stress d'un diagnostic, en l'absence de traitement, à un enfant qui ne souffre de rien? » A l'inverse, si un enfant présente un symptôme de la PKRAD, en particulier de l'hypertension artérielle ou une hématurie, une consultation en néphrologie pédiatrique est indispensable!

Le traitement par Tolvaptan pourrait, dans un avenir proche, être remboursé chez les adolescents. « Reste à savoir s'il est justifié de l'imposer, eut égard à la qualité de vie et au besoin légitime de ne pas faire état de sa différence à cet âge-là. »

F.Si.

des kystes et l'apparition de l'insuffisance rénale. « Quatre années de traitement par Tolvaptan retardent d'un an l'arrivée en insuffisance rénale terminale. Ce médicament a, cependant, un effet diurétique extrêmement puissant : le patient produit 4 à 7 litres d'urine par jour, ce qui n'est pas compatible avec toutes les professions, pas plus qu'avec un sommeil de qualité ou une certaine qualité de vie », tempère le médecin. « Le Tolvaptan représente cependant une grande source d'espoir : c'est la première fois, dans l'histoire de la maladie polykystique, qu'on dispose d'un médicament spécifique. Une cinquantaine de patients suivent actuellement ce traitement au CHU de Liège, avec l'espoir de voir évoluer la recherche. »

De recherche, il en est question : 2 autres traitements sont actuellement à l'étude au CHU. Issus de la lutte contre le diabète, les médicaments à l'essai ralentiraient le métabolisme

des cellules kystiques, et freineraient la croissance des kystes. « En attendant les résultats de ces essais cliniques, insistons sur le dépistage par échographie rénale et/ou analyse génétique, ce qui permettra d'identifier le type de polykystose de chaque patient, et l'adoption d'une hygiène de vie irréprochable... »

FRÉDÉRIQUE SICCARD

Pour toute information à propos des essais cliniques en cours au CHU de Liège concernant la polykystose rénale, n'hésitez pas à contacter le Pr Fr. Jouret

- Par e-mail :
francois.jouret@chuliege.be

- Par téléphone :
04.366.7405

Génétique, biologie et traitements orientés : une étude **multi-facettes** sur le cancer du rein



VINCENT
BOURS

Chercheur du mois

Docteur en médecine, Vincent Bours s'est spécialisé dans la génétique humaine. Ses nombreuses recherches se focalisent principalement sur les cancers. Cette fois, il s'associe avec le service d'oncologie du Professeur Guy Jerusalem pour se concentrer sur la génétique du cancer du rein. Une étude en plusieurs volets qui débute en ce mois de février.

Liégeois pur souche, Vincent Bours fait ses études secondaires à Saint-Servais en option latin-grec. Il se dirige très naturellement vers les études de médecine à l'Université de Liège qu'il termine en 1987. Il entame ensuite une activité clinique en parallèle d'une activité de recherche en biologie moléculaire du cancer avec un mandat de la Recherche Nationale Scientifique. « Fin 1989, je suis parti aux États-Unis où j'ai

passé trois ans dans les laboratoires de la National Institute of Health. Ceci m'a permis d'obtenir ma thèse en rentrant en Belgique en 1993. » À son retour, il retrouve une activité de recherche et développe son unité en Faculté de médecine à Liège. En parallèle, il continue son activité clinique en hématologie puis en oncologie médicale.

Il devient chef de service de génétique humaine au CHU dès 2001 et professeur ordinaire à l'Université de Liège en 2009. Depuis lors, ses recherches se concentrent principalement sur la génétique des cancers. Depuis quelques années, une unité de recherche au GIGA s'est également développée entre le service de génétique et le service d'oncologie médicale du Professeur Guy Jerusalem. Dans cette unité, le projet de recherche sur le cancer du rein prend racine. « La Docteur en sciences Claire Josse la supervise et le met en oeuvre. »

UNE RECHERCHE AUX MULTIPLES FACETTES

L'étude se décompose en différents volets. Le premier s'attarde sur la prédisposition génétique. « Ceci signifie qu'un certain nombre de personnes ont

un risque accru de développer des cancers. » En cause : certains gènes, présentant une anomalie, sont associés à une prédisposition au développement de cancers. « L'un des objectifs est d'effectuer des analyses chez des personnes qui ont développé un cancer rénal afin de définir si elles sont porteuses de gènes associés à un risque de cancer du rein. » La génomique, c'est-à-dire l'étude de l'ensemble du matériel génétique d'une personne, permettrait d'avoir une vue plus large du risque génétique du cancer du rein.

