

Édito

Chaque année, le magazine Horizons médicaux vous donne l'occasion de prendre le pouls de notre institution. Ce numéro 7 vous permettra notamment de découvrir le travail pluridisciplinaire mené par le centre d'audiophonologie et l'équipe de prise en charge de l'obésité. Cette même approche multi-métiers est également proposée en cardiologie pour le placement de la valve aortique par voie percutanée. Cette technique innovante est mise en œuvre à Mont-Godinne depuis 2009, preuve d'un dynamisme sans cesse renouvelé. Ce dynamisme souffle également au centre médico-chirurgical ambulatoire (CMCA) qui prendra ses nouveaux quartiers dans la nouvelle aile dont l'inauguration est prévue en 2011.

Plus largement, l'institution s'est engagée en 2009 dans un processus d'amélioration continue, appelé Lean. Sa mise en place dans certains services a déjà abouti à des résultats positifs. Le Lean est par ailleurs un outil qui permettra à notre institution d'atteindre les objectifs qu'elle s'est fixée dans le cadre de son plan stratégique. Parmi ces objectifs, l'amélioration de l'accessibilité constitue une priorité importante. Concrètement, des groupes de réflexion travaillent en ce sens avec des résultats concrets à la clef comme la prise de rendez-vous via internet.

C'est la volonté de maintenir le niveau d'excellence de notre institution tout en la rendant plus accessible à nos patients que nous vous proposons de découvrir au fil de ces pages.

Bonne lecture !

Professeur Patrick DE COSTER,
médecin directeur.

HORIZONS

Bulletin d'informations
des Cliniques universitaires
UCL de Mont-Godinne
Solidarité mutualiste chrétienne asbl
B-5530 Yvoir

Tirage: 5800 exemplaires

Éditeur responsable

Patrick De Coster

Coordination

Isabelle Labar
081 42 28 20
Isabelle.Labar@mont.ucl.ac.be

Comité d'information

Anne Bauwin, Serge Bietlot,
Eddy Bodart, Pierre Bulpa,
Éric Burton, Geneviève Dehareng,
Géraldine Fidalgo, Philippe Genin,
Isabelle Labar, Philippe Lardinois,
Marie Claire Laroche, Dimitri Lionnet,
Marcel Malotaux, Françoise Montulet,
Véronique Nonet, Sandra Panella,
André Parent, Thierry Vander Borghet.

Correction

Philippe Genin, Marcel Malotaux.

Graphisme du titre

Marie-Bernadette Jacquain.

Photo couverture

© Mont-Godinne.

Mise en page et impression

ADRENALINE à Namur
081 250 550
info@adrenaline.be

Le CMCA (centre médico-chirurgical ambulatoire), un hôpital dans l'hôpital...

Interview de *Lionel Chassigneux*, chef infirmier du site, *Alain Mayné*, coordinateur médical du site, et *Yves Watterman*, coordinateur général des sites opératoires, par *Philippe Genin* et *Isabelle Labar*.

Une histoire récente...

En 1998, au 1^{er} A, 2 chambres sont consacrées à la chirurgie de jour ambulatoire, prise en charge par le prof. Alain Mayné et Katty Henin, une des secrétaires actuelles. L'embryon du CCA était en gestation...

En 2000, le service prend forme, malgré certains doutes et réticences vis-à-vis de cette nouvelle manière d'envisager la chirurgie, surtout dans un centre universitaire, plutôt dévolu, dans l'esprit de beaucoup, à la chirurgie dite «lourde». Dans une partie du nouveau bâtiment au rez-de-chaussée, une salle d'opération et quelques chambres prennent place. Une équipe est créée: un véritable challenge puisque seule une infirmière est formée aux techniques du quartier opératoire. Yves Watterman, infirmier-chef de pneumologie, prend la direction de cette équipe. Une bonne dose d'enthousiasme face au défi, de la volonté, des formations... et le mélange prend! Le bilan est là: une équipe performante, soudée par une camaraderie et une ambiance conviviale...

En 2003, face au développement et au succès de l'ambulatoire, le service double sa capacité sur le site occupé actuellement. Une salle d'opération pour les anesthésies locales et l'algologie vient également s'ajouter à la structure existante.

Actuellement, les 18 lits représentent une moyenne d'environ 45 patients par jour, auxquels s'additionne un nombre équivalent de consultations. Ce sont donc environ 90 patients qui se présentent quotidiennement au CMCA. En termes d'anesthésies générales, cela représente à peu près 14 anesthésies totales par jour pour les deux salles.

Une composante médicale s'est ajoutée au CCA du début pour en faire le CMCA, depuis 2007, reprenant un ensemble de spécialités: rhumatologie, gastroentérologie, pneumologie en sont les intervenants majoritaires. On y pratique surtout les traitements par voie intraveineuse, les préparations et anesthésies pour examens invasifs radiologiques, les ponctions



De gauche à droite, devant, **Laurence Laloux, Catherine Remy, Alain Mayné, Yves Watterman**. De gauche à droite, derrière, **Françoise Vandeloise, Lionel Chassigneux, Marie Francotte, Nicole Bouillot, Céline Maes, Katia Brilot, Viviane Saerens, Sylvie Jacques et Anne-Louise Antoine**.

d'ascite, les cures de produits modulant le système immunitaire du patient, les tests d'allergie nécessitant la présence d'un anesthésiste... Les petits enfants y sont également anesthésiés pour des examens nécessitant l'immobilité: scanners, RMN... 3 lits sont actuellement réservés au CMA.

Un secteur en plein développement est celui des endoscopies sous anesthésie générale: actuellement, 20% des plages horaires sont dévolus aux colonoscopies et autres, maintenant systématiquement réalisées sous anesthésie générale. Cette situation est due aux efforts dans le domaine du dépistage du cancer du côlon. Ce développement implique, dans la situation actuelle, un transfert de certaines interventions du CMCA dans une salle du grand bloc opératoire.

Dans un futur très proche...

Dans l'année à venir, un important déménagement s'annonce: un étage entier du nouveau bâtiment de la phase II bis sera consacré au CMCA, avec 5 salles et 33 chambres. En 2011, toujours sur notre lancée, nous passons à cinq salles d'opérations dont une dédiée à l'algologie chronique, une autre à l'endoscopie digestive, et les 3 autres polyvalentes.

90 patients sont accueillis quotidiennement au CMCA.

Il faut savoir que, si la chirurgie ambulatoire est en plein essor en Belgique avec 28% des interventions réalisées, on est encore très loin de la situation des États-Unis ou de la Scandinavie où les pourcentages sont respectivement de 87 et 75%! À l'avenir, pour une question de maîtrise des coûts, il est clair que la chirurgie et la médecine ambulatoire prendront une part croissante

dans le fonctionnement des institutions hospitalières. Les hospitalisations du futur seront davantage tournées vers des hospitalisations de jour ou de semaine, avec un développement de structures annexes non-médicalisées de type hôtel hospitalier, surtout à Mont-Godinne dont la situation isolée et le très large bassin de recrutement (province du Luxembourg, zones frontalières françaises,...) favorisent ce type de structures. Après certaines interventions, le chirurgien doit, en effet, revoir le patient le lendemain afin de vérifier ou changer le pansement. Ceci ne nécessite pas une hospitalisation, mais il est évident que, pour un patient qui habite à 100 km, il est plus facile de rester sur place jusqu'au lendemain

Le CMCA, une seule équipe...

On peut réellement parler d'équipe pour le CMCA: médecins, infirmières, secrétaires, personnel d'entretien: toutes les catégories de personnel travaillent ensemble dans un respect mutuel. Les différences hiérarchiques sont gommées au profit de l'esprit d'équipe et du projet commun.

Le professeur Alain Mayné est le coordinateur médical du CMCA, responsable des procédures médicales et de la gestion des problèmes médicaux. Lionel Chassigneux, infirmier-chef depuis novembre 2009, s'occupe de la gestion quotidienne, du management de l'équipe, de la formation, du matériel et des horaires. Yves Watterman

Aux États-Unis, 87 % des interventions chirurgicales se déroulent en ambulatoire contre 28 % chez nous.



De gauche à droite, **François Gobeaux, Katty Henin** et **Isabelle Sohet.**

est, depuis novembre 2009, gestionnaire du site, garant du respect des procédures, préparant les plannings et veillant à ce qu'une intervention pouvant se dérouler en ambulatoire est bien dirigée sur le CMCA. 13 infirmières composent l'équipe nursing du service, s'occupant, d'après leur poste, de l'instrumentation en salle ou du suivi des patients en salle de réveil et en chambre. Contrairement à beaucoup de services, le secrétariat fait ici partie intégrante du service et les trois secrétaires participent à sa vie. Leurs tâches consistent en la gestion de l'accueil de tous les patients pour le site du CMCA, la gestion des consultations d'anesthésiologie préopératoire et d'algologie ainsi que toute la tarification du site*. Une catégorie de travailleuses fort appréciées au CMCA pour leur engagement personnel: les nettoyeuses pour qui le CMCA, c'est « comme chez elles »: tout doit être nickel, un point c'est tout! Une particularité du service: il n'y a pas d'aides-soignantes.

Le mode de fonctionnement du CMCA est basé sur des horaires flexibles et réactifs: lorsque le travail diminue, la présence de l'équipe est allégée, afin de pouvoir renforcer cette présence lors des moments plus lourds. Les infirmières prennent alors congé ou vont renforcer certaines équipes comme volantes, principalement au quartier opératoire, en hématologie-oncologie ou à l'hôpital de jour. Cette flexibilité est évidemment rendue possible par le fait que les urgences au CMCA restent exceptionnelles (en ophtalmologie par exemple, puisque seul le CMCA dispose du matériel d'intervention approprié) et que le programme est ... programmé (et respecté!). Un important travail est en effet réalisé en amont, à J-7 jours: planning

d'interventions et équipes sont définis à ce moment. Ceci permet de gérer au mieux timing et organisation. Il semble aussi exister une certaine « culture CMCA » impliquant un respect des consignes par tous les intervenants, internes ou extérieurs, ce qui permet de faire tourner l'outil sans heurts: l'ambiance de partenariat transparent, entre autres, dans le respect des horaires. Les consultations préopératoires d'anesthésie sont réalisées dans le site, ce qui permet aux enfants de le visiter une fois leur consultation terminée, ce qui a un impact plus que favorable psychologiquement sur l'enfant et les parents.

Les critères CMCA...

Quels sont les critères pour décider qu'une intervention peut être réalisée au CMCA? Ils sont de plusieurs ordres, ministériels tout d'abord: une liste des interventions à réaliser obligatoirement en ambulatoire est fournie par le ministère. Si cette liste n'est pas respectée, des diminutions de financement interviennent. Le critère financier propre à la clinique intervient également: la diminution de la durée d'hospitalisation bénéficie tant à la clinique qu'au patient. La chirurgie plastique, par exemple, n'est pas remboursée dans certains cas. Le fait de réaliser cette chirurgie en ambulatoire évite aux patients des frais élevés d'hospitalisation.

Toutes les spécialités chirurgicales sont présentes au CMCA, mise à part la chirurgie cardiothoracique lourde. L'ophtalmologie et la stomatologie ne sont présentes qu'au CMCA.

Le CMCA comme si vous y étiez...

Un patient, appelons-le Paul, doit subir une intervention chirurgicale au CMCA. Paul sera toujours vu préalablement en consultation par un anesthésiste, ce qui permet de diminuer considérablement les patients réfutés le jour même de l'intervention. Cependant, des patients sont encore interdits de chirurgie lors de leur arrivée: ceux présentant de la température et ceux n'ayant pas appliqué les strictes consignes de jeûne.

Paul arrive donc le jour J et se présente à l'accueil du CMCA, ouvert de 8h à 17h30. Il est accompagné de son épouse.

L'accompagnement du patient est obligatoire au CMCA: pas question de retourner seul à son domicile après une intervention. L'épouse de Paul, dans un souci de convivialité et de diminution de stress du patient, a l'autorisation de rester auprès de lui dans sa chambre, et même en salle de réveil.

Après l'enregistrement auprès de la secrétaire, une infirmière prend Paul en charge et le conduit à sa chambre. L'objectif des infirmières est de maintenir le délai global d'attente entre l'arrivée à l'accueil et l'entrée en salle sous la demi-heure. Le contact personnalisé avec les patients est la clé de voûte d'une prise en charge optimale et, dans la mesure des horaires, un patient sera pris en charge tout au long de son passage au CMCA par la même infirmière... Tout se passe sans problèmes, et une des deux infirmières s'occupant des chambres et de la salle de réveil accompagne Paul et l'informe du « coup de fil du lendemain ». Les infirmières reprennent en effet toujours contact avec les patients le lendemain de l'intervention pour prendre connaissance de leur état et de tout problème ou remarque éventuels. Cette communication est très appréciée des patients.

Un mot d'ordre: la convivialité tant vis-à-vis du patient qu'au sein même de l'équipe réunie autour d'un projet commun.

Si le patient est un enfant, l'intervention est, dans la mesure du possible, précédée par une visite de l'enfant dans le service, ce qui diminue considérablement le stress le jour de cette intervention.

Le CMCA, structure récente, a su trouver sa place au sein de notre institution universitaire et sera appelé à un proche et important développement dès l'inauguration du bâtiment de la phase II bis. L'ambulatoire, véritable « hôpital dans l'hôpital », avec autonomie de programme et de tarification, sera amené, au cours des prochaines années, à constituer l'évolution de tout le secteur médical, bénéficiant tout à la fois au patient et à l'institution hospitalière.

■ **Philippe Genin.**

(*) Depuis le 15 avril 2010, tout le volet chirurgical dépend du secrétariat central de programmation.

Création d'un espace-enfants aux Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne.



Il existe au sein de nos Cliniques un lieu destiné à accueillir, tous les mercredis après-midi (de 14 heures à 17 heures), les enfants venus rendre visite à un parent ou à un proche gravement malade.

Cet espace est animé par Nathalie Blauwbloeme et Virginie Laloux. La première travaille comme infirmière à l'hôpital de jour héματο-oncologique des Cliniques. La seconde est psychologue dans l'équipe mobile de soutien oncologique et de soins palliatifs ainsi que dans le service des soins intensifs.

Les personnes travaillant dans ces services (personnel soignant, psychologue, assistant social, etc.) sont confrontées régulièrement à la souffrance des patients et au bouleversement familial que celle-ci induit. Les parents malades se posent beaucoup de questions concernant leurs enfants. Comment vivent-ils cette situa-

tion? Que comprennent-ils? Que leur dire? Cette réflexion a fait apparaître l'intérêt de créer un lieu d'accueil pour ces enfants, d'autant plus qu'il existe ce même type de lieu dans d'autres hôpitaux, à l'initiative de l'association Cancer et psychologie.

L'espace-enfant propose un lieu d'expression, de jeu, de créativité et d'échange aux enfants et adolescents. Sont mis à leur disposition des livres, des jeux, du matériel de dessin, de peinture et de bricolage: matériel qui leur donne la possibilité de s'exprimer plus aisément. S'il le souhaite, l'enfant peut parler de son ressenti: sa tristesse, sa colère, ses peurs. Il est important que ces émotions soient entendues, reconnues et légitimées.

L'espace permet de favoriser la venue de l'enfant à l'hôpital et donc de maintenir le lien parent-enfant, parfois mis à mal pendant les hospitalisations. Il peut favoriser également les échanges au sein de la famille autour de la maladie et des bouleversements qu'elle suscite chez chacun.

Cet espace a pu voir le jour grâce au soutien de la direction et du personnel soignant, mais également grâce au sou-

tien financier du Plan Cancer, de la fondation Roi Baudouin, du mécénat ING ainsi que des firmes pharmaceutiques Janssen-Cilag et Roche (Cycle for life).

L'espace est situé à droite de l'entrée de l'hôpital de jour héματο-oncologique (patio de l'extension nord du bâtiment D).



Nathalie Blauwbloeme et Virginie Laloux à droite.

L'espace-enfants accueille les enfants sans rendez-vous. À la demande des parents, une animatrice peut venir chercher l'enfant en chambre d'hospitalisation. La participation est gratuite



Quelques photos de l'inauguration (Photos Christian Deneffe).

Le DSRG, une unité de recherche à la réputation internationale...

À l'heure où la recherche devient une priorité au sein des Cliniques universitaires de Mont-Godinne (CUMG), une petite équipe enthousiaste travaille depuis 13 ans déjà sur des projets qui ont atteint une renommée internationale. Leur créneau, unique en Belgique: les tests de stabilité des médicaments injectables, en vue de leur préparation en pharmacie et de leur stockage.

Le nouvellement nommé DSRG (Drug stability research group) a tout récemment intégré le LDRI (Louvain drug research institute) grâce à la réputation acquise par delà nos frontières. L'équipe, identique depuis ses débuts, est composée de Jean-Daniel Heccq, docteur en sciences pharmaceutiques et responsable de la pharmacie des CUMG, du prof. Laurence Galanti, médecin biologiste responsable du laboratoire de

chimie, du prof. Jacques Jamart, responsable de l'Unité de support scientifique et de Mme Danielle Vanbeckbergen, licenciée en biologie, responsable du secteur HPLC au laboratoire de chimie.

Ces 13 ans de travail commun ont produit un palmarès impressionnant : les 38 posters et 24 publications ont été couronnés de 4 prix et nominations.

Mais quelle est l'utilité de tester la stabilité d'un produit déjà contrôlé par l'industrie pharmaceutique?

Revenons aux prémices du projet: il y a une quinzaine d'années, l'infirmière recevait les injectables de la pharmacie sous forme lyophilisée et devait les reconstituer et les diluer au chevet du patient: la perte de temps était importante, ainsi que les risques de mauvaise manipulation. Comment délivrer l'infirmière de cette partie technique de préparation de médicaments afin de lui laisser davantage de temps pour les soins? La pharmacie a donc décidé de préparer à l'avance des poches de médicaments, de manière stricte et standardisée, et de les distribuer aux services en fonction des besoins. Mais personne ne travaillait de cette manière: aucune donnée de conservation et de stockage n'existait alors. Dans l'industrie pharmaceutique, les stabilités testées des produits reconstitués ne dépassent jamais 24 heures. Jean-Daniel Hecq prit contact avec Laurence Galanti, qui disposait dans son laboratoire de chimie du matériel et des compétences nécessaires pour tester la stabilité dans le temps de médicaments reconstitués et soumis à différentes conditions de stockage (frigo ou congélateur).

