



Table des matières

Edito	3
La vie d'un service	4
La médecine physique et rééducation fonctionnelle	4
la neurologie	7
Coup d'œil sur une profession	14
Les aides-soignants	14
les infirmiers dialyseurs	17
Tour d'Horizon	19
Le Traitement de l'obésité	19
Les pharmaciennes sortent de la pharmacie	21
Petit tour des grands achats effectués par nos Cliniques	23
Nouvelle unité à Mont-Godinne : le tabac	24
Voyage au cœur de Mont-Godinne	25
les itinéraires Cliniques	25
Horizons 2017	26
Les domaines de recherche des cliniciens chercheurs	27
Encart sur l'internet	28
Maison d'accueil	29
Travaux	30
Les Cliniques en mouvement	31
inauguration de la clinique de cancérologie digestive	31
30 ans de cathé cardiaque	32
Dossier	33
Les vaccins	33

Edito

Avec la rentrée, c'est encore le mot « projet » qui sera un des maîtres mots pour l'année académique à venir aux Cliniques. Sitôt terminée la première phase de notre réflexion stratégique avec la société conseil Antarès, de nombreux projets enthousiasmants ont émergé des groupes de réflexion.

Nous allons donc, toujours avec la société Antarès, entamer une phase plus concrète. Après la réflexion vient l'action et nous espérons pouvoir mettre en œuvre, le plus rapidement possible, les projets qui nous ont semblé prioritaires : parmi ceux-ci, on retrouvera surtout des projets orientés vers l'amélioration de la prise en charge des patients dans des domaines tels que la prise en charge ambulatoire, la prise en charge des patients chroniques, l'accessibilité à l'hôpital, etc.

Parallèlement à cette réflexion stratégique, le comité de direction, dans le souci d'améliorer son mode de fonctionnement, réalisera au mois d'octobre une « évaluation à 360 degrés » de chacun des membres de la direction. Ce processus d'évaluation, encadré par la société One Management, prévoit une procédure par laquelle chacun des membres du comité de direction sera évalué à la fois par son supérieur hiérarchique direct, par ses pairs ainsi que par les cadres qui sont directement sous sa responsabilité. La volonté de la direction est, qu'après cette évaluation du comité de direction lui-même, chacun des cadres de l'institution entre dans cette procédure, toujours dans le but d'améliorer le fonctionnement et les collaborations entre les personnes qui exercent des fonctions de cadre et donc à responsabilités dans l'hôpital.

Au nom de l'ensemble du comité de direction, nous vous souhaitons à tous une bonne rentrée après avoir, nous l'espérons, fait le plein d'énergie pendant les vacances !

Le service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle.

C'est avec un certain enthousiasme que notre équipe d'Horizons est partie à la rencontre du service de médecine physique et de rééducation fonctionnelle. Cet enthousiasme était notamment suscité par notre envie de découvrir un service où règnent un équilibre harmonieux, une ambiance conviviale et une excellente collaboration inter-métiers. Cet équilibre semble s'être renforcé dernièrement, suite au déménagement de l'unité d'hospitalisation préparé, effectué et vécu de façon optimale par l'ensemble de l'équipe. Toutes les personnes rencontrées sont heureuses de leur parcours et nous vous proposons de le partager, le temps de ces quelques lignes.

Deux pour le prix d'un...

Ce service, souvent appelé succinctement médecine physique, comprend une seconde partie ayant une importance tout aussi grande : la rééducation fonctionnelle.

La médecine physique prend en charge le traitement de la pathologie de l'appareil locomoteur non chirurgicale et non rhumatologique.

La rééducation fonctionnelle ou la réadaptation s'occupe plus précisément de la rééducation plus lourde, de l'appareillage, de l'évaluation des possibilités fonctionnelles du patient et de sa réinsertion socioprofessionnelle et familiale. Après un traumatisme, une maladie ou une lésion, le patient peut garder des séquelles qu'il conviendra de minimiser afin de faciliter la reprise d'une vie aussi proche que possible de la normale.

Un duo devenu trio depuis peu...

Le service compte trois médecins spécialistes : Philippe Hanson, Thierry Deltombe et Corinne Bleyenheuft qui a rejoint l'équipe dernièrement. Elle remplace Maryse Vandemeulebroucke partie rejoindre son Tournais natal. Cette touche féminine trouve parfaitement sa place et complète harmonieusement le duo formé par Philippe Hanson et Thierry Deltombe.

Deux assistants spécialistes (maccs) complètent l'équipe. Le travail de ces médecins est partagé entre l'étage (le 3^e C) et les consultations avec, pour certains, des domaines de prédilection.

L'originalité du service, c'est qu'il bénéficie de

20 lits SP (spéciaux revalidation locomotrice). Ces lits échappent au calcul « classique » de la durée moyenne de séjour et peuvent enregistrer une durée moyenne de séjour spécifique. On évite ainsi à l'institution de supporter des pénalités relatives aux durées de séjour plus longues en médecine physique. Une unité SP doit contenir au moins 20 lits.

Trois appareils d'électromyographie (EMG) pour une demande croissante...