« Le deuxième volet se concentre plus sur l'aspect biologique. Nos études préalables ont montré que certaines cellules du système immunitaire (les éosinophiles) peuvent infiltrer la tumeur et avoir un impact sur son développement. » Le but est de définir le rôle que ces cellules pourraient avoir dans la progression des tumeurs rénales et leur réponse à certains traitements. « On sait que les anomalies génétiques associées à une prédisposition génétique ont un effet sur la biologie de la tumeur. » Les cellules de la tumeur sont alors génétiquement instables et peuvent répondre différemment à certains traitements. « Dans ce cas-ci, nous voudrions définir, parmi les personnes qui ont ces gènes, si les tumeurs réagissent d'une manière

particulière avec les éosinophiles. Auquel cas, ces patients pourraient bénéficier d'un traitement orienté. »

LE CANCER DU REIN ET LA PRÉDISPOSITION GÉNÉTIQUE

Vincent Bours considère que ce domaine est connu de manière partielle « On estime que moins de 5% des cancers du rein sont liés à une prédisposition génétique. Mais ce chiffre est peut-être sous-estimé. Les données de la génomique apportées par cette étude devraient permettre d'avoir une vue plus large quant à ce risque génétique. » L'étude fait ses premiers pas. Elle doit commencer en ce mois de février. « Nous avons présenté le projet au comité d'éthique qui l'a approuvé. Nous devons également exposer l'étude aux patients afin d'avoir leur accord et nous avons recruté le personnel scientifique pour les études biologiques. Nous pouvons commencer. »

L'unité de recherche a pu bénéficier du crédit d'impulsion « Francine Deberg », octroyé par la Fondation Léon Fredericq. Une aide notable pour un projet de longue haleine. « Sur l'aspect génétique humaine, nous bénéficions depuis 2017 d'un financement de la Wallonie sur le développement d'études génomiques. » Depuis 2 ans, un projet Télévie a également été mis en place sur l'étude génétique des patients qui développent des cancers multiples. « Ces deux projets soutiennent également la partie génomique du projet »

MILÉNA DE PAOLI



L'unité de recherche a pu bénéficier du crédit d'impulsion « Francine Deberg », octroyé par la Fondation Léon Fredericq.



Depuis 2 ans, un projet Télévie a également été mis en place sur l'étude génétique des patients qui développent des cancers multiples.

Vous souhaitez, vous aussi, soutenir la Fondation Léon Fredericq et nos jeunes chercheurs de l'Université et du CHU de Liège ?

FAITES UN DON, CHAQUE AIDE EST ESSENTIELLE !

Compte : BE48 0018 3821 0927
Communication : Fondation Léon Fredericq CC4012
(déductibilité fiscale à partir de 40€)

Contact

Fondation Léon Fredericq,
Caroline MAZY, 04/366.24.06,
caroline.mazy@chuliege.be

Poser un diagnostic chez l'enfant



UN PATIENT

CAROLINE
DOPPAGNE
Médiatrice

Ce mois-ci, le service de Médiation hospitalière aborde le thème du diagnostic posé chez un enfant. Celui-ci vous permettra de prendre connaissance du déroulement d'un dossier de Médiation traité avec le service de Pédiatrie, ainsi que de l'esprit constructif qui peut émaner d'une démarche de plainte.

EXTRAITS

(...) Le 4 mai, fin de matinée, notre petite fille est reprise de crampes spasmodiques insupportables. Les antidouleurs n'ont aucun effet. Nous prenons la route des urgences. Le Médecin qui la prend en charge exécute un examen clinique et lui administre des antidouleurs. Nous expliquons au Médecin que notre Pédiatre suggère une échographie, il nous répond que nous ne sommes pas face à une urgence et que l'échographe n'est pas là. Les antidouleurs ne produisent aucun effet mais la crise spasmodique s'atténue. Il nous autorise à partir en nous conseillant de surveiller l'état et de revenir au besoin.