Actuellement, environ un tiers des 135 000 produits injectables délivrés annuellement par la pharmacie est préparé de cette manière et simplement déstocké lors de la commande de l'étagère. Une unité centralisée de reconstitution des injectables a été créée et dispose de 5 hottes à flux d'air laminaire dans 3 salles, ainsi que de 15 frigos et 6 congélateurs pour le stockage. Seuls les produits dont la stabilité a été testée au laboratoire de chimie sont délivrés de cette manière.

Le processus suit toujours des règles strictes de validation: Jean-Daniel Hecq étudie avec Laurence Galanti la faisabilité d'un projet et fournit au laboratoire le produit à analyser. À partir de quelques articles de référence, une nouvelle méthode de



séparation est mise au point pour chaque produit à tester.

Danielle Vanbeckbergen se charge de la partie analytique à l'aide de matériel de pointe: une chaîne de chromatographie liquide à haute pression (HPLC) couplée à un détecteur à barrettes de diodes (PDA) et détermine le choix de la colonne ainsi que les conditions de travail (température, pression, pH, ...). Une fois la méthode validée selon les critères définis par les recommandations européennes et américaines, le test de stabilité démarre et les dosages sont réalisés suivant un agenda déterminé: la modification de concentration du produit au cours du temps est étudiée. Les résultats de dosage du produit sont ensuite fournis au prof. Jamart pour analyse statistique. Jacques Jamart utilise une méthode statistique rigoureuse maintenant reprise par d'autres équipes. En fonction des données de cette étude statistique, soit le produit est déclaré stable et peut donc être préparé à l'avance, soit les résultats indiquent une dégradation trop importante de celui-ci dans le temps et la préparation extemporanée persiste.

Le cadre de ces études de stabilité s'est ensuite élargi et diversifié, faisant appel à des recherches plus fondamentales: comparaison d'un produit avec son générique, différence entre méthodes de conservation (frigo ou congélateur) ou de décongélation (micro-ondes ou température ambiante), étude de l'influence du composé chimique constituant la matière des poches sur le contenu de celle-ci, ...

Dès le premier test, un poster et une publication ont été présentés et, depuis, le mouvement ne s'est jamais arrêté. Le titre de la plupart des publications présentées commence volontairement par «Long-term stability of...». C'est en quelque sorte la «marque de fabrique» du groupe, et dans les congrès, le simple fait de voir cet intitulé permet de repérer la présence d'un poster provenant de Mont-Godinne!

Une récente newsletter de STABILIS (2009), base de données européenne consacrée à la compilation d'études de stabilités en Europe, mentionne le DSRG comme «principale équipe publiant actuellement des études de stabilité en Europe». Une autre consécration de taille est de voir ces travaux cités comme références dans de grandes publications internationales américaines ou canadiennes. Ainsi, G SEWELL (UK, 2006) qualifie notre DSRG de «prolyphic» tandis que L.A. TRISSEL (USA, 2009) estime que «You and your colleagues are among the most active researchers in



De gauche à droite: **Jean-Daniel Hecq, Jacques Jamart, Laurence Galanti et Danielle Vanbeckbergen.**

Clinical Pharmaceuticals in the world since the Americans have nearly abandoned the field».

Les assistants médecins ou pharmaciens biologistes accueillis chaque année au sein du laboratoire de chimie ont l'opportunité de participer à ces études et ainsi de publier le fruit de leur travail lors de leur année de stage. Ces travaux ont également permis la réalisation d'une thèse de doctorat en sciences pharmaceutiques.

Les pharmacies hospitalières en Belgique préparent en général les poches de nutrition parentérale, les traitements de chimiothérapie et les antidouleurs. La pharmacie de Mont-Godinne y ajoute les anti-infectieux, les antidouleurs utilisés en soins palliatifs et postchirurgicaux, les adjuvants de chimiothérapie anticancéreuse (antiémétiques, ...), et se pose ainsi souvent en référent pour d'autres pharmacies hospitalières.

D'un point de vue financier, il est à noter que le groupe de recherche ne fonctionne que grâce aux bonnes volontés des services concernés, sans aucun crédit intérieur ou extérieur. Cette absence de financement est malheureusement parfois limitante au niveau de l'achat de nouveau matériel de détection. Mais, au sein du DSRG, l'enthousiasme, la bonne entente et le goût du travail bien fait pallient ce manque de moyens! Et les projets ne manquent pas... Le prochain sur la liste est d'étudier la stabilité à long terme de perfusions de cyclosporine, le médicament antirejet administré aux transplantés pulmonaires.

Le DSRG, une petite équipe... et de grands résultats: tout le temps gagné, jour après jour, dans chaque service des CUMG libéré de la préparation d'une partie de ses injectables.

■ Philippe Genin.

Projet pilote de pharmacie clinique aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne (CUMG) : pharmacie clinique et dénutrition.

La **dénutrition** est fréquente en milieu hospitalier (30 à 50 % des personnes admises dans les hôpitaux européens sont concernées). Elle est associée à une augmentation de la durée moyenne de séjour, de la morbidité, de la mortalité et des coûts. Pourtant, elle y reste souvent insuffisamment diagnostiquée et traitée. Le projet pharmacie clinique des CUMG, financé par le SPF Santé publique, a rejoint une demande antérieure du Comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) des cliniques, d'objectiver l'impact d'un pharmacien clinicien dans l'aide à la prise en charge de la dénutrition par les équipes hospitalières. Ce projet transversal a concerné 6 services et a comporté 3 phases (formation – intervention – analyse). Il s'intègre dans le développement de la pharmacie clinique aux CUMG. Mlle Céline Michel, pharmacien hospitalier clinicien, a été engagée dans ce cadre en septembre 2007. Afin d'améliorer ses connaissances sur le sujet, elle a pu suivre une formation de 7 semaines dans l'unité de nutrition clinique du prof. M. Roulet et du doct. P. Coti au Centre hospitalier universitaire vaudois de Lausanne.

Les **buts** de ce projet étaient :

- d'objectiver l'impact d'un pharmacien clinicien dans l'aide à la prise en charge de la dénutrition et de l'évaluer qualitativement;
- d'observer les obstacles à cette prise en charge;
- d'en rechercher les causes et d'imaginer des solutions;
- et, enfin, de participer activement au développement et à la visibilité de la pharmacie clinique au sein de l'institution.

Des services de notre institution ont été répartis au hasard en un **groupe «contrôle»** (pneumologie, oncologie, médecine interne, chirurgie cardiovasculaire) et en un **groupe «intervention»** (hématologie-gastroentérologie, neurologie-neurochirurgie, chirurgie générale). Une séance d'information leur a été proposée en septembre 2007 par le CLAN.

La période d'intervention du pharmacien clinicien s'est déroulée de janvier à juin 2008 dans le groupe «intervention». Durant celle-ci, elle a travaillé en collaboration avec les autres prestataires de soins

sur base des 3 axes de prise en charge de la dénutrition: le dépistage nutritionnel, l'assistance nutritionnelle et le suivi nutritionnel. Des indicateurs, dont elle ignorait la nature, ont été récoltés dans les services concernés durant cette période mais également lors d'une période de contrôle historique (octobre-novembre 2007) et les résultats ont été comparés entre les 4 groupes. Enfin une évaluation qualitative a été menée en juillet 2008 sous forme de questionnaire destiné aux médecins, infirmiers, aides soignants et diététiciens des services concernés.



De gauche à droite: **Bruno Krug, Anne Spinewine, Jean-Daniel Heça, Céline Michel et Alain Dive.**

1 696 patients ont été inclus durant la phase d'intervention (1 010 dans le groupe «contrôle» et 686 dans le groupe «intervention») et 550 pour le contrôle historique (326 dans le groupe «contrôle» et 224 dans le groupe «intervention»).

Le **dépistage nutritionnel** rapide recommandé aux CUMG repose sur la mesure du poids et de la taille et sur 2 questions simples: «Avez-vous perdu du poids? Si oui, combien et en combien de temps?» et «Avez-vous une perte d'appétit?». Le graphe 1 nous montre que, même si une séance d'information peut encourager les services (avec une intensité variable) à faire ce dépistage de manière complète, cet effet semble s'étioler au fil du temps. On observe par ailleurs qu'il y a statistiquement plus de patients qui ont eu un dépistage complet dans le groupe «intervention» par rapport au groupe «contrôle», alors que ce groupe était au départ plus faible. Le pourcentage reste cependant insuffisant (± 1 patient sur 2). Le pourcentage de **nutritions parentérales** instaurées dans le groupe «intervention» est également plus important que

dans le groupe «contrôle» tandis que le pharmacien clinicien ne semble pas avoir eu d'impact sur l'instauration de **nutritions entérales** (non statistiquement significatif). Rappelons que la nutrition entérale doit être préférée à la nutrition parentérale en l'absence de contre-indication. Le pharmacien clinicien a par contre participé à optimiser la **prescription et le suivi biologique de la nutrition parentérale**. En effet, les recommandations du CLAN à ce sujet étaient très rarement consultées et suivies par les médecins. Les conseils pour la **prescription et l'administration de médicaments par sonde d'alimentation entérale** la plus efficace et la plus sûre possible ont aussi constitué une grande part de son travail.

Malheureusement, il a été également constaté que les patients étaient encore en général insuffisamment pesés dans notre institution. La recommandation aux CUMG pour tout patient est la mesure d'un poids à l'admission (dans les 48h) et ensuite une fois par semaine durant l'hospitalisation. Est-il nécessaire de rappeler que le poids est utile à l'évaluation nutritionnelle du patient mais également au suivi de certaines pathologies, à l'évaluation de sa fonction rénale, à l'adaptation de dose de médicaments, etc. La direction a été très sensible à cette constatation et a, dès lors, proposé que chaque chambre dispose d'une balance et que chaque étage dispose d'une balance-chaise afin que des problèmes de matériel ne fassent pas obstacle à cette recommandation. Elle entend par là adresser un message fort à tous les services de notre institution. Les commandes sont en cours.

Les interventions du pharmacien ont en général été jugées utiles à très utiles. Cependant, son action était parfois limitée, entre autres, par sa fonction (p. ex. évaluation de la fonctionnalité d'un tube digestif, calculs précis d'apports, optimisation des techniques de soins relatives aux nutriments artificielles, ...). Cette constatation renforce encore l'idée, décrite largement dans la littérature, **qu'une équipe multidisciplinaire de terrain** (pharmacien clinicien, diététicien, médecin, infirmier spécialisé) pourrait être beaucoup plus efficace, les membres du CLAN ne disposant pas non plus de temps pour agir de manière régulière en dehors de leur service respectif.

Les **causes** des obstacles à une prise en charge optimale de la dénutrition rencontrés sur le terrain rejoignent celles décrites dans les recommandations européennes: manque de procédures, d'informations et de connaissances.

Suite à cette étude, les membres du CLAN ont déjà organisé et organiseront encore

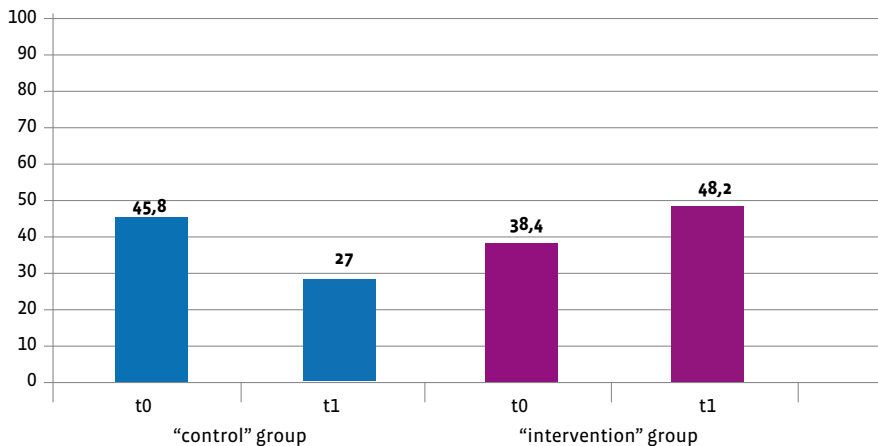
des staffs, sensibilisations et séances d'information pour **améliorer les connaissances** du personnel soignant en matière de dénutrition. Ils ont également décidé de renforcer la **visibilité** du travail diététique ainsi que celui du référent en nutrition. Ils ont modifié la **feuille de prescription** des nutriments parentéraux pour plus de

sécurité et ont lancé la réflexion sur la prescription informatisée des nutriments artificielles. Ils ont déjà rédigé et continueront à ajouter sur l'intranet des recommandations, des informations, des aides à la prescription et au suivi des nutriments parentéraux, des aides à la prescription et à l'administration des médicaments par sonde d'alimentation, ... Il a été également décidé d'ajouter aux messages institutionnels une **approche par service** sous forme de «contrat» pour optimiser la prise en charge de la dénutrition. Un projet pilote est d'ailleurs en cours dans l'unité de gériatrie (projet PNNS) et dans l'unité de chirurgie digestive en collaboration avec le Dr Lacrosse (anesthésiste) et Mme D'Alu (diététicienne). Ce dernier y a développé le dépistage nutritionnel préopératoire pour permettre une prise en charge nutritionnelle plus précoce des patients.

Remerciements. Nous tenons à remercier l'ensemble des équipes qui ont participé à ce projet, les membres du CLAN et le SPF Santé publique.

■ Céline Michel.

Complete denutrition screening



Graph 1 : Pourcentage de patients ayant bénéficié d'un dépistage complet dans les groupes « Contrôle » (C) et « Intervention » (I) durant la période d'intervention (t1) et la période de contrôle historique (t0).

Le séjour post hospitalier de transition.

Depuis février 2009, une collaboration s'est établie entre les Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne et l'Institut Saint-Thomas de Villeneuve de Lustin, ce dernier met à disposition 15 lits, en chambre individuelle, pour des séjours posthospitaliers de transition.

À qui cela s'adresse-t-il ?

Aux patients de plus de 60 ans ayant séjourné aux Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne et dont le retour à domicile soulève quelques questions:

- l'état de santé nécessite encore des soins de plaies, des exercices de révalidation physique et/ou psycho-sociale;
- la collaboration d'une équipe pluridisciplinaire d'infirmiers, kinésithérapeutes, ergothérapeute et aides-soignantes est encore recommandée pendant une certaine durée.

La durée de séjour posthospitalier de transition sera de minimum 15 jours avec

un maximum de 40 jours. Il ne s'agit pas d'un séjour de convalescence.

Les informations sur les conditions administratives et financières sont apportées par le service social des cliniques. Le médecin gériatre et son équipe évalueront la situation fonctionnelle et les besoins afin d'appuyer le transfert.

La demande sera examinée par les responsables de l'Institut Saint-Thomas qui répondront favorablement si le profil correspond à leur demande (lit MR ou MRS) et de la disponibilité de lit.

Le but de ce nouveau concept de « séjour posthospitalier de transition » est de garantir le retour au domicile ou l'entrée dans une maison de repos dans des conditions optimales.

Une collaboration étroite entre les services sociaux des deux institutions sera assurée pour finaliser le séjour posthospitalier.

Le médecin traitant sera informé et impliqué dans ce séjour.

Que propose l'Institut Saint-Thomas ?

Pour assurer le succès de ce nouveau service, l'Institut Saint-Thomas a mis en place des moyens humains et une infrastructure adéquate:

- un service nursing compétent,
- deux kinésithérapeutes,
- une ergothérapeute,
- des équipements supplémentaires de kinésithérapie, ...

Depuis janvier 2009, un nouveau bâtiment permet un accueil et une surveillance idéale des résidents dans des chambres spacieuses, disposant chacune d'un cabinet de toilette, avec douche. Ce bâtiment répond aux dernières normes en vigueur pour les maisons de repos et de soins.

■ Serge Biottlot.

L'asbl SCMTM lutte contre la maladie de Chagas en Bolivie.

Qu'est-ce que la maladie de Chagas?

La maladie de Chagas (du nom du médecin brésilien qui a décrit la maladie) est une infection due à un parasite (*Trypanosoma Cruzi*). Le vecteur ou l'hôte intermédiaire de ce parasite est un insecte (*Triatoma*, ou «Vinchuca» dans la langue des indiens),



sorte de grosse punaise de 2 à 3 cm, incapable de voler et nichant dans les terriers des animaux sauvages, le logement des animaux domestiques et dans les toits de chaume, les fissures et crevasses des habitations humaines détériorées. Les hôtes définitifs sont l'homme et de nombreuses espèces animales. Quand l'insecte, porteur du parasite, pique un individu endormi pour se nourrir de son sang, il dépose ses déjections sur la peau. Le parasite présent dans ces déjections va pénétrer activement dans son hôte définitif via une blessure, une lésion de grattage ou une muqueuse comme la conjonctive de l'œil.

La maladie se déroule en trois phases.

- **La phase aigüe** apparaît 3 à 30 jours après la piqûre et dure 8 à 10 semaines. Elle concerne surtout les enfants et se manifeste par des signes locaux



au niveau de la porte d'entrée, par des signes régionaux cardiaques ou neurologiques et par des signes généraux (anorexie, fièvre, diarrhée, ...).

- **La phase de latence** est totalement asymptomatique et dure 10 à 20 ans.

- **La phase chronique** se manifeste chez 30% des personnes infectées: des lésions irréversibles peuvent toucher l'œsophage, le colon, le système nerveux et surtout le cœur (décompensation cardiaque et troubles du rythme).