Les médecins du service pratiquent tous l'électromyographie en consultation. C'est d'ailleurs en raison de la demande croissante d'EMG qu'il a été nécessaire de renforcer l'équipe médicale.

L'électromyographie (EMG) est un examen vécu comme désagréable, car il utilise l'électricité pour stimuler le nerf et de fines aiguilles pour examiner les muscles. Il étudie la qualité de la transmission électrique du nerf et le fonctionnement des fibres musculaires. Il permet de découvrir les pathologies des muscles et des nerfs périphériques (lésion, inflammation ou compression de nerfs) et ne concerne donc ni le cerveau, ni la moelle épinière.

Les patients sont envoyés sur base de douleurs ou troubles de la sensibilité (picotements, fourmillements,...) ou diminution de force comme on peut en rencontrer en cas de sciatique, névralgie cervico-brachiale, canal carpien, polyneuropathie, myopathie,...

À chacun ses domaines de prédilection.

Les domaines de prédilection du professeur Hanson sont...

- l'EMG appliquée aux pathologies très variées qui peuvent en bénéficier : il a, par exemple, développé avec les prof. Lawson et Remacle l'EMG laryngée pour les troubles de la mobilité des cordes vocales et pour certains troubles de la déglutition ;
- la revalidation neurologique de patients hémiplegiques, blessés médullaires, traumatisés crâniens,...
- les consultations générales de médecine physique : cervicalgies, lombalgies, tendinopathies,...
- la rééducation vésico-sphinctérienne des pathologies neurologiques (problème



Philippe Hanson.

« Notre service propose aux assistants une formation complète et intéressante, vu la diversité des pathologies et des techniques rencontrées. Les assistants apprécient particulièrement la formation en EMG et en consultation de la spasticité. »

d'incontinence ou de rétention) et de certaines pathologies périnéales (opérés de la prostate, incontinence urinaire à l'effort,...).

Corinne Bleyenheuft a repris la prise en charge des enfants présentant une infirmité motrice d'origine cérébrale (IMOC). Elle est la coordinatrice du centre de référence de l'UCL - site Mont-Godinne reconnu par l'INAMI. Elle pratique les examens cliniques des patients qui sont en bilan pour suspicion de fatigue chronique, en association avec le centre de fatigue chronique. Elle s'occupe également des patients lombalgiques en période aiguë et subaiguë mais non chronique (ceux-ci sont référés au centre multidisciplinaire de la douleur). Elle prend en charge les lombalgies dans le cadre de la convention « école du dos ». Cette convention offre une couverture financière plus étendue aux patients présentant des problèmes lombalgiques liés à l'exercice de leur profession. La rééducation proposée est orientée vers la réintroduction d'une activité physique externe qui débouche sur une reprise du travail.



Corinne Bleyenheuft.

Les préférences de Thierry Deltombe vont vers :

- la spasticité (il est le coordonateur de la consultation multidisciplinaire de la spasticité);
- le traitement du lymphoedème;
- la consultation d'appareillage (semelles, prothèses d'amputations);
- les consultations générales de médecine physique (notamment les pathologies du sport comme la tendinite, les accidents musculaires, les problèmes non chirurgicaux d'épaules et de genoux, le tennis-elbow).



Thierry Deltombe.

« Le service est orienté rééducation lourde et fonctionnelle. Le travail multidisciplinaire y est particulièrement développé tant avec les autres métiers qu'avec les autres spécialistes tels que les neurologues, les neurochirurgiens, les chirurgiens vasculaires, les orthopédistes,...

Les rapports entre les paramédicaux (kinés, ergo, logo, psychologue,...) et les médecins sont harmonieux dans un véritable esprit d'écoute et de respect mutuel des compétences de chacun. »



Le service bénéficie d'un accueil spécifique. Les deux secrétaires du service sont Fabienne Lazard et Roseline Molitor. Elles s'occupent notamment de l'accueil des patients, de la prise des rendez-vous, de la gestion des agendas des médecins, du courrier, de la gestion administrative des documents relatifs aux conventions (rééducation fonctionnelle, IMOC, spasticité, convention cardiaque,...)

Corinne Bleyenheuft est également coordinatrice pour Mont-Godinne de la convention IMOC (infirmité motrice cérébrale). Il existe deux centres en Belgique francophone : St-Luc/Mont-Godinne et Liège. Cette convention concerne la neuropédiatrie et les paramédicaux (kinés, ergo, logopède, psychologue, diététicienne, assistant social).

La spasticité est une hypertonie musculaire secondaire consécutive à un accident neurologique (trauma crânien, hémiplegie). Elle aggrave le déficit initial en étant responsable de postures anormales : pied instable, main fermée. La spécificité de cette consultation (voir Horizons n° 5) est la pluridisciplinarité étroite avec Thierry Gustin, Philippe De Cloedt, Michèle Fostier et Patrice Laloux. Le traitement peut être médical (toxine botulique, pompes à baclophène) et/ou chirurgical (neurotomie, transfert et allongement des tendons).