Le 6 mai, nous sommes face à la même situation et nous retournons aux Urgences pédiatriques (...). Le même examen clinique est réalisé, ainsi qu'une échographie. Les traitements administrés ne produisent aucun effet mais la crise spasmodique s'atténue. A nouveau, nous sommes invités à rentrer à la maison et surveiller la situation.

Cela a repris le 7 mai. Nous décidons alors de nous rendre dans un autre

établissement (...). Il s'est alors avéré que notre fille avait une constipation importante due à une intolérance au lactose. Celle-ci était suspectée et a été révélée par des tests complémentaires.

En bref, un simple lavement et l'administration d'un laxatif ont réglé le problème.

Nous regrettons que notre enfant n'ait pas bénéficié d'un accompagnement plus sérieux alors que les traitements par antidouleurs ne donnaient aucun résultat.

Aucune réponse ni diagnostic correct ne nous ont été apportée en 2 jours.

Notre volonté est de pousser une réflexion du corps médical pour une prise en charge plus performante et éviter de la douleur ou une absence de diagnostic débouchant dans certains cas sur des issues plus dramatiques que dans notre situation.

Dans le cadre des dossiers de médiation relatifs au service de Pédiatrie, que la prise en charge relève d'une urgence pédiatrique ou d'un suivi plus général, le dossier est soumis pour avis au Pédiatre en charge de l'enfant, afin d'obtenir ses explications sur la plainte reçue. Comme le veut la procédure, la Cheffe du service est mise en copie. Soucieuse de la qualité des soins dans son service, elle revoit également le dossier dans sa globalité. Si le dossier le nécessite,

une rencontre en médiation peut être mise en place avec les parents, et le(s) prestataire(s) de soins concernés, et ce en vue d'ouvrir un dialogue sur la situation rencontrée. Cela est d'ailleurs requis en cas de diagnostic difficile, douloureux, tel celui du cancer chez l'enfant.

S'il est en âge de pouvoir comprendre sa prise en charge, l'enfant est bien sûr le bienvenu en consultation de médiation ou lors d'une rencontre avec les prestataires de soins.

CONCLUSIONS DU CHEF DE SERVICE (dans ce cas précis)

(...) à la lecture de ce dossier, le Professeur X rappelle que le service des urgences pédiatriques a comme mission de diagnostiquer et de traiter les situations urgentes, ce qui fut réalisé. Le Docteur Z, concerné par la prise en charge, avait tâché, avec attention, d'exclure toutes causes graves et nécessitant une prise en charge urgente comme une éventuelle appendicite ou invagination.

Poser un diagnostic chez un jeune enfant n'est pas facile, étant donné que celui-ci n'est pas toujours en âge de s'exprimer avec des mots, et c'est son petit corps qui exprime ses maux. D'où l'importance d'intégrer les parents le plus possible dans la prise en charge, d'être à leur écoute et de leur permettre d'accompagner au

mieux leur enfant. L'issue du dossier repris dans cet article en témoigne. Car après avoir transmis aux parents les explications sur la prise en charge, il s'est avéré que leur intention finale avait un objectif positif et d'amélioration du service offert aux petits patients et leur entourage.

RÉPONSE DES PARENTS

Merci pour votre suivi. Nous comprenons évidemment la complexité d'établir un diagnostic mais a posteriori, l'absence de réponse des médecins sur la cause de douleur, l'incapacité à la soulager ou la réorientation vers un spécialiste constitue pour nous un vrai problème.

Nous ne cherchons pas d'explication mais espérons que notre expérience permettra de prendre en considération les attentes des patients, ce qui est le but premier de ma démarche. Nous espérons sincèrement que ce message sera accueilli dans une perspective constructive par les médecins.

Comment joindre le service de médiation par écrit ?

- Par e-mail :
mediation.hospitaliere@chuliege.be

- Par voie postale :
DOPPAGNE Caroline,
service de Médiation hospitalière –
CHU de Liège – B35 à 4000 Liège.