La maladie de Chagas sévit entre le sud des États-Unis et le sud de l'Argentine. Selon les estimations de l'OMS, 16 à 18 millions de personnes sont infectées, 2 à 3 millions ont développé des complications chroniques et 40 000 en meurent chaque année.



Le risque d'infection est fortement lié aux conditions socio-économiques; rappelons que la Bolivie se classe parmi les pays les plus pauvres de la planète.

Comment lutter contre la maladie?

4 moyens de lutte existent.

1. Le dépistage.

Le dépistage est capital à différents niveaux: inspection des habitations, dépistage des malades infectés et vérification des poches de sang (en 1999, 40% des donneurs de sang étaient positifs à la maladie).

2. Le traitement.

Le traitement curatif n'est réellement efficace que durant la phase aigüe. Seuls les enfants en bas âge peuvent donc en bénéficier.

En phase chronique, le traitement est essentiellement symptomatique.

3. La prévention.

L'amélioration de l'habitat est prioritaire et passe par la pulvérisation d'un insecticide dans les murs et les plafonds, la réfection des toits et le lissage de toutes les surfaces (plâtrage des murs, joints, ...).

4. L'éducation de la population.

Ce point est essentiel pour obtenir des résultats positifs et assurer l'éradication de la maladie par les autochtones eux-mêmes.

L'action de SCMTM.

L'action concerne la municipalité de San Lucas en Bolivie (32 000 habitants répartis sur une superficie équivalente à celle de la Belgique), particulièrement pauvre et affectée par la maladie.

Le premier projet (2003-2007) porté par l'asbl CMT* a abouti à la guérison de 510 enfants détectés positifs au départ, tous traités grâce à l'aide de CMT et tous guéris. Favorisant le travail local de l'asbl bolivienne Esperanza*, le projet a aussi permis l'organisation de la détection du Chagas congénital, la formation de promoteurs



de santé, le développement d'un laboratoire de référence dans l'hôpital même de San Lucas et la construction de nouvelles maisons avec un toit en tuiles pour éviter les récurrences de la maladie en éliminant l'habitat des punaises Vinchuca.



Encouragé par ces résultats positifs, un projet identique est reconduit par SCMTM pour six nouvelles années. Celui-ci concernera une zone géographique plus étendue (6 municipalités supplémentaires dans la même région).

Cette réalisation efficace est coûteuse, et nécessite une étroite synergie entre notre asbl SCMTM et Louvain Coopération au Développement* qui soutient une vaste action sanitaire et éducative en Bolivie. Les subsides accordés par le gouvernement belge via la Direction générale de la coopération au développement garantissent le financement du projet en multipliant par cinq l'apport propre de l'asbl. Le gouvernement bolivien accorde également un soutien pécuniaire pour garantir la pérennisation des actions et des compétences acquises par les acteurs locaux qui assureront à terme une prise en charge autonome.

Nous ne pouvons terminer cet article sans féliciter chaleureusement l'asbl SCMTM : le prof. Ph. Eucher vient de remporter le Prix Jean Sonnet 2009* pour le projet Chagas.

**asbl SCMTM ,
1, avenue Therasse,
5530 Yvoir**

scmtm-montgodinne@uclouvain.be

**compte 796-5203146-34
(dons fiscalement déductibles à partir de 30€)**

CMT, SCMTM, LCD et Esperanza : petit rappel pour les non-initiés.

L'asbl Collaboration médicale au Tiers-Monde (CMT) a été fondée en 1976 par les profs C-H. Chalant, R. Krémer et M. Goenen. Sous la présidence du prof. J-C. Schoevaerds, elle a fusionné avec l'asbl SCMTM en 2006. Après d'autres réalisations en Bolivie (construction d'un hôpital à Potosi, d'un dispensaire à Molino et d'un service de chirurgie cardio-vasculaire à Cochabamba) elle a lancé le projet d'éradication de la maladie de Chagas à San Lucas en 2003.

L'asbl Solidarité et coopération médicale au Tiers-Monde (SCMTM) fut fondée en 1978 entre autres par le prof. J. Prignot et Mr P. Jansen. Elle est actuellement présidée par le Dr Ph. Dubois. Durant ces trois décennies, SCMTM a soutenu et soutient encore de nombreux projets médicaux sur le continent africain (tel « Les amis du Cameroun ») et dans les pays andins.

L'asbl est aussi reconnue pour l'organisation de stages et de formations à l'intention de médecins et d'infirmiers émanant de pays en voie de développement.

Grâce à l'expertise acquise et à la qualité des actions entreprises, associées à une gestion rigoureuse et transparente, SCMTM a obtenu son agrément d'ONG (organisation non gouvernementale).

Le consortium Louvain développement, récemment renommé Louvain coopération au développement (LCD) a regroupé 6 asbl proches de l'UCL (dont SCMTM et CMT).

Présente dans plusieurs régions de 3 continents (Afrique, Asie et Amérique du Sud), LCD soutient une trentaine de projets essentiellement axés sur la sécurité alimentaire et économique ainsi que sur les systèmes locaux de soins de santé notamment grâce au savoir-faire et à l'expertise du personnel de l'UCL. Les bénéficiaires y sont toujours impliqués activement.

LCD dispose d'un bureau fixe en Bolivie (coopérants: MM. J-J. Meunier et V. Henin) qui assure le relais entre les partenaires du Nord et du Sud.

L'asbl Esperanza est notre contact local en Bolivie. Elle organise le travail de réfection des maisons, le dépistage de la maladie de Chagas et son traitement avec les acteurs de terrain.

* Prix Jean Sonnet.

Le prof. Jean Sonnet (1921-1992) fut professeur à l'Université de Lovanium de 1957 à 1966 (Rép. dém. du Congo).

À son retour en Belgique, malgré un intérêt très vif pour le laboratoire, le prof. Jean Sonnet a enseigné la pathologie infectieuse et les éléments de biochimie médicale durant de nombreuses années. Son intérêt pour l'enseignement de qualité explique qu'il fut l'un des pères de la réforme des études médicales au début des années 80. C'est le professeur Sonnet qui a accueilli les patients sidéens et qui a jeté les bases de la mise au point et du traitement de ces malades immunodéprimés aux Cliniques universitaires Saint-Luc.

Le prix Jean Sonnet, destiné à soutenir un projet d'aide à une population en difficulté, est réservé à un médecin, belge ou étranger, porteur d'un diplôme de l'UCL.



Cardiologie : implantation de valve aortique par voie percutanée.

Le 28/05/2009, nous avons commencé notre activité d'implantation de valve aortique par voie percutanée (PAVI) chez des patients avec sténose aortique sévère et symptomatologie importante. Il s'agit d'une activité nécessitant une collaboration étroite entre les services de cardiologie, de chirurgie cardiovasculaire, d'anesthésiologie, de radiologie et des soins intensifs.

Des membres des trois premiers services (cardiologie: professeur Chenu, docteur Guedes, docteur Gérard et Olivier Piraux, infirmier en salle de cathétérisme; anesthésiologie: docteur Dincq, docteur Nisolle; chirurgie cardiovasculaire: professeur Buche) ont suivi une formation de deux jours à Rouen chez le professeur Cribier qui a développé la technique en collaboration avec la firme Edwards (valve Cribier - Edwards appelée actuellement Edwards Sapien, il existe un autre type de valve qui est la Core valve que nous n'utilisons pas). Cette valve Edwards est un (gros) stent ou, après déploiement, se trouvent à l'intérieur les trois feuillets valvulaires.

La mise au point pré-implantation est longue et nécessite la collaboration entre les cardiologues cathétériseurs, les cardiologues échocardiographistes et les radiologues.

- **En salle de cathétérisme cardiaque** (professeur Chenu, docteur Guedes), une coronarographie est bien sûr réalisée et, s'il y a des sténoses importantes sur les gros troncs artériels, des angioplasties coronaires sont pratiquées. On réalise également des aortographies sus-valvulaires ainsi que des angiographies aorto-ilio-fémorales pour apprécier la voie d'abord.
- **En échocardiographie** (professeur Marchandise, docteur Gérard), se réalisent des mesures très importantes tant par voie transthoracique que par voie transoesophagienne de l'anneau aortique qui va décider de la taille de la valve qui doit être implantée.
- **En radiologie** (examens réalisés conjointement par le docteur Dupont, radiologue et le docteur Guedes, cardiologue), se réalise un CT scan thoraco-abdominal où on mesure le diamètre de l'anneau mais également la distance entre le plancher valvulaire et les ostia coronaires, il ne faut pas qu'en implantant la valve

et en écrasant l'ancienne, on obstrue les ostia coronaires, il faut une distance minimale. Au niveau aorto-abdominal, on mesure de façon très précise le diamètre interne de l'aorte et des axes ilio-fémoraux pour estimer si le matériel relativement volumineux est capable d'accéder par cette voie.

L'implantation se réalise en salle de cathétérisme cardiaque et ne nécessite ni sternotomie, ni circulation extracorporelle. Il ne s'agit pas d'un remplacement de la valve aortique mais d'une implantation d'une nouvelle valve dans l'ancienne qui a été préalablement écrasée au moyen d'un ballon. L'implantation se fait soit par voie fémorale au niveau du pli de l'aîne, soit, quand ces artères sont trop tortueuses ou rétrécies, l'implantation se réalise en pratiquant une incision au niveau de la partie gauche du thorax, en regard de la pointe du cœur que l'on ponctionne pour implanter la valve. Dans la plupart des cas, par voie fémorale, il n'y a pas d'anesthésie générale.

Ces PAVI sont réservés actuellement soit à des patients inopérables de façon classique (trop mauvaise fonction pulmonaire, particularités anatomiques empêchant d'ouvrir le thorax,...), soit à des patients dont le risque opératoire paraît prohibitif vu l'association de plusieurs co-morbidités.

Pour illustrer l'inopérabilité de façon classique, nous avons eu, par exemple, parmi nos patients :

- un patient de 94 ans avec BPCO et VEMS à 570ml soit 31% de la valeur normale, hypertension artérielle pulmonaire très sévère (plus de 80mmHg), fraction d'éjection ventriculaire gauche de 35%, un épisode d'insuffisance cardiaque et une légère insuffisance rénale;
- une patiente de 74 ans avec une cyphoscoliose très sévère et un VEMS à 460ml, oxygénothérapie à domicile;
- un homme de 82 ans avec un pontage mammaire interne droit sur l'artère interventriculaire antérieure, ce pontage mammaire s'est incorporé dans le sternum empêchant ainsi toute sternotomie;
- une dame de 86 ans avec une BPCO sévère, cortico-dépendante avec, en plus, bronchectasies post-radiques (néoplasie

mammaire) et un VEMS inférieur à 700ml après bronchodilatateurs;

- un patient de 83 ans avec antécédent de traumatisme thoracique (une vache est tombée sur lui) avec fractures costales très étendues, au CT-Scan thoracique certaines côtes brisées sont intrapulmonaires!

Pour illustrer le cas de patients dont le risque opératoire paraît prohibitif, nous avons eu, par exemple, comme patients :

- un homme de 89 ans avec BPCO et antécédent de pneumonectomie gauche, hypertension artérielle pulmonaire à plus de 60mmHg, insuffisance rénale chronique, la fraction d'éjection du ventricule gauche est sévèrement abaissée à 30%. Chez ce patient, on calcule l'Euroscore qui est un score de probabilité de décès ou de complication, il est de 69% et un score STS qui donne un risque de mortalité de 20% et un risque de mortalité et morbidité de 53%;
- un homme de 95 ans en très bon état général mais qui a eu un œdème aigu du poumon et qui a une très mauvaise fonction ventriculaire gauche (fraction d'éjection < 35%).

Il ne s'agit donc pas de dévier les patients de la chirurgie cardiaque vers une procédure interventionnelle mais bien d'apporter une solution à des patients que l'on n'aurait pas opérés.

En post-implantation, les patients séjournent 24 heures aux soins intensifs pour surveillance.

En date du 21 mai 2010, 328 cas ont été réalisés en Belgique et entrés dans une base de données, 2 913 cas ont été réalisés en Europe et également entrés dans une base de données. La base de données européenne nous apprend que le succès procédural est de 97%, la mortalité hospitalière se situe entre 5,2% et 7,3%, la mortalité à six mois se situe entre 12,4% et 21% et la mortalité à un an est entre 20% et 25%. La mortalité est donc élevée, mais, comme précédemment écrit, il s'agit de patients en général très âgés, soit inopérables soit avec une co-morbidité prohibitive pour une intervention classique.

Actuellement, la prothèse n'est pas remboursée par l'INAMI et est à charge de la clinique à raison de 20 000 € par valve.

Initiatives transfrontalières.

Dans le cadre d'initiatives transfrontalières, les Cliniques universitaires de Mont-Godinne ont pris part au programme ICAPROS (instance de coordination des actions pour la promotion de la santé) en tant qu'opérateur partenaire. Il s'agit d'un programme opérationnel de « INTERREG IV France-Wallonie-Vlaanderen » qui fait des appels à projets dans le but d'effacer les frontières.

INTERREG IV France-Wallonie-Vlaanderen.

Le programme INTERREG IV France-Wallonie-Vlaanderen est un programme européen de coopération transfrontalière. Ce programme vise à renforcer les échanges économiques et sociaux entre les régions Nord-Pas-de-Calais / Champagne-Ardenne / Picardie en France et Wallonie / Flandre en Belgique.

Le programme couvre un territoire de plus de 60 000 km² avec une population de quelque 10 millions d'habitants.

Une enveloppe (276 millions d'euros dont une partie en cofinancement européen) est affectée à la réalisation de projets concrets, dont ICAPROS qui sera décrit plus bas.

Les projets présentés doivent privilégier 4 priorités:

- favoriser le développement économique de la zone;
- développer et promouvoir l'identité du territoire transfrontalier;
- renforcer le sentiment d'appartenance à un espace commun;
- dynamiser la gestion commune du territoire.

Ils doivent, en outre, répondre à des impératifs de développement durable, équilibrés et harmonieux, du territoire européen dans les quatre dimensions économique, sociale, culturelle et écologique.

INTERREG IV est en fait, comme son nom l'indique, la 4^e période de programmation pour les années 2007 à 2013.

L'on peut résumer l'objectif de cette manière: «Mettre en synergie les potentialités de la zone de coopération transfrontalière afin de favoriser un développement durable, coordonné et intégré des régions concernées au bénéfice des populations frontalières.»

Des priorités stratégiques sont définies et forment ainsi l'ossature du programme.

Un territoire bien défini est concerné par INTERREG IV France-Wallonie-Vlaanderen (cfr zone bleue sur la carte ci-contre).

La gestion et la mise en œuvre du programme INTERREG IV France-Wallonie-Vlaanderen sont réalisées grâce à un partenariat regroupant l'ensemble des autorités belges et françaises concernées par la coopération transfrontalière (entre autres, la Région wallonne, le Conseil général de l'Aisne, la Région Nord-Pas-de-Calais, la Communauté flamande, etc.).

Des structures de gestion sont bien définies et mises en place pour assurer la bonne poursuite des projets.

ICAPROS franco-belge.

C'est précisément dans ce projet que les Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne interviennent de manière concrète. ICAPROS (2009-2013) est donc l'un des projets retenus par INTERREG IV. Ce projet concerne les provinces belges de Namur et Luxembourg ainsi que les départements français des Ardennes (cfr région entourée en rouge dans la carte ci-contre).

Ce projet répond aux priorités et impératifs décrits et ce, dans le domaine de la prévention des maladies cardiovasculaires et de leurs facteurs de risque (les prédispositions médicales, l'alimentation, le tabac, la sédentarité, l'hérédité et les habitudes familiales).

Il s'agit précisément d'une démarche d'éducation à la santé qui accorde une place prépon-

dérante au patient en tant qu'acteur de sa santé.

Ce projet vise à offrir au patient une offre éducative allant au-delà de la simple éducation et visant à un changement de comportement. Tout cela, bien entendu, de part et d'autre de la frontière franco-belge, pour les régions concernées.

La méthodologie utilisée pour concrétiser ce projet est la suivante:

1. constituer une instance de coordination franco-belge de projets communs en matière de prévention des maladies cardio-vasculaires;
2. recueillir les informations et données sur les maladies cardio-vasculaires et les facteurs de risques;
3. développer une méthodologie de sensibilisation des populations transfrontalières franco-belges concernées par les facteurs de risques, afin de les amener à participer à des examens d'évaluation de leur état de santé et de les inciter à prendre des dispositions pour se soigner si nécessaire (actions dans les entreprises);
4. sensibiliser les adolescents franco-belges à adopter des comportements responsables en matière de santé à travers le développement d'instruments pédagogiques applicables aux deux versants, concernant notamment l'alimentation et le tabac (actions dans les écoles).



(*) Sources : INTERREG IV,

Pour y parvenir, des actions bien précises et concrètes sont proposées et c'est dans ce cadre qu'interviennent, à notre niveau, le professeur Erwin Schröder comme responsable du Collège des experts scientifiques et le professeur Galanti pour l'aspect tabacologie.

ZOAST.

Du fait de l'existence de ces projets de coopération, une convention a été négociée entre les partenaires hospitaliers et

assurances maladie des 2 pays. Il s'agit des conventions ZOAST (zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers). Cet accord permet de donner une base légale à la coopération entre les 2 pays et de définir les acteurs compétents dans ce domaine.

Les objectifs essentiels sont :

- garantir un accès aux soins transfrontaliers de qualité ;

- simplifier les procédures administratives et financières pour le patient ;
- mutualiser l'offre et les compétences.

Pour notre institution, c'est Anne Bauwin qui participe à l'élaboration de ces procédures pour faciliter les démarches administratives des Français vis-à-vis de leur mutualité lorsqu'ils viennent se faire soigner en Belgique.

■ Caroline Scoubeau.

Le don d'organes et le projet GIFT aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Actuellement, la pénurie d'organes constitue le frein majeur à la transplantation. Le nombre de donneurs est insuffisant pour permettre à la Belgique de satisfaire les besoins. Il s'ensuit un délai d'attente prolongé qui peut avoir comme conséquence le décès de patients.