La musique, cette essentielle

Les images ont marqué les esprits et, sans doute, les cœurs : au début de la crise du Covid-19, alors que les informations rapportent un nombre effrayant de décès en Italie, une vidéo fait le tour du monde. Un habitant de Benevento, non loin de Naples, y entonne une chanson populaire sur son balcon. Sur un autre balcon, trois jeunes femmes l'accompagnent au tambourin. Les portes et balcons s'ouvrent timidement, et chacun, là-bas ou ailleurs, respire mieux, le temps d'une chanson. La musique adoucit-elle vraiment les mœurs ?



MARCO
MARTINIELLO
Directeur du CEDEM
et de l'IRSS

« Avant le Covid, Alessandro Mazzola et moi avons beaucoup travaillé sur la musique comme moyen de mobilisation sociale et politique », explique Marco Martiniello, directeur du Centre d'Etudes de l'Ethnicité et des Migrations (CEDEM) et de l'IRSS (Institut de Recherches en Sciences Sociales) de l'ULiège. « La musique existe dans pratiquement toutes les sociétés. La plupart des êtres humains sont sensibles, touchés, émus par la musique. Après



ALESSANDRO
MAZZOLA
Chercheur affilié
au CEDEM

cette fameuse vidéo, on a vu partout des gens chanter aux balcons, aux fenêtres. On a ressenti tout à coup l'importance de pouvoir se grouper, d'une certaine manière. De pouvoir, à un peu comme les adolescents que la musique réunit, se retrouver, faire un peu société. »

POURQUOI ?

« Pensez aux concerts : vous y allez pour écouter une musique que vous aimez, oui, mais aussi pour partager une expérience collective. Se retrouver lors d'un concert, ou sur des balcons, c'est symboliser la collectivité, la rendre visible par la musique », renchérit Alessandro Mazzola.

« On attribue 5 grands rôles à la musique. Elle permet de s'occuper, de se cultiver, qu'on l'écoute ou qu'on la pratique. Elle participe alors au bien-être personnel. Elle permet de répondre à l'anxiété, de favoriser un certain apaisement, de vivre avec une difficulté, de dédramatiser : le type varie fortement selon la population, l'âge et le niveau économique,

notamment. Elle crée également, on l'a vu, ce sentiment d'identité collective, d'appartenance, de faire groupe. C'est vrai sur les balcons, dans les concerts ou dans les stades de foot », résume Marco Martiniello.

« Peut-être, ajoute Alessandro Mazzola, parce que c'est probablement la forme d'art la plus transversale et la plus accessible. On peut apprendre les paroles d'une chanson ou le rythme d'un morceau de musique en quelques jours, se sentir inclus et fier, finalement, de maîtriser quelque chose de difficile, ou de beau. »

POUR S'EXPRIMER, APPRENDRE, INFORMER

De tout temps, la musique a également été un moyen d'expression, rappelle le directeur : les traditions se transmettaient en chansons. « Aujourd'hui, sans doute, tout va beaucoup plus vite, mais le hip-hop ou le rap permettent aux jeunes d'exprimer ce qu'ils ressentent dans cette société, avec des aspects plus ou moins acceptables. Le Blues, quant à lui, est le fruit de l'expérience indescriptible de l'esclavage vécue par les centaines de milliers d'Africains arrachés de force à leur environnement pour être acheminés comme du bétail aux États-Unis d'Amérique. » Enfin, la musique conserve un aspect pédagogique : de l'alphabet chanté dans les classes de maternelles au rythme des tables de multiplications, en passant par ces vidéos, filmées en Afrique du Sud, qui expliquent comment maintenir ses distances en temps de crise sanitaire, « la musique permet

d'informer ceux qui n'ont pas les moyens de décoder l'équivalent d'un CODECO, par exemple. »

POUR S'OPPOSER

Revers de la médaille : cette musique qui rassemble peut aussi opposer. Quand on n'a pas les mêmes goûts musicaux (« Si cette personne aime cette musique et moi non, il est possible que cela conduise à un préjugé de ma part envers cette personne », résume Alessandro Mazzola), parce qu'un hymne se fait politique, parce qu'on le revendique...

Mais, à l'heure où l'Académie Royale de Médecine s'apprête à consacrer très sérieusement une conférence au pouvoir guérisseur de la musique, avec « La pilule musicale. Que dit la science ? Bénéfices de la musique pour la santé », Marco Martiniello et Alessandro Mazzola sont formels : « Dire que la musique peut certainement aider de nombreuses personnes à traverser une crise ne revient pas non plus à en faire un outil univoque ou omnipotent. Mais sans doute peut-on assurer, aujourd'hui, que la musique est essentielle. »

FRÉDÉRIQUE SICCARD

Vous souhaitez en savoir plus,

<https://theconversation.com/la-musique-adoucit-elle-le-confinement-135102>

<https://www.cedem.uliege.be>



La vaccination a largement contribué à réduire la mortalité et les cas graves

Depuis le début de la pandémie, le Pr Michel Moutschen, chef du service d'infectiologie du CHU de Liège commente l'actualité des vaccins contre le coronavirus dans des vidéos mises en ligne. Voici la saison 2, l'épisode 3.



MICHEL MOUTSCHEN

Chef du service d'infectiologie

■ Certains hésitent encore à bénéficier du booster. Pourquoi est-ce si important de faire cette 3^e dose, même si on a déjà fait le covid ?

Se faire vacciner est très important. Si on a reçu deux doses et qu'on a fait la covid après avoir reçu ces deux doses de vaccin, on peut considérer que ça peut tenir lieu de booster. Si, par contre, on a eu ses deux doses sans faire de covid, ou si on a fait un covid tout au début avant la vaccination, la troisième dose est importante parce qu'elle va restaurer une grande protection vis-à-vis d'omicron, ce qui n'est pas le cas, malheureusement, avec les deux doses seulement.

■ On parle de 4^e dose en particulier chez les immunodéprimés. En sait-on plus sur ce qui serait un schéma vaccinal complet ?

Le schéma vaccinal complet, on n'a pas encore tellement d'idées puisque le virus change. Nous ne savons pas ce que les variants nous réservent. Concernant la quatrième dose chez les immuno-déficients, le but est très simple. Concrètement, ces personnes ont un système immunitaire qui est altéré. Pour une proportion importante de ses patients, les trois doses n'ont pas permis d'obtenir des titres d'anticorps suffisants. Des études ont démontré qu'en donnant une quatrième dose chez une fraction très significative de ces patients-là, on récupérerait un gain de protection. C'est tout simplement du pragmatisme. Quant à un schéma complet idéal dans le futur, je crois qu'il faut être patient, l'avenir va déterminer ce qu'il sera.

■ Certaines personnes disent « j'ai n'ai pas besoin de me faire vacciner contre le covid, j'ai de bons anticorps ». Est-ce que c'est fiable de

se baser sur un dosage d'anticorps ? Y a-t-il des recommandations pour guider la vaccination ?

Non. Malheureusement, nous n'avons pas du tout ce type d'outil. Tous les anticorps ne sont pas les mêmes. Concrètement, dans une prise de sang de routine, on mesure un titre d'anticorps contre un des antigènes de virus. Cela ne nous dit toutefois rien quant à la qualité neutralisante de ces anticorps, la capacité qu'ils vont avoir à bloquer le virus. Par ailleurs, nous ne connaissons rien de la spécificité de ces anticorps vis-à-vis des différents types de variants. Il n'y a donc aucune garantie qu'un titre d'anticorps haut-bas nous donne une information utile. Enfin, certains patients me disent « mes anticorps sont tellement haut que j'ai peur de faire le booster parce que je vais faire plus d'effets secondaires »... Comme on l'a déjà dit dans nos discussions antérieures, un titre d'anticorps élevé n'est pas lié à une moins bonne tolérance du vaccin. Il s'agit juste de phénomènes qui n'ont rien à voir.



■ Comment se comporte finalement l'immunité face à l'arrivée régulière de nouveaux variants ?

Le système immunitaire s'adapte, évidemment. Nous avons un système immunitaire qui est très plastique, qui va fabriquer des anticorps contre les nouveaux variants. Ce qu'on veut, évidemment, c'est toujours avoir de l'avance par rapport au virus. C'est le sens du vaccin. Quand le variant arrive, on veut déjà être protégé. Évidemment, le vaccin qu'on a reçu jusqu'ici en Europe et en Belgique est un vaccin basé sur le covid du tout début. Aujourd'hui, on remarque qu'il y a une sorte de différence par rapport aux variants. Mais au fur et à mesure de la maturation de la réponse, c'est-à-dire les trois doses, on a une réponse qui s'est élargie. C'est-à-dire que non seulement le système immunitaire réagit contre le vaccin lui-même, mais va élargir sa réponse. Ce qu'on a observé, c'est qu'après les trois doses, après le booster, on récupère une protection très significative, une neutralisation très significative vis-à-vis d'omicron, ce qui n'était pas le cas avec deux doses seulement.