Même si la Belgique se situe dans le top 3 européen (2004) avec l'Autriche et l'Espagne avec plus de 70 transplantations par million d'habitants, le nombre de patients en liste d'attente ne cesse de croître (+ 25 % pour les reins entre 1999 et 2005). C'est pourquoi, depuis la fin de l'année 2006, le service des soins intensifs des Cliniques universitaires de Mont-Godinne s'est volontairement associé à un projet: le projet GIFT. Ce projet s'inscrit dans la campagne Beldonor, initiée en 2005 par le SPF Santé publique. Il est un prolongement de cette campagne au sein des différents hôpitaux belges.

L'objectif de ce projet est de diminuer la différence entre le nombre de donneurs potentiels et le nombre de donneurs effectifs en apportant un soutien au personnel médical des hôpitaux du pays. Des responsables de chaque hôpital enregistrent dans une base de données en ligne tous les décès survenant aux soins intensifs. Cela permet de définir à quelle étape le donneur potentiel n'a pu devenir donneur effectif et, dès lors, de voir où des améliorations peuvent être apportées.

Pour l'année 2007-2008, 13 642 décès ont été encodés pour la Belgique. 1515 patients présentaient des préconditions compatibles pour faire un diagnostic de mort cérébrale. Pour 1009 de ces patients,



Rajendra, Pascal, Claudine et Vincent témoignent de leur nouvelle vie après la greffe, en ramenant douze médailles des Jeux européens pour greffés du cœur et/ou du poumon de Vichy-France, en 2008.

la mort cérébrale a été formellement diagnostiquée et des prélèvements ont eu lieu chez seulement 350 de ces patients. Ce chiffre s'explique par différentes raisons: leur pathologie était incompatible avec le don d'organes (néoplasie, infection non contrôlée, ...), leur limite d'âge était dépassée, l'équipe soignante n'a pu recevoir un consentement de la part de la famille ou encore le patient n'a pas été identifié comme donneur d'organes! C'est ce dernier point que le projet GIFT vise à améliorer.

Bien qu'aux Cliniques de Mont-Godinne le pourcentage de donneurs par décès (3,41%) soit supérieur au taux de la Belgique (2,57%), beaucoup d'efforts sont encore à fournir, tant au niveau de la

détection des donneurs potentiels que de l'information.

C'est pourquoi, des journées d'information sont régulièrement organisées: journée partenariat transplantation le 30 avril, formation GIFT, journée EDHEP, ...

La mort est inéluctable, certes, mais quel beau défi à relever que de concilier le décès d'un être humain avec la solidarité! Transformer sa mort en vie pour les autres, tel est l'extraordinaire enjeu du don d'organes...

Pour en savoir plus... www.beldonor.be

■ Prof. P. Evrard
(coordinateur local du projet GIFT).
Sandrina Bouhon
(Study Nurse Soins intensifs).

Aux Cliniques de Mont-Godinne, le pourcentage de donneurs par décès est de 3,41%.

Un centre universitaire d'audiophonologie à Mont-Godinne.

Interview du professeur Garin,
directeur du centre par
Dimitri Lionnet et Isabelle Labar.

Depuis octobre 2009, nos Cliniques disposent d'un centre universitaire d'audiophonologie. Cette reconnaissance de l'INAMI officialise plusieurs années de pratiques multidisciplinaires et entraîne un remboursement plus favorable pour le patient. La pathologie présentée par le patient sera envisagée sous toutes ses facettes: techniques, médicales et psycho-sociales.

Horizons: Quelles sont les particularités du centre?

Prof. Garin: Il présente deux particularités. Premièrement, l'approche est multidisciplinaire, le patient sera vu non seulement par l'ORL mais également par les autres métiers concernés par la pathologie. C'est ainsi que l'équipe comprend un psychiatre, une psychologue, des logopèdes, une assistante sociale, un kinésithérapeute vestibulaire, des audiologistes. Deuxièmement, par la convention qui nous lie à l'INAMI, le remboursement est plus favorable pour le patient.

H.: Comment les patients arrivent-ils au centre?

P. G.: Le patient qui se présente au centre le fera sous recommandation de son médecin traitant ou de son ORL. Deux étapes jalonnent son parcours au sein du centre:

1. le bilan qui permettra un diagnostic complet suivi d'une réunion de toute l'équipe qui dégagera le traitement;
2. le traitement qui sera soit complet, soit partiel (rééducation, suivi par un psychologue, ...).

100 centres conventionnés existent en Belgique: 90 en Flandre, 10 en Wallonie, dont trois universitaires.

L'équipe:

le prof. Pierre Garin, le doct. Chantal Gillain, ORL-otologie;
le prof. George Lawson, ORL-laryngologie;
le doct. Denis Jacques, psychiatre;
Mme Christelle Claes, psychologue;
Mmes Françoise Hardenne, Nathalie Lebeau et M. François-Raphaël Legrand, audiologistes;
Mmes Sarah Perot, Alexandra Kugli, logopèdes;
Mme Valérie Minet, assistante sociale;
M. Denis Pierreux, kinésithérapeute;
Madame Nadia Deflorenne, secrétaire.



De gauche à droite: **Vincent Bachy** (médecin assistant), **Nathalie Lebeau** (audiologiste), **Jean-Philippe Van Damme** (médecin ORL), **Valérie Minet** (assistante sociale), **Sarah Perot** (logopède), **Chantal Gilain** (médecin ORL), **Pierre Garin** (médecin ORL), **Georges Lawson** (médecin ORL), **Alexandra Kugli** (audiologiste), **François-Raphaël Legrand** (audiologiste), **Françoise Hardenne** (audiologiste), **Nadia Deflorenne** (secrétaire), **Jacques Denis** (médecin psychiatre) et **Marc Remacle** (médecin ORL).

En cas de décision d'une revalidation, celle-ci doit se réaliser en ambulatoire (existence de la convention). Un programme de rééducation s'étalant sur plusieurs mois sera alors défini.

H.: Quels sont les patients qui «rentrent» dans cette convention?

P. G.: Les patients concernés sont, d'une part, les patients **otologiques**: les sourds (surdité totale ou profonde), les porteurs d'implants cochléaires, les patients présentant des troubles sévères de l'ouïe de type acouphène grave, les patients souffrant de vertiges chroniques ou de troubles sévères de l'équilibre et, d'autre part, les patients **laryngologiques**: les patients présentant des troubles de la voix liés à

la chirurgie (tumeur tête et cou) ou des patients souffrant de troubles de la déglutition (pathologie ORL, séquelle d'un AVC).

H.: Quels sont les perspectives du centre?

P. G.: Pour ce qui est de notre centre, nous aimerions développer le versant scientifique de notre activité par la participation à des études multicentriques et intensifier la formation pour les implants cochléaires. Le fait que Mont-Godinne soit reconnu comme centre de référence par l'INAMI est un avantage, notamment dans le cadre du dépistage systématique de la surdité à la naissance. Si le test de dépistage est pathologique ou douteux à la maternité, l'enfant doit obligatoirement être examiné dans l'un des centres de référence agréé par la Communauté française. C'est particulièrement important car un diagnostic précoce donne à l'enfant les meilleures chances de compenser sa surdité (par un implant cochléaire ou un appareillage auditif classique, selon les cas), avec des résultats à moyen et long terme qui sont nettement meilleurs.

En otologie, par exemple, le bilan comprendra des tests auditifs, des essais d'appareils auditifs, des examens radiologiques et biologiques.

La prise en charge de l'obésité.

Près de la moitié des Belges présentent un surpoids... et les chiffres ne cessent d'augmenter. Cette surcharge pondérale s'accompagne souvent de pathologies graves qui peuvent mettre la vie du patient en danger. Les cliniques de Mont-Godinne proposent aux patients obèses une prise en charge pluridisciplinaire, unique et personnalisée.

Constat alarmant

L'obésité et la surcharge pondérale se définissent sur base de l'indice de masse corporelle correspondant au rapport entre le poids sur la taille au carré (tableau 1). Outre ce rapport, on distingue l'obésité androïde et l'obésité gynoïde. C'est principalement cette obésité androïde qui prédispose tout particulièrement aux complications cardio-vasculaires.

25 - 29,9 kg/m ²	Surpoids
30 - 34,9 kg/m ²	Obésité modérée
35 - 39,9 kg/m ²	Obésité sévère
> 40 kg/m ²	Obésité morbide

Tableau 1: gradation de l'obésité en fonction de l'IMC.

L'obésité est un problème de santé de plus en plus important dans notre société. Ainsi, il apparait que près de la moitié des Belges présentent un surpoids (tableau 2). Par ailleurs, il est établi que ce phénomène s'aggrave tant par le nombre de malades impliqués que par l'âge de plus en plus précoce de ce fléau.

	% femmes actives avec une surcharge pondérale	% hommes actifs avec une surcharge pondérale
1994	32%	48%
2000	40%	52%

Tableau 2: importance et évolution de la surcharge pondérale.

Car c'est bien d'un fléau qu'il s'agit, outre cette incidence croissante, il faut également tenir compte des répercussions médicales, psychologiques, sociales et professionnelles dont souffrent ces malades (tableau 3).

Une approche globale de l'obésité.

À Mont-Godinne, nous pratiquons une approche globale. Depuis 2007, une clinique

Pathologies cardio-vasculaires	- dominant le pronostic vital - 2 ^e cause de mortalité en postopératoire de chirurgie bariatrique - = coronaropathie, hypertrophie ventriculaire gauche, insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque - ! pathologie thrombo-embolique = 1 ^{re} cause de mortalité en postopératoire de chirurgie bariatrique
Pathologies respiratoires	- syndrome d'apnée du sommeil (responsable à son tour d'HTA, HTAP, troubles du rythme cardiaque,...) - syndrome respiratoire restrictif - atélectasie et shunt
Diabète	- et ses complications : coronaropathie, néphropathie diabétique, rigidité articulaire, complications neurologiques sensitivo-motrices, neuropathie dysautonomique, ...
Hyperlipidémie	

Tableau 3 : principales complications de l'obésité

intégrée de l'obésité accueille les patients. Ils y sont pris en charge de façon multidisciplinaire par l'endocrinologue, le gastro-entérologue, le psychologue, les chirurgiens, les anesthésistes et les diététiciennes. La chirurgie n'est pas la seule option envisagée. L'objectif est de mettre les différentes approches en perspective. Il est essentiel de construire un projet cohérent et d'éviter l'erreur commune qui consiste à privilégier un seul outil. Il ne s'agira donc pas de proposer une solution unique au patient mais bien une combinaison de diverses approches (correction diététique, suivi psychologique, ballon intra-gastrique, chirurgie) en fonction de son histoire personnelle. C'est au cours d'une réunion de ces divers intervenants que sera élaborée la combinaison qui sera proposée et expliquée au patient

Correction diététique.

La prise en charge débute par l'instauration d'un conseil nutritionnel réalisé par nos diététiciennes (Cécile Sailliez, Bénédicte Grandjean et Michèle D'Alu) au cours d'un premier entretien avec le patient obèse. Ce conseil, individualisé, fixe un objectif réaliste à long terme. La priorité sera de réduire l'excès d'apports et non de prescrire des régimes restrictifs sévères, source de désordre alimentaire. Les recommandations diététiques visent surtout à restructurer les prises alimentaires et réduire la densité calorique. Plaisir alimentaire et convivialité seront maintenus ou restaurés.

Dans le cadre d'un succès à long terme, il est impératif pour le patient d'intégrer définitivement ces consignes – de nouveaux réflexes – même si la chirurgie intervient dans la prise en charge globale.

Le bilan psychologique.

Il est bon de rappeler que l'obésité n'est pas une maladie mentale et n'est pas un trouble psychologique. L'obésité est parfois favorisée par un trouble du comportement alimentaire, mais pas toujours.

Le psychologue fera donc une évaluation psychologique globale de la santé de la personne qui désire être opérée. Cette évaluation se passe en deux temps: une évaluation avant l'intervention médicale et un suivi après cette intervention.

Avant l'intervention, le psychologue interrogera le patient sur son comportement alimentaire, l'histoire de sa prise de poids, sa motivation à une demande d'intervention médicale ou chirurgicale, son état thymique et ses ressources (soutien de ses proches, loisirs, ...). Pour le patient, c'est une manière de voir s'il se sent prêt pour l'intervention et prêt à en assumer les conséquences. Le psychologue donnera ainsi son avis aux médecins impliqués.

Après l'intervention, un suivi psychologique est proposé aux personnes qui désirent maintenir un poids stable, qui ont du mal à changer leur comportement alimentaire ou d'autres comportements comme faire une

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin directeur : Prof. Patrick De Coster - Directeur médical associé : Dr Maximilien Gourdin

E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE			
Prof. LAWSON Georges			
SERVICE DE CHIRURGIE			
CHIRURGIE DES GLANDES ENDOCRINES			
Prof. MICHEL Luc	luc.michel@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 50
CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE			
Dr LEGENDRE Hugues	hugues.legendre@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 62
Prof. de CANNIERE Louis	louis.decanniere@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 60
Dr DE MOOR Véronique	veronique.demoor@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 63
Dr REVERDY David	david.reverdy@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 57
Prof. ROSIERE Alain	alain.rosiere@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 61
CHIRURGIE UROLOGIQUE			
Dr DI GREGORIO Marcelo	marcelo.digregorio@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 34 78
Prof. LORGE Francis	francis.lorge@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 34 70
SERVICE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE			
Prof. BUCHE Michel	michel.buche@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 60
Dr BOUKHRIS Monia	monia.boukhris@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 74
Prof. EUCHER Philippe	philippe.eucher@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 61
Dr FONTAINE Raphaël	raphael.fontaine@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 66
Dr GOFFINET Jean-Michel	jean-michel.goffinet@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 72
Prof. LOUAGIE Yves	yves.louagie@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 63
Dr LA MEIR Mark		081/42 38 10	081/42 31 51 (sec)
Prof. SCHOEVAERDTS Jean-Claude	jean-claude.schoevaerds@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 51 (sec)
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE			
Prof. LEGAYE Jean	jean.legaye@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 91
Dr CHARLIER Hervé	herve.charlier@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 96
Dr DE CLOEDT Philippe	philippe.decloedt@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 90
Dr LENFANT Patricia	patricia.lenfant@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 93
Dr LEDOUX Philippe		081/42 38 10	081/42 30 81 (sec)
Dr LEFLOT Jean-Louis		081/42 38 10	081/42 30 92
SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHÉTIQUE			
Dr FOSSEPREZ Philippe	philippe.fosseprez@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 34 98
Dr DECONINCK Christine		081/42 34 80	081/42 34 98
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE			
Dr DONNEZ Olivier	olivier.donnez@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 77
Dr MICHANUX Nathalie	nathalie.michaux@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 68
Dr SCHOLTES Héléène	helene.scholtes@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 79
Dr BOURGONJON Damien		081/42 38 83	081/42 30 40 (sec)
Dr PIRARD Céline	celine.pirard@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 40 (sec)
SERVICE DE NEUROCHIRURGIE			
Prof. GILLIARD Claude	c.gilliard@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 31 96
Dr GUSTIN Thierry	thierry.gustin@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 31 92
SERVICE D'OPHTALMOLOGIE			
Prof. HOEBEKE Michel	michel.hoebeke@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 34 50
Dr LEVECQ Laurent	laurent.levcq@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 34 55
Dr SERCKX Jean-Paul		081/42 34 80	081/42 34 53
SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE			
Prof. BERTRAND Bernard	bernard.bertrand@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 00
Dr BACHY Vincent	vincent.bachy@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 23 30
Dr COLLET Stéphanie	stephanie.collet@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 21
Prof. ELOY Philippe	philippe.elay@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 11
Prof. GARIN Pierre	pierre.garin@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 12
Dr GILAIN Chantal	chantal.gilain@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 19
Prof. LAWSON Georges	george.lawson@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 16
Prof. REMACLE Marc	marc.remacle@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 10
Dr VAN DAMME Jean-Philippe	jean.philippe.vandamme@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 14
Dr DESGAIN Olivier		081/42 34 80	081/42 37 05 (sec)
Dr GRULOIS Véronique		081/42 34 80	081/42 37 05 (sec)
Dr LERUTH Elisabeth		081/42 34 80	081/42 37 05 (sec)
DENTISTERIE - STOMATOLOGIE			
Dr MICHIELS Thierry	thierry.michiels@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 38 28
Mme DELHEUSY Geneviève		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)
M. LAMBERT Diego		081/42 34 80	081/42 34 53
DEPARTEMENT DE MEDECINE			
Prof. BOUTSEN Yves			
SERVICE DE CARDIOLOGIE			
Prof. SCHRÖDER Erwin	erwin.schroeder@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 24
Prof. BLOMMAERT Dominique	dominique.blommaert@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 36
Prof. CHENU Patrick	patrick.chenu@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 21
Prof. DANGOISSE Vincent	vincent.dangoisse@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 27
Dr DECEUNINCK Olivier	olivier.deceuninck@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 26
Dr GABRIEL Laurence	laurence.gabriel@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 23
Dr GERARD Marina		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)
Dr GUEDES Antoine	antoine.guedes@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 28
Prof. MARCHANDISE Baudouin	baudouin.marchandise@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 00
Dr XHAET Olivier	olivier.xhaet@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 20
Dr BOYASIS Philippe		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)
Dr COLLES Philippe		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin directeur : Prof. Patrick De Coster - Directeur médical associé : Dr Maximilien Gourdin