■ Justement, on a l'impression de courir après ce variant...Y a-t-il une perspective d'un vaccin ou d'un schéma vaccinal qui nous permettrait de faire face de manière plus fiable à l'émergence de nouveaux variants ?

C'est une question très compliquée. Il y a deux façons d'y répondre. Il convient de parvenir à cibler des séquences du virus qui restent constantes parce qu'évidemment, le virus, il a ses contraintes. Il y a des choses qu'il ne peut pas changer, sinon il ne peut plus se répliquer. Il faudrait donc trouver des vaccins qui expliquent au système immunitaire que c'est contre ces zones-là qu'il faut absolument développer des anticorps. Certains patients le font, mais pas tous. C'est ce qu'on appelle immuno-dominance. Par ailleurs, on assiste à ce qu'on appelle une évolution convergente, c'est-à-dire que, certes, des variants ont continué à apparaître. Mais on a l'impression que ces variants vont tous pour le moment dans la même direction, avec le même type de propriété, et qu'il ne faudra pas nécessairement multiplier à l'infini les différentes déclinaisons de vaccins pour faire face à ces variants.

■ On parle aussi d'autres types de vaccins qui pourraient rassurer ceux qui hésitent encore. De quoi s'agit-il ? Quelles différences avec le vaccin actuel ? Cela concerne-t-il les adultes et les enfants ?

Il s'agit d'un vaccin qui est fait sur une technique plus traditionnelle, comme pour d'autres vaccins comme l'hépatite, etc. Il s'agit de la protéine, la fameuse protéine Spike du virus, qui est fabriquée de façon synthétique. Ensuite, cette protéine est injectée avec un adjuvant comme dans d'autres vaccins. La grosse différence...c'est qu'on ne passe pas par la technologie de l'ARN Messenger. Cela rassure certains. Je rappelle tout de même que cette technologie s'est avérée extrêmement sûre puisqu'on a eu des milliards de personnes qui ont reçu l'ARN messenger et qui n'ont pas fait de réaction particulière. De rares personnes pourraient présenter une vraie allergie à un des composants des vaccins ARN messenger, ou bien ces personnes, pour des raisons qu'on ne va pas discuter ici, ne veulent pas d'un vaccin ARN messenger. Ce vaccin plus traditionnel pourrait certainement être une alternative et dans des études cliniques, il a fait preuve de son efficacité. Comme toujours, les

études cliniques ont d'abord porté sur les adultes. Nous avons, donc, encore aucune donnée chez les moins de 18 ans. Rien ne laisse à penser qu'il puisse être particulièrement problématique chez les moins de 18 ans. Comme toujours, nous suivons l'évidence des études cliniques. Pour le moment, ce vaccin serait réservé aux adultes de plus de 18 ans. En priorité, s'il y a une sorte de rationnement parce que le vaccin est seulement en train d'arriver. En priorité pour les personnes qui auraient une contre-indication à recevoir le vaccin ARN messenger pour une allergie ou d'autres types de phénomènes rares, mais qu'on peut toujours imaginer. Dans un second temps, c'est quelque chose qui pourra être généralisé.

■ Le variant Omicron est-il vraiment moins agressif ? Ne sommes-nous pas, tout simplement moins impactés parce que justement, nous sommes nombreux à être protégés par la vaccination ?

C'est tout à fait cela. Il y a deux choses. D'une part, nous savons exactement ce qui fait que le variant Omicron est Omicron. Il y a une insertion de quelques acides aminés qui font qu'il a modifié ses propriétés. Un exemple : la capacité de donner des lésions inflammatoires dans le poumon est fortement diminuée grâce à ces trois mutations ce qui est une très bonne nouvelle. Par ailleurs Omicron arrive sur une population qui a été largement exposée au vaccin et à d'autres variants précédents. Avec cet élargissement de réponse immunitaire, la population est dans un meilleur état immunitaire. Évidemment, on peut se

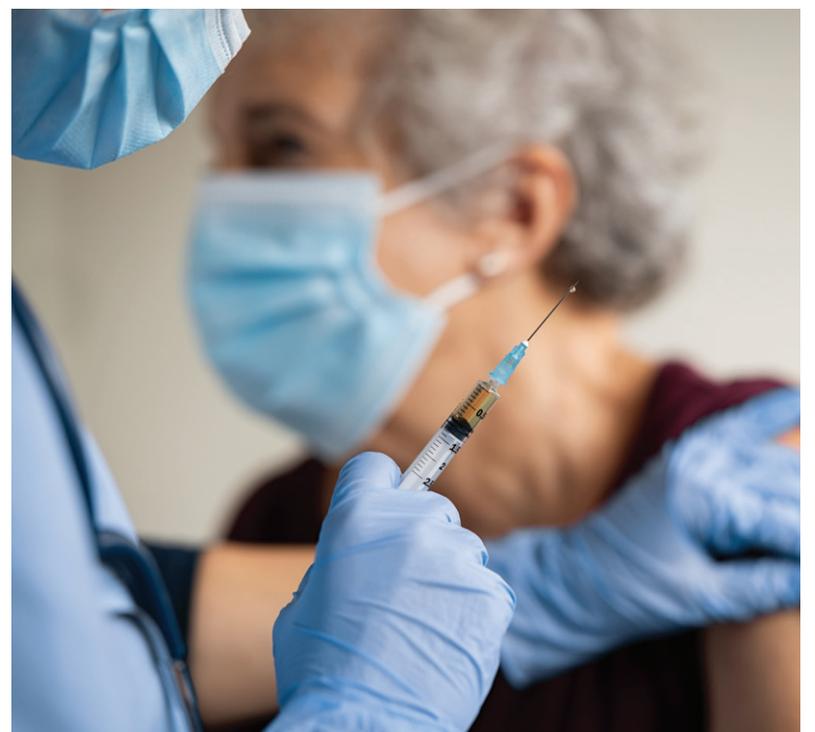
poser la question de savoir quelle est la proportion respective de chacun de ces deux facteurs ? Personne ne le sait. Est-ce qu'on a beaucoup moins de mortalité maintenant surtout parce qu'Omicron est intrinsèquement moins méchant ou bien parce que la population est mieux protégée par son immunité ? Il faut que l'on puisse répondre à cette question dans le futur et la réflexion en la matière se poursuit. C'est très important pour améliorer encore la prise en charge face à d'autres variants.

■ Les conséquences de la vague Delta ont-elles été atténuées en terme de mortalité par la couverture vaccinale de la population belge ?

Delta est un variant plus agressif et plus virulent qu'Omicron. Indiscutablement, la vaccination avec deux doses a largement contribué à réduire la mortalité avec des protections qui sont restées de l'ordre de 90% contre les formes graves.

DELPHINE GILMAN & VINCENT LIÉVIN

RETROUVEZ NOS VIDÉOS SUR
LA VACCINATION COVID-19 :
www.chuliege.be/covid19-vaccination-videos



L'esprit critique



Selon Siensano, les dernières données récoltées à la date de ce jour persistent à faire apparaître une importante hausse des contaminations alors que, paradoxalement, l'analyse de la politique de vaccination révèle un désintérêt incontestable. Comment identifier les diverses raisons qui poussent une partie de la population à refuser ce dont la majorité du corps médical reconnaît l'utilité pour ne pas dire le caractère essentiel ?

Notre fonction restant toujours de rapporter le constat le plus objectif possible de cette situation en tenant compte de la fiabilité des informations auxquelles tout citoyen peut accéder, nous pourrions donc nous interroger quant aux justifications diverses de ce « désintérêt ».

LES EFFETS PERVERS DES ATERMOIEMENTS DE L'EXÉCUTIF GOUVERNEMENTAL

Une première évidence serait de stigmatiser les aléas de la communication gouvernementale. L'indécision applicable aux multiples recommandations de la CODECO pourrait justifier au mieux la mise à distance, au pire le rejet pur et simple exprimé par une partie importante de la population. Dans la mesure où le pouvoir exécutif s'avère fréquemment en contradiction et de façon court-termiste très ambigu quant à ses recommandations ou obligations, le citoyen responsable s'accorderait également le droit à la contestation civique. De même, le citoyen indécis pourrait s'en remettre au charisme de quelques tribuns qui détermineraient son choix.