E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
Prof. DE ROY Luc	luc.de.roy@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 04
Dr DEBAISIEUX Jean-Claude		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr EMONTS Michel		081/42 36 01	081/42 36 04
Prof. KREMER René	rene.kremer@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 04
Dr LEONARD Jean		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr MITRI Kamal		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr MORANDINI Emmanuel		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr PAQUAY Jean-Louis		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr PURNODE Philippe		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr RAMOS DE OLIVAL José		081/42 36 01	081/42 36 04
Dr SALEMBIER Jean-Paul		081/42 36 01	081/42 36 04
CONSULTATIONS DE DERMATOLOGIE			
Dr DACHELET Claire		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)
Dr BODARWE Anne-Dominique		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr BRAEKEN Catherine		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr DE DECKER Isabelle		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr DE HALLEUX Céline		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr DEWULF Virginie		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr DUMONT Martine		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr HENNE Stéphanie		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr LAUKES Nathalie		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr REDING Virginie		081/42 34 80	081/42 30 42
Dr VAN HAMME Carine		081/42 34 80	081/42 30 42
DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE			
Dr DESPONTIN Karin		081/42 38 82	081/42 38 85
Dr HENNE Stéphanie		081/42 38 82	081/42 38 85
SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE			
Prof. DE RONDE Thierry	thierry.deronde@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 67
Dr BADAOUÏ Abdenor	abdenor.badaoui@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 67
Dr MARTINET Jean-Paul	jean-paul.martinet@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 67
Prof. MELANGE Michel	michel.melange@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 67
Dr RAHIER Jean-François	jean-francois.rahier@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 67
Dr LEJEUNE Dominique	dominique.lejeune@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 67
SERVICE D'HÉMATOLOGIE			
Prof. DOYEN Chantal	chantal.doyen@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Dr ANDRE Marc	marc.andre@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Prof. CHATELAIN Christian	christian.chatelain@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Dr DESQUESNES Florence	florence.desquesnes@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Prof. GRAUX Carlos	carlos.graux@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Prof. SONET Anne	anne.sonet@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Prof. BOSLY André	andre.bosly@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 32
Dr CHANTRAIN Christophe		081/42 38 30	081/42 38 32
Dr LELEU Françoise		081/42 38 30	081/42 38 32
Dr MATHIEUX Valérie		081/42 38 30	081/42 38 32
Dr MONTFORT Luc		081/42 38 30	081/42 38 32
SERVICE DE MÉDECINE GÉRIATRIQUE			
Prof. SWINE Christian	christian.swine@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 34 39
Dr DE SAINT-HUBERT Marie	marie.desainthubert@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 34 39
Dr POULAIN Gwenaël	gwenael.poulain@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 34 39
Dr SCHOEVAERDTS Didier	uega-montgodinne@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 34 39
Dr MIGNOLET Gaëtane		081/42 34 31	081/42 34 39
SERVICE DE MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE - ENDOCRINOLOGIE			
Prof. DONCKIER Julian	julian.donckier@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 32 83
Prof. DELGRANGE Etienne	etienne.delgrange@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 32 83
Dr IPPERSIEL Vanessa	vanessa.ippersiel@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 32 83
Dr DECERF Jean-Alain		081/42 38 00	081/42 32 83
Dr HANON François		081/42 38 00	081/42 32 83
Prof. KOLANOWSKI Jaroslaw		081/42 38 00	081/42 32 83
SERVICE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET REVALIDATION			
Prof. HANSON Philippe	philippe.hanson@uclouvain.be	081/42 37 71	081/42 37 79
Dr BLEYENHEUFT Corinne	corinne.bleyenheuft@uclouvain.be	081/42 37 71	081/42 37 79
Prof. DELTOMBE Thierry	thierry.deltombe@uclouvain.be	081/42 37 71	081/42 37 79
SERVICE DE MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE			
Prof. REYNAERT Christine	christine.reynaert@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 37 51
Dr FOUREZ Bernard		081/42 38 00	081/42 37 51
Dr JACQUES Denis	denis.jacques@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 37 51
Dr LEJEUNE Dominique	dominique.lejeune@uclouvain.be	081/42 36 91	081/42 37 51
Prof. ZDANOWICZ Nicolas	nicolas.zdanowicz@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 37 51
Dr GODENIR Fabrice		081/42 38 00	081/42 37 51
Dr LAMBOT Carine		081/42 38 00	081/42 37 51
Dr LECOMTE Benoît		081/42 38 00	081/42 37 51
Dr PIVONT Valérie		081/42 38 00	081/42 37 51
Dr VERDICQ Sébastien		081/42 38 00	081/42 37 51
SERVICE DE NÉPHROLOGIE			
Dr POCHET Jean-Michel		081/42 38 00	081/42 30 42
Dr TINTILLIER Michel		081/42 38 00	081/42 30 42
SERVICE DE NEUROLOGIE			
Prof. LALOUX Patrice	patrice.laloux@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 21
Dr MORMONT Eric	eric.mormont@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 21
Dr OSSEMANN Michel	michel.ossemann@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 21
Prof. VANDERMEEREN Yves	yves.vandermeeren@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 21

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin directeur : Prof. Patrick De Coster - Directeur médical associé : Dr Maximilien Gourdin

	E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE				
Dr KERGER Joseph	joseph.kerger@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 49	081/42 48 39
Prof. D'HONDT Lionel	lionel.dhondt@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 45	081/42 48 39
Dr HENRY Stéphanie		081/42 38 30	081/42 48 24	081/42 48 39
Dr DAISNE Jean-François		081/42 38 30	081/42 38 58 (sec)	081/42 48 39
Dr REMOUCHAMPS Vincent		081/42 38 30	081/42 38 58 (sec)	081/42 48 39
Dr SILVESTRE Rose-Marie		081/42 38 30	081/42 48 24	081/42 48 39
SERVICE DE PATHOLOGIE INFECTIEUSE				
Prof. DELAERE Bénédicte	benedicte.delaere@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 07	081/42 20 06
Dr AUSSELET Nathalie	nathalie.ausselet@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 19	081/42 20 06
SERVICE DE PÉDIATRIE				
Prof. BODART Eddy	eddy.bodart@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 34 60	081/42 34 61
Dr BECKERS Dominique	dominique.beckers@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 38 23	081/42 34 61
Dr DOCQUIR Joachim	joachim.docquir@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 23 05	081/42 34 61
Prof. TUERLINCKX David	david.tuerlinckx@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 34 63	081/42 34 61
Dr GUEULETTE Emmanuelle		081/42 38 82	081/42 34 61 (sec)	081/42 34 61
Dr SEVRIN Violaine		081/42 38 82	081/42 34 61 (sec)	081/42 34 61
NEUROPÉDIATRIE				
Dr GERARD Sophie		081/42 38 82	081/42 34 61 (sec)	081/42 34 61
SERVICE DE PNEUMOLOGIE				
Prof. SIBILLE Yves	yves.sibille@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 60	081/42 33 52
Prof. DELAUNOIS Luc	luc.delaunois@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 50	081/42 33 52
Dr DUPLAQUET Fabrice	fabrice.duplaquet@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 65	081/42 33 52
Prof. MARCHAND Eric	eric.marchand@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 61	081/42 33 52
Dr MAURY Gisèle	gisele.maury@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 62	081/42 33 52
Dr OCAK Sebahat	sebahat.ocak@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 62	081/42 33 52
Dr SOHY Carine	carine.sohy@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 64	081/42 33 52
Prof. VANDENPLAS Olivier	olivier.vandenplas@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 63	081/42 33 52
SERVICE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE				
Dr BLONDIAU Catherine	catherine.blondiau@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 30 22	081/42 34 61
SERVICE DE RHUMATOLOGIE				
Prof. BOUTSEN Yves	yves.boutsen@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 33 90	081/42 32 83
Dr DUJARDIN Laurence	laurence.dujardin@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 33 81 (sec)	081/42 32 83
Dr VANTHUYNE Marie	marie.vanthuyne@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 22 25	081/42 32 83
Dr BLONDIAUX Gilles		081/42 38 10	081/42 33 81 (sec)	081/42 32 83
Dr DUREZ Patrick		081/42 38 10	081/42 33 81 (sec)	081/42 32 83
Dr LEFEBVRE Daniel		081/42 38 10	081/42 33 81 (sec)	081/42 32 83
Prof. TUERLINCKX David	david.tuerlinckx@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 33 81 (sec)	081/42 32 83
EQUIPE MOBILE DE SOUTIEN ONCOLOGIQUE ET SOINS PALLIATIFS				
Prof. DOYEN Chantal	chantal.doyen@uclouvain.be		081/42 38 41	081/42 38 32
Dr CHOTEAU Bernadette	bernadette.choteau@uclouvain.be		081/42 39 82	081/42 38 32
DEPARTEMENT DE MÉDECINE AIGUË ET MÉDICO-TECHNIQUE				
Prof. de CANNIERE Louis				
CENTRE UNIVERSITAIRE NAMUROIS DU POSITRON (CUNP- PET/CT)				
CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE				
Prof. VANDER BORGHT Thierry	thierry.vanderborght@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Prof. KRUG Bruno	bruno.krug@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Dr PIRSON Anne-Sophie	anne.sophie.pirson@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Prof. DE COSTER Patrick	patrick.decoster@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
CLINIQUE ET MATERNITÉ SAINTE-ELISABETH NAMUR				
Dr WILLEMART Bernard	bernard.willemart@cmsenamur.be	081/72 07 72		081/72 05 29
Dr INSTALLE Johane	johane.installle@cmsenamur.be	081/72 07 74		081/72 05 29
Dr MATHIEU Isabelle	isabelle.mathieu@cmsenamur.be	081/72 07 64		081/72 05 29
SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE				
Prof. DELOS Monique	monique.delos@uclouvain.be		081/42 30 10	081/42 30 16
Dr FERVAILLE Caroline	caroline.fervaille@uclouvain.be		081/42 30 14	081/42 30 16
Dr NOLLEVAUX Marie-Cécile	marie-cecile.nollevaux@uclouvain.be		081/42 30 11	081/42 30 16
Prof. RAHIER Jacques	jacques.rahier@uclouvain.be		081/42 30 12 (sec)	081/42 30 16
SERVICE D'ANESTHÉSIOLOGIE				
Prof. COLLARD Edith	edith.collard@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 13	081/42 39 20
Dr BAIRY Laurent	laurent.bairy@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 09	081/42 39 20
Dr DINCQ Anne-Sophie	anne-sophie.dincq@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 12	081/42 39 20
Dr DRANSART Christophe	christophe.dransart@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 16	081/42 39 20
Dr DUBOIS Philippe	phil.dubois@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 29	081/42 39 20
Dr FOSTIER Michèle	michele.fostier@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 08	081/42 39 20
Dr GOURDIN Maximilien	maximilien.gourdin@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 17	081/42 39 20
Dr LACROSSE Dominique	dominique.lacrosse@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 38	081/42 39 20
Prof. MAYNE Alain	alain.mayne@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 14	081/42 39 20
Dr MITCHELL John	john.mitchell@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 07	081/42 39 20
Dr NISOLLE Marie-Ange	marie-ange.nisolle@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 19	081/42 39 20
Dr PUTZ Laurie	laurie.putz@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 35	081/42 39 20
Dr ROBAYE Shandra	shandra.robaye@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 21	081/42 39 20
Dr SUARS Véronique	veronique.suars@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 18	081/42 39 20
Prof. JOUCKEN Kurt	kurt.joucken@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 10	081/42 39 20
SERVICE DE BIOLOGIE CLINIQUE				
Prof. GLUPCZYNSKI Youri	gerald.glupczynski@uclouvain.be		081/42 32 00	081/42 32 04
Ph. Biol. CHATELAIN Bernard	bernard.chatelain@uclouvain.be		081/42 32 43	081/42 32 04
Prof. GALANTI Laurence	laurence.galanti@uclouvain.be		081/42 32 40	081/42 32 04
Dr HUANG Daniel	daniel.huang@uclouvain.be		081/42 32 11	081/42 32 04

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin directeur : Prof. Patrick De Coster - Directeur médical associé : Dr Maximilien Gourdin

	E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
Prof. KRUG Bruno	bruno.krug@uclouvain.be		081/42 34 19	081/42 34 08
Dr OSSELAER Jean-Claude	jean-claude.osselaer@uclouvain.be		081/42 32 42	081/42 32 04
Dr PIRSON Anne-Sophie	anne-sophie.pirson@uclouvain.be		081/42 34 29	081/42 34 08
Prof. VANDER BORGHT Thierry	thierry.vanderborght@uclouvain.be		081/42 34 12	081/42 34 08
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE				
Prof. VANDER BORGHT Thierry	thierry.vanderborght@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 12	081/42 34 08
Prof. KRUG Bruno	bruno.krug@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 19	081/42 34 08
Dr PIRSON Anne-Sophie	anne-sophie.pirson@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 29	081/42 34 08
Prof. DE COSTER Patrick	patrick.decoster@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
SERVICE DE RADIOLOGIE - RÉSONANCE MAGNÉTIQUE				
Prof. TRIGAUX Jean-Paul	jean-paul.trigaux@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 10	081/42 35 05
Dr ABRAHAM Cécile	cecile.abraham@uclouvain.be	081/42 35 14	081/42 35 10	081/42 35 05
Dr DE COENE Beatrijs	beatrijs.decoene@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 12	081/42 35 05
Dr DE WISPELAERE Jean-François	jean-francois.dewispelaere@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 11	081/42 35 05
Dr DUPONT Michaël	michael.dupont@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 17	081/42 35 05
Dr KAYSER Françoise	francoise.kayser@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 15	081/42 35 05
Dr MISSON Nicolas	nicolas.misson@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 21	081/42 35 05
Dr NISOLLE Jean-François	jean-francois.nisolle@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 13	081/42 35 05
Dr FICHEFET Hugues		081/42 35 00	081/42 35 03 (sec)	081/42 35 05
Dr HAMMER Frank		081/42 35 00	081/42 35 03 (sec)	081/42 35 05
SERVICES DES SOINS INTENSIFS				
Prof. DIVE Alain - Michel	alain-michel.dive@uclouvain.be		081/42 38 71	081/42 38 62
Prof. BULPA Pierre	pierre.bulpa@uclouvain.be	081/42 38 61	081/42 38 73	081/42 38 62
Prof. EVRARD Patrick	patrick.evrard@uclouvain.be	081/42 38 61	081/42 38 72	081/42 38 62
Prof. MICHAUX Isabelle	isabelle.michaux@uclouvain.be		081/42 38 68	081/42 38 62
Dr GONZALEZ Manuel		081/42 38 70	081/42 38 62	
Prof. INSTALLE Etienne		081/42 38 60	081/42 38 62	
SERVICES DES URGENCES				
Prof. VANPEE Dominique	dominique.vanpee@uclouvain.be	081/42 31 01	081/42 31 33	081/42 31 15
Dr BOULOUFFE Caroline	caroline.boulouffe@uclouvain.be	081/42 31 01	081/42 31 38	081/42 31 15
Dr GERARD Véronique	veronique.gerard@uclouvain.be	081/42 31 01	081/42 31 10	081/42 31 15
Prof. de CANNIERE Louis	louis.decanniere@uclouvain.be	081/42 31 01	081/42 30 60	081/42 31 15
Dr BALTHAZAR Sonia	sonia.balthazar@uclouvain.be	081/42 31 01	081/42 31 11 (sec)	081/42 31 15
Dr HANCHARD Bruno		081/42 31 01	081/42 31 11 (sec)	081/42 31 15
Dr LEFEVRE Françoise		081/42 31 01	081/42 31 11 (sec)	081/42 31 15
SERVICES ET UNITES DEPENDANT DE LA DIRECTION MEDICALE				
Prof. DE COSTER Patrick	Médecin Directeur			
Dr GOURDIN Maximilien	Directeur médical associé			
Mme LEKEU Stéphanie	Assistante à la direction médicale		081/42 30 01	081/42 20 06
UNITÉ DE SUPPORT SCIENTIFIQUE				
Prof. JAMART Jacques	jacques.jamart@uclouvain.be		081/42 30 20	081/42 30 23
CENTRE DE RÉFÉRENCE FATIGUE CHRONIQUE				
Dr COREMANS Els	els.coremans@uclouvain.be	081/42 36 91	081/42 36 90	
CENTRE DE RÉFÉRENCE MULTIDISCIPLINAIRE DE LA DOULEUR CHRONIQUE				
Dr MASQUELIER Etienne	etienne.masquelier@uclouvain.be	081/42 36 81	081/42 36 80	081/42 36 85
Dr DE WILDE Valérie-Anne	valerie-anne.dewilde@uclouvain.be	081/42 36 81	081/42 37 77	081/42 36 85
CENTRE DE TRANSFUSION SANGUINE				
Dr OSSELAER Jean-Claude	jean-claude.osselaer@uclouvain.be		081/42 32 42	081/42 32 39
Dr BOREUX Véronique			081/42 32 38	081/42 32 39
Dr BRUYNSEELS Véronique			081/42 32 38	081/42 32 39
Dr FRIPPIAT Caroline			081/42 32 38	081/42 32 39
Dr MAILLEUX Aline			081/42 32 38	081/42 32 39
MÉDIATION - GESTION DES PLAINTES				
Mme MALHOMME Brigitte	brigitte.malhomme@uclouvain.be		081/42 30 30	081/42 20 06
TABACOLOGIE				
Prof. GALANTI Laurence	laurence.galanti@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 40	
Dr GODDING Véronique		081/42 38 83		
Prof. JAMART Jacques	jacques.jamart@uclouvain.be			

activité sportive de leur choix, être satisfait de soi, gérer du stress autrement qu'en mangeant, réguler son diabète,...

Ce suivi psychologique sera réalisé en fonction des objectifs personnels de santé du patient en intégrant petit à petit des changements dans son mode de vie (horaire de travail, activités de détente avec ou sans les enfants, accès au centre de sports, ...).

Le ballon intra-gastrique.