Le monde scientifique confirme sans hésitation le caractère essentiel d'une procédure de prévention de la pandémie tant par la vaccination que par le recours



aux gestes-barrières. Le monde politique quant à lui, souhaite imposer la prévention à son degré extrême par le biais de l'obligation vaccinale. La réaction (il)logique de la population ne s'est pas fait attendre : « 50.000 personnes dans la rue manifestent pour le maintien d'une liberté quasi révolutionnaire rejetant toute obligation jugée arbitraire en regard de la violation des droits fondamentaux du citoyen au sein de nos sociétés démocratiques ».

LES EFFETS PERVERS DE L'INFORMATION SUR LES PROCESSUS DE CHOIX

Gérald Bronner est professeur de sociologie à l'Université de Paris. Dans son ouvrage « *L'apocalypse cognitive* » (2021), il constate que, si nous vivons dans la même société, nous ne vivons pas nécessairement dans le même monde. Nantis d'outils critiques identiques, nous pouvons vivre des phénomènes dont nous ne percevons pas nécessairement de façon identique le caractère manipulateur.

Ainsi, pense-t-il, les éditorialistes auraient perdu la maîtrise de l'information objective dans la mesure où il importerait essentiellement « d'orienter l'attention pour susciter l'engagement » (L'infobésité !)

LES EFFETS PSYCHOLOGIQUES DE LA PEUR SUR NOS ATTITUDES.

Gérald Bronner estime que l'esprit critique resterait notre unique arme pour nous opposer aux « manip-opérateurs » de l'information. L'esprit critique, « c'est chercher à résister à la pensée paresseuse et regagner en autonomie intellectuelle ce dont nous privent nos croyances ». Il explique « l'infobésité » en affirmant que « plus il y a d'informations disponibles, plus il existe de ressources nutritives pour nos croyances au détriment de notre critique ».

Les chiffres n'ont progressivement plus de sens. Le ministre danois de la santé estime que « la Covid n'est plus une maladie menaçante pour la société ». Le risque social serait effectivement plus sévère que le risque sanitaire dans la mesure où l'obligation vaccinale commence à générer de violentes manifestations d'opposition aux Pays-Bas, en Belgique ou en Autriche.

EN QUESTIONNEMENT !

Quel pourrait dès lors être le rôle de la peur sociale dans le déclenchement de ces dérives civiques ? En 2000, le sociologue américain Glassner publie « *The Culture of Fear* ». (La culture de la peur). Il décrit les effets concrets que la peur imprègne dans la vie sociale. En 1944 déjà, le philosophe allemand Kurt Riezler, professeur à la New School for Social Research, fut le premier à aborder la peur d'un point de vue psychosociologique. Soulignant qu'en temps de crise, une peur spécifique (« la peur de l'inconnu ») s'empare

des individus, il avait déjà désigné en confirmation avec le sociologue français Edgard Morin (1993) la question fondamentale pour les sciences sociales à savoir celle de la contamination entre « peur » et « connaissance ». La peur est une menace pour l'intégrité physique ou psychologique des individus. En raison de l'ignorance ou du doute qui sont entretenus au sein des populations, nous découvrons que les « peurs totales » ont pour modèle idéal la peur de la mort. Certains auteurs classent ce type de peur (La finitude de la vie) dans la catégorie des « peurs anthropologiques » (Paillard, 1993). Afin de pallier cette angoisse existentielle, nombre d'individus adhéreraient à des systèmes de refuge dans la soumission à l'autorité.

EN GUISE DE CONCLUSION !

Une réflexion dont il est hasardeux d'en définir l'auteur voudrait que « la population puisse toujours être convertie à la cause de certains influenceurs. Tout ce qu'il suffit de faire, c'est de leur dire qu'ils sont menacés et dénoncer les attentistes pour leur manque de courage qui expose le pays au danger. »

Restreindre les libertés est plus facile que de les rétablir une fois qu'elles sont limitées. C'est précisément la grandeur et la marque de fabrique des démocraties que de restaurer La Liberté de pensée et d'expression de celle-ci.

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