Le ballon intragastrique est introduit par endoscopie sous anesthésie générale à l'occasion d'une courte hospitalisation. Cette intervention est pratiquée par le Dr Martinet, gastro-entérologue. L'objectif de l'intervention est d'accélérer et de respecter la prise de conscience du sentiment de satiété chez le patient. Ce ballon est placé pour une durée de 6 mois à l'issue desquels il sera retiré. Il s'agit donc d'une technique totalement réversible qui ne nécessite aucune modification anatomique. La fourchette idéale d'IMC (indice de masse corporelle) pour cette intervention se situe entre 30 et 40. La technique s'adresse également aux patients craignant l'intervention chirurgicale ou chez qui elle serait contre-indiquée, ainsi qu'à ceux dont l'IMC est à ce point élevé (>60) qu'un amaigrissement préalable s'impose avant une intervention chirurgicale bariatrique ultérieure. Après le retrait du ballon intragastrique, le suivi diététique reste indispensable. Il n'existe malheureusement pas de prise en charge de l'INAMI pour cette technique (coût approximatif: € 1000).

La chirurgie.

Lorsque la chirurgie est une solution retenue pour le patient, diverses options sont possibles. Les docteurs Legendre, De Moor et Reverdy proposent plusieurs types d'intervention dont le «banding» (l'anneau gastrique), la «sleeve gastrectomy» et le «bypass», toutes trois réalisées par voie coelioscopique. La voie coelioscopique autrement appelée laparoscopique - par opposition à la voie laparotomique qui utilise de grandes ouvertures de la paroi abdominale - est une technique chirurgicale qui consiste à opérer à travers de petits orifices dans lesquels sont passés une optique permettant de visualiser la cavité abdominale et des instruments chirurgicaux longs et effilés dédiés à cette voie d'abord. De nombreux critères médicaux, chirurgicaux ou autres, interviennent dans le choix de la technique.

L'anneau gastrique ou banding consiste en la mise en place d'un anneau ajustable autour de la partie supérieure de l'estomac. Cet anneau va créer une petite poche, rapi-

dement remplie par les aliments (intervention restrictive) induisant un sentiment de satiété rapide. L'anneau est relié à un port-à-cath sous la peau, permettant d'injecter ou de retirer un certain volume de sérum physiologique qui va plus ou moins resserrer l'anneau et donc moduler la lumière entre la poche créée et le reste de l'estomac. Le patient restera hospitalisé 24 à 48 heures. L'anneau est resserré un mois après l'intervention. Un ou plusieurs réajustements de l'anneau sont parfois nécessaires. Il s'agit de la seule technique chirurgicale aisément réversible. La présence préalable d'œsophagite de reflux ainsi que le grignotage comme cause de l'excès pondéral sont des contre-indications à ce type d'intervention.

La sleeve gastrectomy consiste à réduire de trois quarts le volume de l'estomac. Le mécanisme de la perte de poids sera aussi restrictif (cfr anneau). Par ailleurs, les succès de cette technique sont aussi liés à la diminution de la sécrétion hormonale gastrique (Ghréline, ...) modulant la sensation de satiété. Cette intervention a souvent été utilisée pour des patients présentant des IMC élevés accompagnés de gros risques opératoires. Si la perte de poids était alors jugée suffisante, on en restait là, et la sleeve gastrectomy devenait le traitement définitif. Dans le cas contraire, cette intervention n'était qu'une étape, et un by pass (ou dérivation) gastrique était réalisé dans un second temps. Actuellement la sleeve gastrectomy occupe une place de plus en plus importante parmi les possibilités chirurgicales.

Le by-pass ou dérivation gastrique est une technique de dérivation de l'intestin. La perte de poids est due non seulement à une réduction d'apport (de par la constitution d'un néogastre de faible volume) mais aussi à une moindre absorption des aliments ingérés puisque leur contact avec la bile et les sucs pancréatiques, nécessaire à une bonne absorption du bol alimentaire, est retardé. De par cette dérivation, une carence en micronutriments (vitamines et oligoéléments) doit être systématiquement recherchée et supplémentée dans le cadre du suivi à long terme. En l'absence de complications postopératoires, la durée de l'hospitalisation est de un à deux jours pour un anneau gastrique et 4 quatre à 5 cinq jours pour la sleeve gastrectomy et le by-pass gastrique. Des complications nutritionnelles extrêmes peuvent mener à envisager une éventuelle réversion du by-pass, ce qui est impossible pour la sleeve gastrectomy.

La réalisation de ces techniques chirurgicales a été rendue possible grâce à la mise en place de protocoles d'anesthésie spécifiques tenant compte des particularités

du patient obèse. Du matériel adéquat est donc à la disposition du Dr Suars et du Dr Lacrosse, anesthésistes responsables de cette chirurgie tant pour la prise en charge des voies respiratoires que pour l'installation du patient. Des protocoles d'analgésie ont également été mis en place permettant de diminuer la douleur postopératoire tout en préservant la fonction respiratoire de ces patients fragiles (analgésie multimodale et pompe intraveineuse de Lidocaïne).

La prise en charge du patient, liée à sa volonté d'amaigrissement, va signer un recul majeur des comorbidités liées à l'obésité: les glycémies d'un diabétique de type II peuvent ainsi se corriger en quelques semaines. Il est, dès lors, indispensable que ces patients bénéficient du suivi endocrinologique assuré par le prof. Kolanowsky et le Dr Ippersiel. Une perte de poids de quelques pourcents peut déjà augmenter de manière conséquente la qualité de vie d'une personne obèse: la perte de 10 kg pour un patient de 120 kg va par exemple améliorer la qualité de sommeil, réduire les contraintes métaboliques pour le foie, soulager le poids pour les muscles et les os, ...

Depuis le premier octobre 2007, l'Inami intervient dans les frais chirurgicaux. Cependant cette intervention est conditionnée par l'exigence d'une prise en charge multidisciplinaire et un IMC défini (soit 40 kg/m² soit 35 kg/m² en présence d'un diabète, d'apnées du sommeil, d'une hypertension artérielle non équilibrée par traitement médical, ou en cas de résultats insuffisants d'une intervention antérieure). Néanmoins, il faut savoir que la prise en charge des ces interventions chirurgicales n'est pas complète et qu'il restera une part non négligeable à charge du patient.

En conclusion, les Cliniques universitaires de Mont-Godinne offrent une prise en charge intégrée et polyvalente du patient obèse: la pluridisciplinarité est effective entre chirurgien, endocrinologue, psychologue, gastro-entérologue, diététicienne et anesthésiste lors de réunions hebdomadaires de discussion des cas. La prise en charge étant globale, la solution retenue est toujours celle estimée la plus adaptée à chaque patient. Un suivi médical, nutritionnel et parfois psychologique est nécessaire, même après une chirurgie afin de pérenniser les résultats obtenus, d'adapter les différents traitements en fonction de l'évolution du patient (anti-diabétiques, anti-hypertenseurs, etc.) et de dépister d'éventuelles carences. Ce suivi devrait idéalement, au moins en partie, être assuré par l'équipe chez qui le patient a demandé de l'aide à sa perte de poids.

Marie-Cécile Nollevaux, une chercheuse « profondément clinicienne ».



Une interview de Marie-Cécile Nollevaux par Philippe Genin.

Un peu de visibilité...

Marie-Cécile Nollevaux est médecin pathologiste, c'est-à-dire spécialisée en anatomie pathologique. L'anatomie pathologique («anapath'» pour les intimes) est une spécialité qui manque encore de visibilité. Et pourtant... son implication croissante dans le diagnostic, le pronostic et l'aide à la décision thérapeutique lui confère une place capitale dans la prise en charge des patients et apporte à l'oncologue, à l'hématologue, au chirurgien de précieux renseignements.

L'apprentissage de cette science a des airs de «compagnonnage»: un pathologiste expérimenté va transmettre son savoir, ses «trucs et astuces», son «art». Pour les initiés aux joies de l'anatomie pathologique, une certaine beauté, une esthétique des formes et des couleurs s'en dégage en effet. Depuis le macroscopique (prélèvement de l'organe) jusqu'au microscopique (parfois seules quelques cellules sont récupérées, comme lors d'endoscopies...), le versant manuel du travail se complète d'une véritable enquête à la Sherlock Holmes au microscope: il y a des indices à rechercher dans divers endroits.

La pathologie, ce sont aussi les autopsies, en collaboration avec les cliniciens qui souhaitent connaître la cause précise du décès et l'évaluation des effets du traitement suivi. Cet aspect de la spécialité, souvent synonyme de souffrance pour la famille du patient, reste un outil indispensable dans le maintien et le développement de la qualité des soins.

Pour Marie-Cécile Nollevaux, travailler à Mont-Godinne représentait un rêve, depuis la découverte de nos Cliniques

durant des stages, à l'hôpital de jour en hématologie, chez le prof. Bosly, en 1^e et 2^e candi, et dans le service de pneumologie du prof. Delaunois en 3^e candi. Un lien affectif s'était créé avec Mont-Godinne, son cadre, son caractère universitaire, lien renforcé et confirmé par un semestre d'assistantat passé dans le service d'anatomie pathologique de nos Cliniques, bénéficiant de l'expertise et de la disponibilité du prof. Delos. Diplômée pathologiste en 2001, le docteur Nollevaux a pu concrétiser ses aspirations et exerce sa spécialité depuis à Mont-Godinne.

La recherche...

À l'origine, Marie-Cécile Nollevaux était plus attirée par le travail clinique que par la recherche qu'elle voyait trop éloignée du patient. Alors qu'elle était déjà résidente au sein du service d'anatomie pathologique, la possibilité d'intégrer un projet de recherche dans son travail clinique s'est présentée par le biais d'un statut de clinicien chercheur. Une perspective passionnante non exempte de difficultés: la charge de travail du service persiste, le caractère un peu «scolaire» est de retour; cours et examens sont à nouveau au menu! Heureusement, plus récemment, se sont mises en place des réunions du groupe de cliniciens chercheurs; même si le temps fait parfois défaut pour les fréquenter, elles restent un lieu précieux de soutien et d'échange, redynamisant après de longues heures de travail de laboratoire durant lesquelles la solitude se fait parfois sentir!

C'est principalement dans le laboratoire d'anatomie pathologique de Woluwé que Marie-Cécile Nollevaux a travaillé à la réalisation de sa thèse consacrée à l'étude des possibilités de régénération du pancréas endocrine, et plus spécifiquement des cellules β , productrices de l'insuline. Les membres du laboratoire d'anatomie pathologique de Mont-Godinne lui ont offert une aide précieuse, tantôt via un support technique de qualité, tantôt en l'écoutant «réfléchir à haute voix»...

On pensait auparavant que ces cellules β , contrairement à celles du foie par exemple, ne se régénéraient pas. En fait, de récentes découvertes ont démontré l'existence d'une plasticité du pancréas, c'est-à-dire d'une possibilité d'adaptation de sa masse

en fonction de ses besoins. Il a été démontré que la masse des cellules β du pancréas endocrine de rates en gestation augmentait de volume pour revenir à sa masse initiale après la délivrance. Un phénomène équivalent d'augmentation de masse des cellules β se développe en cas d'obésité. On incrimine, dans la pathogenèse du diabète de type II, un épuisement ou une perte de cette capacité d'adaptation.

Les recherches entreprises portent sur la compréhension des mécanismes de fonctionnement de cette capacité régénérative. Le décryptage de ces mécanismes pourrait, à terme, mener au développement de stratégies thérapeutiques visant à éviter à certains patients la prise d'insuline pour le traitement de leur état diabétique.

Dans une première phase de ses travaux, notre chercheuse a développé un modèle murin de plasticité du pancréas endocrine. En insérant des doses d'insuline en sous-cutané du dos de souris, une hypoglycémie sévère apparaît, induisant une atrophie du pancréas. Lors du retrait de l'insuline, on constate une récupération de masse et de fonction de l'organe. Comment cette récupération est-elle possible? Deux théories sont en présence: d'une part, une répllication à partir des cellules β résiduelles, d'autre part une néogenèse à partir de cellules souches potentielles, récapitulant le développement de l'organe lors de l'embryogenèse. Les résultats obtenus semblent montrer une coexistence de ces deux phénomènes.

La deuxième phase du travail de recherche a fait appel aux techniques de biologie moléculaire. À l'aide d'un microdissecteur laser, couplé à un microscope, des îlots de Langerhans chez différents groupes (contrôles, après ajout d'insuline exogène, immédiatement après retrait d'insuline exogène...) ont été prélevés. C'est ensuite par PCR en temps réel qu'a été recherchée l'action de gènes qui, à l'instar de leur intervention lors de l'embryogenèse, seraient responsables de la régénération mise en évidence préalablement par morphométrie.

Ce projet de recherche permet également d'approprier les techniques de biologie moléculaire, qui font maintenant partie



intégrante des développements de l'anatomie pathologique. La pathologie moléculaire, au croisement des deux disciplines, implique de nouvelles techniques qui complètent le diagnostic microscopique. Par exemple, lors de l'examen histologique de certains cancers, des informations supplémentaires peuvent être apportées au clinicien, comme le type de récepteurs exprimé sur les cellules, permettant des choix thérapeutiques plus ciblés.

Le futur...

Et Marie-Cécile Nollevaux de conclure avec enthousiasme: «L'anatomie pathologique a sa place auprès du patient autant que toutes les autres spécialités et concourt à sa prise en charge globale optimale. Après l'aboutissement de ma thèse, j'espère pouvoir rendre utiles les compétences acquises, notamment en biologie moléculaire, dans un projet clinique centré sur Mont-Godinne. La création du projet

NARILIS (Namur Research Institute for Life Sciences) suscite beaucoup d'intérêt, en renforçant les collaborations entre Mont-Godinne et les FUNDP. Ce type de projet permet au clinicien chercheur de plus facilement faire le lien entre la paillasse de laboratoire et le lit du patient.»

■ Philippe Genin.

Les cliniciens chercheurs: Maximilien Gourdin en anesthésiologie.

*Une interview de
Maximilien Gourdin
par Philippe Genin.*

Maximilien Gourdin prend contact avec Mont-Godinne dès ses années de stages de doctorat. Natif de la région, il découvre une médecine de pointe dans un cadre unique et agréable.



Maximilien Gourdin.

«Ici, il y a des fenêtres et on voit la campagne environnante», se plaît-il à souligner... L'intérêt de Maximilien Gourdin pour la physiologie et la pharmacologie durant ses études l'ont poussé à se tourner vers l'anesthésiologie: «Une vaste spécialité présentant un multidisciplinarité étonnante, ... trop souvent méconnue.» Son assistantat se passe en partie aux Cliniques de Mont-Godinne, où il débute sa carrière en 2002.

Son intérêt pour les mécanismes fondamentaux de la physiologie le pousse à saisir une opportunité de poste de clinicien chercheur, soutenu par les professeurs Joucken et Collard, ancien et actuelle responsables du service.

Un parcours inverse...

Outre le fait d'assurer une analgésie, une hypnose, de contrôler les fonctions vitales, l'anesthésie consiste aussi à moduler l'impact de l'agression chirurgicale sur l'homéostasie du patient. Lors de nombreuses interventions, l'interruption momentanée du flux de sang oxygéné dans l'organe ou le membre opéré est nécessaire à la chirurgie (facilitation du geste chirurgical, limitation des pertes de sang, ...). Cependant à toute médaille, son revers. Si rétablir la circulation de sang oxygéné dans un organe ischémique est indispensable à sa survie, la réoxygénation augmente paradoxalement les lésions: c'est le phénomène d'ischémie reperfusion. Heureusement, dans certaines conditions, il est possible d'initier des mécanismes de protecteurs endogènes qui vont soit augmenter la résistance face à l'ischémie (pré-conditionnement) soit diminuer les lésions liées à la reperfusion (postconditionnement). Ces mécanismes de défense, apparus très tôt dans le règne animal, ont été maintenus tout au long de l'évolution, ce qui tend à prouver qu'ils sont fondamentaux pour la survie de l'espèce, et ont été découverts partout où ils ont été cherchés: bactéries, nématodes (vers), insectes, vertébrés, ...

Certaines drogues utilisées en anesthésiologie induisent une protection similaire en l'absence d'agression, comme les gaz halogénés (dérivés de diéthyléther: sevoflurane, desflurane, ...). D'autres classes de médicaments, administrés en prémédication, ont également un effet protecteur, par exemple la Clonidine, un agoniste des récepteurs alpha-2 adrénergiques.

La thèse de doctorat du doct. Gourdin étudie l'impact de l'administration pré-hypoxique d'agonistes des récepteurs alpha-2 adrénergiques sur la motricité et la réaction inflammatoires vasculaires lors de la réoxygénation.

Par rapport à une recherche fondamentale classique, il s'agit un peu d'un «parcours inverse», partant de l'effet observé d'un médicament connu pour «remonter» vers ses mécanismes d'action. L'étude consiste à expliquer cet effet afin de développer d'autres applications de cette classe de médicaments. Le matériel étudié est le système vasculaire, envisagé ici comme mécanisme de protection de tous les organes face à l'ischémie. Rendre ces vaisseaux les plus opérationnels possible, leur conserver une vasomotricité optimale lors de la reperfusion sont des mécanismes fondamentaux pour la récupération de l'organisme.

Dans le laboratoire d'anesthésiologie du prof. De Kock, à Woluwé, Maximilien Gourdin réalise des tests sur des anneaux aortiques isolés de rats, soumis à un stress oxydatif en absence ou après injection de Clonidine et d'autres agonistes ou antagonistes de récepteurs adrénergiques. Les groupes de rats sont divisés en jeunes, vieux, souffrant d'infection locale ou sévère. Les résultats montrent que le médicament administré induit clairement une protection de la vasomotricité face à l'ischémie chez les rats, excepté dans le groupe des rats âgés.

D'autres études sont réalisés sur des volontaires sains, en étroite collaboration avec le service de cardiologie (prof. Beaudouin



Marchandise, Mme Françoise Gheysen), et permettent de retrouver les mêmes mécanismes protecteurs que ceux observés sur les animaux. Ces tests consistent à observer la vasomotricité de l'artère humérale par échographie Doppler après ischémie (15 minutes de garrot) en absence ou en présence de Clonidine.

Le laboratoire d'hématologie (ph. b. Bernard Chatelain, ph. François Mullier) est également partenaire de cette étude en analysant par cytométrie de flux l'activation neutrophilique (CD11b/CD18) ainsi que l'interaction plaquettes /neutrophile (CD42).

Des applications cliniques...

Dans un bloc opératoire, les processus ischémie/reperfusion sont très fréquents: en chirurgie cardiaque, en chirurgie orthopédique sous garrot, les périodes de bas débit cardiaques, les chocs septiques, les transplantations, les lambeaux en chirurgie plastiques, ... Un organe en ischémie va relarguer des médiateurs de souffrance cellulaire dans la circulation et ainsi influencer négativement d'autres organes très vascularisés, comme le cerveau ou les poumons. Cette influence négative va se répercuter sur la morbidité postopératoire. L'amélioration de la protection des organes afin de limiter cette influence néfaste constitue donc un projet aux implications majeures.

Ces recherches s'appuient sur la clinique dans le but immédiat d'en faire bénéficier le patient: l'amélioration du confort péri- et postopératoire est un facteur de progrès dans la qualité des soins. «Dans la fonction de clinicien chercheur», nous explique Maximilien Gourdin, «le clinicien reste primordial: derrière toutes ces recherches, le patient est toujours présent.»

Mont-Godinne, une «pépinière» de chercheurs...

Des synergies croissantes de recherche se mettent en place, entre autres au sein du projet NARILIS (Namur research institute for life sciences): l'ancrage universitaire régional des Cliniques de Mont-Godinne au sein du Namurois se concrétise par une collaboration en plein essor avec les FUNDP.

Maximilien Gourdin aimerait poursuivre une activité de recherche fondamentale après sa thèse. Encouragé par le prof. Collard, soutenu par le prof. De Coster, il est actuellement en contact avec le prof. Martine Raes, de l'unité de recherche en biologie cellulaire des FUNDP, ainsi qu'avec le doct. Dogné, du département de pharmacie.

Le doct. Gourdin voit le clinicien chercheur comme «un isolé en groupe...» Isolé de par sa démarche personnelle de recherche et d'approfondissement par des DEA, des

examens, de manipulations longues et à recommencer, ... En groupe grâce aux collaborations avec des équipes enthousiastes de l'institution, des FUNDP, d'autres laboratoires facultaires à Woluwé, là où des liens se tissent pour aller plus loin.

Ce rassemblement de compétences de pointe, de «pépinière» de chercheurs se concrétise actuellement par la tenue de réunions mensuelles, sous l'impulsion du doct. Yves Vandermeeren et de l'unité de support scientifique de Mont-Godinne. Le fait de se retrouver permet de se tenir au courant de l'avancée des recherches des collègues, de se soutenir mutuellement et surtout d'établir un «cadastre de la recherche» aux Cliniques de Mont-Godinne.

«Il est fondamental», conclut Maximilien Gourdin, «de décroiser la recherche, et surtout de lui donner une meilleure visibilité au sein de l'institution. Les travaux de pointe de tous nos cliniciens chercheurs ont des implications directes en clinique, et tous les services ont des bénéfices à en retirer pour leurs patients.»

Le point sur les travaux.

La construction du bâtiment appelé pour l'instant «phase II bis».

Le bâtiment «phase II bis» est situé à gauche de l'entrée principale des cliniques. Ce bâtiment accueillera, entre autres, un nouveau centre chirurgical ambulatoire, de nouvelles cabines de consultations et des unités de soins flambants neuves. L'objectif étant d'améliorer le confort du patient.

Le gros œuvre et la couverture du bâtiment sont terminés. Les menuiseries extérieures sont placées.

La pose des cloisons du CMCA et du plateau de consultations se termine. Les câbles électriques, les tuyaux sanitaires et de chauffage sont placés dans les faux

plafonds. Dès que le chauffage sera opérationnel, la pose des revêtements de sol pourra commencer.

Les unités d'hospitalisation sont, quant à elles, pratiquement terminées.

Toutefois, le chantier a pris du retard à cause de la soumission du lot «ascenseurs». Ce retard est dû à un recours en référé de deux soumissionnaires contre la décision des cliniques d'attribuer les travaux à une tierce société. Fin avril, cette procédure en référé a été perdue par ces derniers. Les travaux peuvent donc reprendre mais malheureusement il sera difficile de récupérer le retard dû à cette procédure.

L'extension de nouveaux parkings

Les nouveaux parkings devront être opérationnels pour septembre 2010. Six cent places supplémentaires sont prévues

Groupe thérapeutique pour femmes alcoolo-dépendantes.

Le traitement de l'alcoolisme féminin se veut complexe et diversifié. Il demande des soins **spécifiques** et **adaptés** sur le plan médical, psychologique, familial et professionnel.

Un groupe de 6 femmes alcoolo-dépendantes est constitué dans une perspective dynamique. Elles assistent ensemble aux différentes activités : relaxation, thérapie de groupe, travail corporel et physique, image de soi, motivation, ...

Une équipe de spécialistes composée de psychiatre, gastro-entérologue, psychologues, kinésithérapeute, diététicienne, art-thérapeute, ... assurent un suivi sur une durée de 13 semaines.

Les consultations et activités sont prévues le même jour (lundi ou mercredi), une fois par semaine.

Le coût total, après remboursement, s'élève à 347,96 euro (prix 2010).

Informations :

Cliniques universitaires
UCL Mont-Godinne
D. Tordeurs (docteur en psychologie)
Service de médecine psychosomatique
(Prof. Ch. Reynaert)
Tél : 081/ 42 37 51



Les patients ont la possibilité depuis le mois de juin de demander un rendez-vous via le site internet !

Une des améliorations de l'accessibilité en ambulatoire pour 2010 est d'offrir la possibilité aux personnes qui le souhaitent de demander un rendez-vous via notre site internet.

Depuis le 1^{er} juin, un formulaire de demande de rendez-vous est mis à disposition sur notre site www.uclmontgodinne.be.

Concrètement: la personne sélectionne la discipline pour laquelle elle souhaite prendre un rendez-vous ou mentionne le problème rencontré, elle peut également préciser si elle souhaite être vue par un médecin particulier.

Durant la période de test, les formulaires sont transmis électroniquement à la secrétaire de l'administration des patients (Karine Rocchetti) qui se charge de répartir les demandes dans les différentes consultations concernées, qui fixent le rendez-vous lors d'un contact téléphonique avec le patient. À terme, les formulaires mails seront directement transmis aux accueils des consultations via une adresse générique par accueil.

Après 3 mois de fonctionnement, nous avons reçu un peu plus de 250 demandes, preuve que ce système répond à un réel besoin.



Missions à Haïti.

Le 12 janvier 2010, un séisme de magnitude 7 sur l'échelle de Richter a frappé Haïti, laissant derrière lui ruines et décombres. Le bilan humain est lourd... Les premières images de désolation arrivent sur nos écrans. Très vite les secours s'organisent, des fonds sont récoltés. De nombreux Belges rejoindront cette île dévastée pour apporter leur aide, leur compétence et leur soutien. Parmi eux, deux personnes de chez nous. L'un est médecin urgentiste, il s'appelle Sébastien Spencer et travaille une journée par semaine à Mont-Godinne. L'autre est kinésithérapeute en orthopédie, il s'appelle Luc Étienne. L'un partira quelques jours après le séisme pour MSF, l'autre quelques semaines après pour Handicap International. Tous deux seront confrontés à une réalité qui n'a rien à voir avec les images des différents journaux télévisés.

Là-bas, ces images prennent corps, elles deviennent des histoires, des personnes, des vies...
Ces histoires, c'est pourtant au travers d'images que nous vous proposons de les découvrir...

Sur les pas de Sébastien Spencer...



Dans les premiers jours qui suivent le séisme, l'approvisionnement en électricité fait défaut. C'est avec ma lampe frontale que cette infirmière haïtienne prodiguera des soins aux blessés durant toute la nuit.



Le kinésithérapeute et le médecin, Handicap International et Médecins Sans Frontières, deux ONG travaillant côte à côte pour faire face à ce drame.



La salle d'urgence de l'hôpital CHOSCAL vue au travers d'une radiographie d'un blessé par balle. Les victimes de la violence dans Port-au-Prince augmentaient considérablement notre charge de travail.



Au fil des jours, le commerce reprend vie dans la ville en ruine.



Agitation dans la cour de l'hôpital après une des plus importantes répliques, supérieure à 6 sur l'échelle de Richter. Les familles sortent les patients sur les lits, ils se sentent plus en sécurité sous les tentes que dans le bâtiment.

Sur les pas de Luc Étienne...



Post-op Sarthe ; dès janvier, un hangar est transformé en hôpital par MSF, deux salles d'opérations sont installées et équipées des commodités nécessaires à leur fonctionnement: eau, électricité, ... Cet hôpital, opérationnel en février, a permis le transfert, en vue de leur révalidation, des patients provenant des différentes structures hospitalières de la ville de Port-au-Prince.



Tente hôpital « post-op de Sarthe » occupée par une vingtaine d'amputés... avec famille, bébés, matériel sous les lits... attention où l'on met les pieds: les accompagnants dorment parfois entre les lits.



L'apport alimentaire équilibré nécessaire pour assurer la guérison...



Matériel de bord de la salle kiné: lave-main, pieds, sangles découpées, talonnettes en carton confection maison...



Travail en salle de kiné: préparation des amputés en vue de la pose de prothèses, beaucoup de mobilisations pour contrer les ankyloses post-trauma, entre autres, les équins de cheville.



45e jour après le séisme, c'est le premier lever pour Jacqueline, de retour de Saint-Domingue où elle avait été transférée dans une structure hospitalière par MSF.



Au-delà des fractures, des amputations, des plaies soignées par greffes, ces deux superbes sourires, ceux de Géraldine et Jenny, 14 et 11 ans...

L'équipe mobile de soutien oncologique et de soins palliatifs : 20 ans déjà !

En 1989, à la suite de l'interpellation d'une infirmière de nuit, s'engage au sein de nos Cliniques une réflexion autour des soins spécifiques et de l'attention particulière à apporter aux personnes en fin de vie. Une vaste enquête auprès de l'ensemble du personnel conduit alors à la création tout à fait originale de la première équipe mobile intrahospitalière de soins palliatifs en Belgique.



Depuis, l'équipe (constituée de médecins, d'infirmières, de kinésithérapeutes, de psychologues et de volontaires), en étroite collaboration avec les soignants des différents services de l'hôpital, veille au confort physique, psychique et spirituel des patients arrivés au terme de leur existence et offre un accompagnement à leurs proches. Elle essaye, grâce aux liens tissés avec les différentes structures de soins palliatifs, d'orienter au mieux les patients et leur famille vers le lieu où vivre ces derniers instants.

Au fil des années, cette équipe pluridisciplinaire a élargi son champ d'action, mettant ses compétences, ses conseils et son écoute au service des malades oncologiques dès le diagnostic et œuvrant ainsi sur un continuum allant du curatif au palliatif.

Ce 23 avril 2010, l'équipe mobile de soutien oncologique et de soins palliatifs (l'EMSOSP) fêtait donc ses 20 ans d'existence.

Un public très nombreux, familles, amis, collègues de Mont-Godinne et d'ailleurs, était venu assister à la projection du film « Sans plus attendre » du réalisateur Rob Reiner. Les excellentes interprétations de Morgan Freeman et de Jack Nicholson mettaient en lumière la complicité et la solidarité de deux patients atteints d'un cancer, dans la réalisation de leurs rêves et de leurs désirs les plus fous.

Cette histoire, pleine d'humour et de sensibilité, introduisait une table ronde réunissant plusieurs spécialistes de l'oncologie et des soins palliatifs. Les commentaires

et les mises en lien avec le travail des soignants en général et de l'EMSOSP en particulier ont été riches, tout en nuance et en complémentarité.

Les protagonistes de cette table ronde sont venus témoigner, en écho au film, de combien l'accompagnement des personnes gravement malades ou en fin de vie, est fondamentalement un hymne à la vie; témoigner du fait que, même au terme de l'existence, l'être humain est capable de projets, de rêves; témoigner de toutes ces richesses, de toutes ces « leçons de vie »



reçues lors de ces chemins partagés avec les patients et leur famille; témoigner de toutes ces complicités et solidarités nées de ces destins bouleversés.

Ils sont venus confirmer la place aussi précieuse que délicate des familles et des soignants dans cet accompagnement: comment rester présent au patient? Comment être et rester partenaire de cet élan vital?

Ils sont venus dire, aussi, la difficulté d'être soignant au quotidien, témoigner de l'aide et du soutien apporté par l'EMSOSP et encourager les collaborations à venir.

Enfin, ils ont plaidé pour que chacun de nous ose aller au bout de ses rêves et ce, « sans plus attendre! »

Après l'agréable moment des remerciements et une mise à l'honneur particulière pour les 20 ans du professeur Chantal Doyen « au cœur et à la tête » de l'équipe, vint enfin le moment de « célébrer ». bercée par une ambiance chaleureuse, l'assemblée a pris tout son temps, entre le premier verre et le dessert, pour fêter dignement et amicalement ce bel anniversaire.

■ **Martine César.**

Le Lean management, cette philosophie basée sur le respect combinée à une méthodologie d'amélioration continue s'installe petit à petit à Mont-Godinne...

Le «LEAN»; ce mot apparu il y a quelques mois dans le vocabulaire des cliniques reste pour certains une notion abstraite et théorique. Par contre, pour d'autres, c'est devenu une réalité vécue au quotidien.

Depuis octobre 2009, le «LEAN» a entamé son grand voyage aux Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne avec l'aide de membres de la société KM&T (société consultante spécialisée). Cette philosophie d'amélioration continue doit être tout d'abord appliquée par la direction. C'est pourquoi, ils ont étudié le fonctionnement du comité de direction et de plusieurs directeurs, et ont proposé plusieurs suggestions innovantes. Ils ont ensuite procédé à l'analyse du fonctionnement de quatre services: les urgences, la radiologie, la pharmacie et l'unité des soins du 4^e B (hématologie, gastro-entérologie). Parallèlement, ils ont suivi le trajet de patients en oncologie, gynécologie, cardiologie et gériatrie.

Après avoir récolté et analysé des données objectives, ils ont animé des séances de «brainstorming» avec chacune des équipes, en présence de représentants de tous les métiers. Les premières séances avaient comme objectif de modéliser les processus actuels de chacun de ces services. À cette

occasion, les membres présents ont pu soulever les problèmes rencontrés au quotidien, et apprendre à connaître les difficultés rencontrées par chacun des métiers. Les deuxièmes séances étaient consacrées à rechercher ensemble le processus idéal futur.

Les étapes suivantes auront pour objectif la mise en place des actions d'améliorations concrètes pour atteindre ce processus idéal.

Premières impressions...

Les services analysés reconnaissent une méthode objective et une grande qualité d'écoute qui leur ont permis de s'exprimer et d'être entendus.

Les points forts retenus sont, entre autres:

- l'avantage d'une vision extérieure;
- une description des différents processus qui a permis à l'ensemble des équipes de (re)découvrir leur organisation intra et extra-muros;
- des propositions de solutions concrètes;
- l'analyse approfondie des processus permet de s'orienter vers une plus grande fluidité dans l'organisation du travail;
- sur le plan humain, cette démarche rassemble les membres des services autour d'objectifs communs, en respectant l'avis

de tous et en optimisant la coordination des actions de chacun;

- cette réflexion a abouti à une conscientisation plus importante des interactions de chacun des services avec le reste de l'hôpital.

Cette première phase d'analyse a déjà été suivie d'actions concrètes dans l'unité de soins d'hémo-gastroentérologie, en pharmacie, au quartier opératoire et en radiologie ... les urgences, les archives et les consultations seront les prochains services à entamer une réflexion LEAN.

Petit à petit, le «LEAN» fait son chemin et gagnera au fil des mois l'ensemble de notre institution et, nous l'espérons, également de nos partenaires médecins généralistes.

Le monde ne s'est pas fait en un jour, les changements préconisés basés sur le principe de l'amélioration continue ne s'arrêteront jamais. Mais, rappelons-le, la méthodologie rigoureuse préconisée par la philosophie LEAN repose surtout sur les valeurs de respect et de responsabilisation que nous voulons voir grandir aux Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne pour nous permettre **de travailler autrement et ensemble.**

Infirmier, un métier qui se spécialise, bilan et perspectives de la direction du département infirmier.

Les soignants représentent 43 % de notre personnel. Dans cette catégorie, la majeure partie est infirmière.

Ce métier a connu, ces dernières années, de nombreux bouleversements; parmi ceux-ci : l'exigence de spécialisation dans certains domaines liée à l'évolution des techniques, des traitements.

Les compétences se diversifient et deviennent de plus en plus pointues. Petit à petit, de nouvelles spécialités apparaissent, de nouvelles exigences légales entrent en vigueur.

Retour aux sources.

Une infirmière est soit hospitalière (appelée aussi infirmière A2 ou brevetée), soit bachelière (appelée aussi infirmière A1 ou graduée).

La différence entre bachelière et hospitalière vient de la formation suivie initialement dans l'enseignement secondaire (professionnel versus général).

Les infirmières bachelières ou hospitalières peuvent poser les mêmes actes au sein du bloc opératoire et des unités d'hospitalisation.

Notre hôpital accueille aussi des infirmières françaises. Celles-ci possèdent à leur sortie d'école un diplôme d'état (DE) *considéré et reconnu par le SPF santé publique comme équivalent à une infirmière bachelière ou hospitalière selon le cursus.*

Les spécialisations possibles, après les 3 ans de base, ne peuvent être suivies que par les infirmières bachelières. Leur durée est d'un an. Selon les écoles, elles peuvent être suivies soit en un an, soit en deux ans permettant ainsi à certaines infirmières d'exercer à temps partiel.

La liste des spécialisations est déterminée par l'AR du 27/09/2006 :

- pédiatrie et néonatalogie;
- santé mentale et psychiatrie;
- santé publique;
- gériatrie;
- soins intensifs et d'urgence;
- oncologie;
- imagerie médicale;
- stomathérapie et soins de plaies;
- assistance opératoire et instrumentation;
- perfusionniste;

- anesthésie.

À Mont-Godinne, nous retrouvons ces spécialités aux urgences, soins intensifs, bloc opératoire, pneumologie, hématologie, psychosomatique, gériatrie, hôpital de jour oncologique.

Toutes ces spécialisations confèrent à l'infirmière un «titre professionnel particulier en...» ou une «qualification particulière en...» suivant le type de spécialisation ou le nombre d'heures de formation.

Exigences légales.

Dans certains services, les normes légales exigent qu'un certain nombre d'infirmières soient en possession d'un titre professionnel ou d'une qualification. C'est le cas aux soins intensifs, aux urgences, en pédiatrie, en gériatrie, en psychiatrie et en oncologie.

Aux urgences et aux soins intensifs, la permanence doit être assurée par des infirmiers SISU en ordre de formation permanente, ou assimilés, à chaque pause (AR du 27 avril 1998). Cette assimilation signifie que l'infirmier doit justifier de 5 ans d'ancienneté dans un service d'urgence ou de soins intensifs à dater du 27/04/1998. Pour obtenir leur titre, le personnel en place aux Cliniques a pu bénéficier d'une formation de 150 périodes afin de régulariser sa situation. Depuis lors, le département infirmier recrute des infirmières SISU aux soins intensifs et aux urgences. Afin de maintenir leur titre, ces infirmières doivent justifier de 15 heures par an de formation en rapport avec leur spécialisation et service. Depuis maintenant 9 ans, pour satisfaire à cette exigence, les Cliniques organisent tous les ans un colloque SIAMU. Cette manifestation accueille, chaque année, plus de 450 personnes (public interne mais aussi externe). Tout en les organisant pour notre personnel, notre institution assure ainsi en même temps sa mission universitaire et contribue au rayonnement de son savoir-faire.

En gériatrie, des normes existent aussi. Les infirmières bachelières qui n'ont pas suivi la spécialisation peuvent néanmoins avoir le titre, si elles suivent une formation de 150 heures et si elles justifient de 5 ans d'ancienneté dans la spécialité. Les infirmières brevetées peuvent obtenir une qualification en gériatrie.



Charlotte Fastré, infirmière aux soins intensifs.

En quoi consiste votre spécialisation?

La spécialisation SIAMU permet d'accéder à une pratique professionnelle dans les services de soins intensifs, dans les services d'urgence, au SMUR (service mobile d'urgence) mais également dans les centres spécialisés, tels que les grands brûlés, greffes ou les centres de néonatalogie. L'infirmière SISU doit être capable d'intervenir dans une situation aigüe en utilisant les moyens techniques et les appareillages sophistiqués mis à la disposition afin de remédier à la détérioration des fonctions vitales, en étant capable de fixer les priorités et d'appliquer des mesures d'urgences.

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien?

Pour ma part, j'ai commencé aux soins intensifs des Cliniques deux mois après la fin de ma formation. Cette dernière m'a permis d'approfondir mes connaissances théoriques et pratiques relatives aux pathologies, aux actes techniques, aux appareillages, ... Grâce à tout cela, j'ai pu directement être opérationnelle!

Le recrutement.

Globalement, notre politique de recrutement vise à engager le maximum d'infirmières spécialisées pour les différents services concernés. Dans la réalité, les infirmières spécialisées sont difficiles à recruter, car fort demandées. Et on observe une tendance qui se généralise: plus de la moitié des infirmières bachelières fraîchement diplômées s'orientent vers une année de spécialisation au lendemain de leur formation de base.



Yves Paquet,
infirmier aux urgences.

En quoi consiste votre spécialisation ?

Il s'agit d'une année de postbaccalauréat composée de plus ou moins 400 périodes de cours et de 600 périodes de stage. Les cours spécifiques abordent des matières diverses telles que la physiopathologie, l'interprétation d'E.C.G., la démarche en soins infirmiers en service d'urgence et de soins intensifs, la psychologie, l'anglais médical, etc. Les stages en Belgique sont prestés dans des services d'urgence et SMUR, des services de soins intensifs, des services de grands brûlés. Il est également possible de suivre un stage d'urgence à l'étranger dans différents pays tels que la France, la Finlande, le Canada, etc.

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

En service d'urgence et en SMUR, nous sommes confrontés à un très large panel de patients présentant des états pathologiques variés et aux degrés d'urgence allant de nul à vital. Nous devons donc développer notre jugement clinique pour discerner les urgences vitales des urgences relatives et adapter rapidement notre démarche en conséquence, ce qui nécessite des connaissances approfondies. De plus, notre pratique demande, d'une part, de connaître et de manipuler du matériel spécifique et parfois sophistiqué et, d'autre part, de réaliser des actes techniques pointus tels que les techniques de ventilation invasives. Nous sommes aussi fréquemment en présence de situations aiguës impressionnantes et traumatisantes pour les patients et leur famille, ce qui requiert des capacités d'empathie, d'écoute mais aussi de gestion du stress. La spécialisation SIAMU nous apporte un bagage supplémentaire important pour développer plus rapidement et plus efficacement nos aptitudes et nos compétences afin de faire face à ces différentes particularités du métier d'urgentiste.



Marie Georis,
infirmière en gériatrie.

En quoi consiste votre spécialisation ?

La spécialisation interdisciplinaire en gériatrie m'a appris à travailler en équipe interdisciplinaire. La spécialisation ne compte pas uniquement des infirmiers, mais aussi toutes les disciplines rencontrées en médecine gériatrique (diététiciennes, ergothérapeutes, kinés, ...). Lors des cours, nous apprenons à découvrir les spécificités de chaque métier. La formation aborde également tous les aspects de la prise en charge de la personne âgée (approche biopsychosociale, connaissance des soins face au patient présentant une confusion, une démence, ...).

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

Elle m'aide à travailler en interdisciplinarité et à apporter les soins les plus adéquats à la personne âgée confuse, désorientée, ...

Spécialisation et fonctions spécialisées...

À côté de ces spécialisations, il existe des fonctions spécialisées. C'est le cas en salle de plâtres, en diabétologie, en soins de plaies, ou encore en soins palliatifs. Certaines d'entre elles ont suivi une formation dispensée dans une école leur conférant ainsi un certificat. En ce qui concerne notre bloc opératoire, toutes les infirmières bachelières et hospitalières qui y débute et qui n'ont pas de spécialisation (la majorité) vont pouvoir bénéficier d'une formation de quelques mois assurée en interne, leur permettant de mieux remplir à terme leurs rôles à la fois d'instrumentiste, d'aide-anesthésiste et de circulante.

Au bloc opératoire, on retrouve l'équipe d'infirmiers perfusionnistes qui doivent suivre une formation très spécialisée, répondant tant à des exigences belges qu'européennes, avec nécessité par la suite d'un perfectionnement continu. Et enfin, depuis 2008, une infirmière bénéficie de notre soutien pour suivre une formation d'infirmière anesthésiste, titre qu'elle vient d'obtenir en septembre 2010. D'autres vont suivre.

L'augmentation du nombre de spécialisations vise à rencontrer les exigences de plus en plus grandes des différents services pour lesquels elles sont requises. Le degré d'exigences et de connaissances qui y sont nécessaires va de pair avec une évolution de la médecine de plus en plus pointue. Cela semble être un mouvement irréversible. Néanmoins, l'hyper spécialisation comporte un risque de plus en plus visible : elle éloigne toujours davantage les infirmières des services d'hospitalisation, plus « généralistes ». Ces derniers gardent néanmoins, selon Richard Bergen, leurs spécificités et leurs exigences propres. À moins d'envisager, pourquoi pas, de promouvoir un jour une 4^e année de spécialisation d'infirmière plus « généraliste » qui pourrait recevoir la même reconnaissance et la même valorisation que les autres ? Les récentes mesures de « valorisation de la profession » de la ministre L. Onkelinx, incluses dans le budget 2010 de la Santé publique valorisent, en effet, les 3 catégories d'infirmiers suivantes : SISU, oncologique et gériatrique.



Sylvie Stévenin,
infirmière pédiatrique.

En quoi consiste votre spécialisation ?

La spécialisation concerne la prise en charge de l'enfant de 0 à 18 ans dans tous ses aspects et quelle que soit la spécialité (chirurgie, médecine). Elle aborde aussi les aspects de communication : comment parler aux enfants et aux parents.

Personnellement, cette formation m'a permis de travailler au sein du service de pédiatrie où l'approche est différente par rapport aux autres unités.

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

Elle m'a donné plus d'aisance dans la communication avec les enfants, elle m'a permis de me sentir plus proche d'eux.



Nicole Pierlot et Françoise Gaudron, infirmières au bloc opératoire.

La formation instaurée au bloc opératoire consiste en une prise en charge personnalisée de chaque nouvel infirmier débutant dans notre service.

Dans un premier temps, la prise en charge de la formation incombe à 2 personnes: Françoise Gaudron pour l'aspect anesthésie et Nicole Pierlot pour l'organisation générale et l'instrumentation. Idéalement, ce parrainage de 15 jours est complété par un transit de 2 jours en salle de réveil et de 3 jours à la stérilisation centrale.

Dans un second temps, l'infirmier est pris en charge par un infirmier responsable de spécialité, spécialité dans laquelle il travaille le temps d'acquérir les différentes compétences requises pour être bon infirmier «tournant» et se débrouiller en instrumentation. Une liste des actes minimums à acquérir sera complétée avec lui dans chaque spécialité.

Parallèlement, des modules de formation continue sont dispensés par le personnel interne à raison d'une fois par semaine, tout au long de la période d'essai de 6 mois. La multitude de documentation qui découle de ces modules est régulièrement mise à jour et mise à disposition de tout le personnel du QO.

Des évaluations ont lieu à 2, 4 et 6 mois ainsi qu'à la fin du passage dans les différentes spécialités.

La formation en interne est nécessaire. Lors des 3 années d'études, le stage de salle d'opération est réduit à sa plus simple expression et ne prépare pas l'étudiant à la technicité du travail de salle d'op.

Il nous paraît, dès lors, primordial de pouvoir donner un bagage mieux adapté à nos nouveaux collègues. On insiste pour que cette formation n'implique pas que le nouvel infirmier, mais qu'elle induise aussi un investissement des médecins et des anciens infirmiers du QO.

Le but final de cette prise en charge reste surtout le transfert rapide des compétences afin de réaliser un travail de qualité et en autonomie.



André Gruslin, infirmier perfusionniste.

En quoi consiste votre spécialisation ?

La fonction du perfusionniste consiste, grâce à l'utilisation d'une machine cœur-poumon (CEC), à remplacer de manière transitoire les fonctions cardiaque et respiratoire du patient afin de permettre au chirurgien de réaliser son geste. Le perfusionniste peut

être amené, dans certains cas, à suppléer à une défaillance rénale et réaliser une ultrafiltration. Dans d'autres circonstances, le perfusionniste pourra mettre en place une assistance à long terme pour des patients en insuffisance respiratoire et/ou cardiaque type ECMO...

Quel est le cursus suivi par les perfusionnistes de Mont-Godinne ?

- Une formation d'infirmier gradué A1, une 4^e année salle d'op. est un atout supplémentaire;
- une formation in situ pendant un an assurée par le responsable des perfusionnistes;
- une formation durant deux années pour l'obtention du certificat de compétence en perfusion et techniques appliquées ou d'un master en perfusion;
- l'année qui suit le certificat ou le master, présentation de l'examen ECCP (certificat européen de perfusion cardiovasculaire);
- et, durant la vie professionnelle, une recertification du diplôme tous les trois ans.

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

Cette spécialisation nous aide à appréhender les différents cas cliniques rencontrés et à avoir une vue globale de la perfusion en Belgique (formation multicentrique).

La formation continue permet de rencontrer les critères de recertification de l'EBCP (European Board Cardiovascular Perfusion). Cela nous aide aussi dans le travail pluridisciplinaire (team chirurgical, anesthésiste, réanimateur, infirmier).



Hélène Meurisse, infirmière spécialisée en soins de plaies.

En quoi consiste votre spécialisation ?

Il s'agit d'une année de formation en soins de plaies compliqués. Cette formation permet:

- de comprendre et de déterminer les soins et traitements requis (anatomie de la peau, cicatrisation, préparation du lit de la plaie, évaluation de la plaie);
- de traiter de la façon la plus adéquate les plaies chroniques (ulcères de plaie de pression, ulcères des membres inférieurs et pieds diabétiques) et les plaies aiguës (brûlures, plaies traumatiques).

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

La formation apporte une expertise et une bonne collaboration pluridisciplinaire avec les intervenants de la santé dans la prise en charge du patient (service social, clinique de la douleur, diététique, corps médical).



Marcel Massart, infirmier plâtrier.

En quoi consiste votre spécialisation ?

Je réalise toutes les sortes et toutes les formes de contentions posées aux patients telles que: plâtres circulaires, plâtres amovibles, attelles, orthèses, tractions continues, ainsi que leurs ablations et les actes infirmiers qui en découlent.

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

Au départ, j'ai appris la profession «sur le tas» avec Mr Petroncini. Les firmes qui fabriquent les différentes matières plâtrées organisaient des séminaires où l'on pouvait améliorer sa technique. L'association des plâtriers de Belgique ou celles de l'étranger m'invitaient à différents congrès. Ensuite, j'ai repris des études d'infirmier «sur le tard» qui m'ont beaucoup aidé. Reste la créativité qui est indispensable dans la profession.

En quoi cela vous aide-t-il dans votre quotidien ?

Les formations sont indispensables si vous voulez avancer. Ce n'est pas en restant dans son coin que l'on peut évoluer. Pour les études d'infirmier, c'est la base: on ne peut uniquement connaître une toute petite partie de l'anatomie ou de la physiologie des patients, il faut une approche globale. Les études d'infirmier m'ont permis de me légitimer.



Françoise Dachelet et Dominique Hautot, infirmières au sein de l'équipe mobile de soins palliatifs et de soutien oncologique.

En quoi consiste votre spécialisation ?

C'est une formation de 150 heures à l'accompagnement et à la prise en charge globale des patients en soins palliatifs. La formation porte notamment sur la douleur, les traitements de confort, les symptômes d'inconfort, mais aussi sur l'écoute active, la communication, l'éthique, la législation en la matière... Nous suivons régulièrement des colloques, des recyclages, nous assistons à des congrès sur des thématiques précises (exemple: l'évolution de la prise en charge médicamenteuse de la douleur).

Votre spécialisation vous aide-t-elle dans votre quotidien ?

Il est nécessaire d'avoir la formation notamment au niveau des traitements. Au sein de l'équipe, nous donnons notre avis, les médecins nous font confiance sur les propositions thérapeutiques, il y a un réel échange. Étant des intervenants de 2^e ligne, nous avons un devoir de compétence vis-à-vis des soignants. La formation nous aide aussi à nous adapter aux différents modes de fonctionnement des équipes. L'expérience professionnelle dans une unité est un atout majeur, quasi indispensable.



Anne Kirch et Joëlle Stupp, infirmières en diabétologie.

La formation en diabétologie est obligatoire pour l'INAMI dans le cadre des conventions diabétiques. Une formation continue est nécessaire au maintien du titre. Cette formation nous apporte un approfondissement des connaissances relatives au diabète, nous apprend les différents traitements et nous donne une connaissance des aspects psychologiques et éducatifs de la prise en charge des patients diabétiques tant adultes qu'enfants. Globalement, la formation permet aussi des rencontres et des échanges entre infirmières de différents centres du pays.

Joëlle Stupp est également infirmière pédiatrique. Concernant cette spécialisation, elle précise que cette formation offre un apprentissage de la prise en charge spécifique de l'enfant, dans son aspect médical, chirurgical et psychologique, ainsi que des différences au niveau du matériel, des médicaments et des traitements.

Françoise Gaudron, infirmière spécialiste en anesthésie.

En ce qui concerne la spécialisation en anesthésie, il s'agit d'une toute nouvelle formation dont les premiers diplômés vont sortir en juin de cette année. Elle a débuté en 2008 et les étudiants qui s'y étaient alors inscrits travaillaient déjà tous dans le milieu du bloc op, des urgences ou des soins intensifs. Nous avons fait notre formation en étalement de 2 ans...

Elle permet de nous ouvrir à une multitude de possibilités de fonctionnement (en salle de réveil, aux consultations d'anesthésie, en analgésie postopératoire, au quartier opératoire, et aussi dans les différents postes extérieurs au bloc où les anesthésistes induisent une narcose).

Le contenu de la formation est assez pointu et reprend de façon très précise l'ensemble des problématiques pré-, per- et post-op liées à l'anesthésie, la pathologie et les comorbidités du patient ainsi qu'à l'analgésie. Ces cours sont majoritairement donnés par des anesthésistes venant de différents horizons (UCL, ULB et ULg). Grâce à ces bases théoriques poussées, l'infirmier en anesthésie peut se positionner en tant qu'interlocuteur averti entre le nursing et le corps médical. Il devient collaborateur privilégié de l'anesthésiste de par sa capacité d'anticipation.

Ont rejoint l'équipe médicale cette année...



Le docteur Catherine MBENDE en chirurgie cardio-vasculaire.



Le docteur Joachim DOCQUIR en pédiatrie.



Le docteur Sebahat OCAK en pneumologie.



Le docteur Salima BOUAZZA en médecine nucléaire.



Le docteur Michaël DUPONT en radiologie.



Le docteur Véronique DE MOOR en chirurgie générale.



Le docteur Marie DE SAINT-HUBERT en médecine gériatrique.



Le docteur Te-Din HUANG aux laboratoires.



Le docteur John MITCHELL en anesthésiologie.



Le docteur Lionel D'HONDT en oncologie.



Le docteur Nathalie MICHAUX en gynécologie.



Le docteur Caroline FERVAILLE en anatomie pathologique.