Interview d'Éric Vanautgaerden, infirmier-chef.

Après bien des pérégrinations, le service de rééducation a retrouvé son autonomie; le service se situe au 3^e C et il comprend 20 lits de rééducation (SP).

Les mandats (16,5 ETP) sont répartis comme dans les autres unités de soins avec une seule petite différence: l'intégration dans l'équipe de 2 mi-temps ergothérapeutes.

L'infirmier-chef, Éric Vanautgaerden, a commencé sa carrière aux soins intensifs en 1993, puis fut nommé infirmier-chef en ORL en 1999. C'est en janvier 2003 qu'il est devenu infirmier-chef du service de rééducation.

« Nous sommes un service avec ses spécificités, précise Éric Vanautgaerden, nous travaillons en équipe pluridisciplinaire. Le staff hebdomadaire nous permet de fixer les objectifs à atteindre pour chaque patient et de prévoir ainsi son avenir. Avant leur entrée dans le service, un assistant va rencontrer le patient pour réaliser un bilan et préparer l'hospitalisation en rééducation. Pour la majorité, les patients viennent du service de neurologie (AVC) et des soins intensifs (traumas crâniens et médullaires). Le service accueille également des patients d'orthopédie, des patients amputés de chirurgie vasculaire et aussi des patients souffrant de spasticité; ces patients sont pris en charge par l'équipe de la spasticité. »



Éric Vanautgaerden, à gauche, Bernard Clément et Anne-Marie Grégoire.

L'équipe pluridisciplinaire :

- Les **ergothérapeutes** jouent un rôle important dans la rééducation du patient. En chambre, les ergothérapeutes (Bernadette Tits et Aurélie Étienne) réapprennent aux patients les activités de la vie journalière (se laver, s'habiller, manger,...). Leur collègue (Régine Rak) travaille avec le patient en atelier : là, il va réapprendre à cuisiner, peler les pommes, faire la vaisselle, ouvrir des serrures,..., toutes ces activités qui ont comme unique but l'autonomie du patient.



Bernadette Tits.

- En fonction de leurs pathologies, les patients sont confiés à l'une des **équipes de kinésithérapie** : le plus souvent neurologique, orthopédique ou vasculaire.



La kinésithérapeute (ici, **Mie Leeuwerk**) travaille l'autonomie du patient dans ses déplacements et à la marche.

- Les **logopèdes** (Éric Deridder et Gwenaëlle Feyers) s'occupent principalement des troubles du langage des patients hémiparétiques ou en éveil de coma.
- La **psychologue** (Delphine Bohy) réalise la prise en charge, le soutien et les rencontres avec les familles.



Delphine Bohy.

- L'**assistante sociale** (Nadine Gouverneur) assiste les patients qui le nécessitent, prévoit le retour à domicile ou un placement.
- L'**équipe infirmière** a un rôle pivot parmi ce staff pluridisciplinaire. Elle doit veiller à ce que les consignes des autres professionnels soient appliquées, respectées, voire amplifiées.

L'équipe actuelle est motivée parce que, d'une part, elle a pu choisir cette spécialité avec ses spécificités et, d'autre part, parce que les objectifs sont revus à la hausse. L'infirmière de revalidation doit avoir un rôle de prévention pointu quant aux escarres, de même qu'en matière de rééducation vésico-sphinctérienne.

L'équipe travaille aussi en étroite collaboration avec Solival où elle a réalisé un travail sur l'éducation à la prévention des escarres en collaboration avec le service de gériatrie.

Le projet de service est centré sur l'équipe d'infirmières avec, comme objectif majeur, la formation tant théorique que pratique; deux journées sont programmées, l'une traitant de l'hémiplégie et l'autre, du traumatisme médullaire.

De plus, des ministaffs sont bientôt organisés avec des sujets précis sur un patient, sur une technique, sur une approche d'un métier de l'équipe,....

Quels sont les atouts du service de revalidation ?

- > Le déménagement de l'unité de soins et l'intégration du service dans l'hôpital, (contrairement à d'autres services de revalidation);
- > une équipe pluridisciplinaire sous la coordination du médecin et de l'infirmier-chef;
- > la présence d'une salle à manger, lieu de convivialité et de rencontre pour les patients;
- > une bonne connaissance du travail des différents thérapeutes et une poursuite de leurs traitements;
- > une ouverture vers l'extérieur : le personnel va dans d'autres centres pour accroître ses connaissances.



De gauche à droite : **Suzanne Biazot**, technicienne de surface, **Murielle Decroix**, diététicienne, **Julien Bultot**, **Françoise Detraux** et **Bérangère Spreutels**.



Michèle Piccot, **Joëlle Deravet**, **Geneviève Remacle** et **Liliane Chaboteaux**.



De gauche à droite : **Caroline Georis**, **Aurélie Étienne** et **Véronique Vandebroek**.

Nous souhaitons à cette nouvelle équipe, jeune et dynamique, la réalisation de leur projet ainsi que la reconnaissance de leur spécificité.

Le service de neurologie.

Propos recueillis par Philippe Genin, Isabelle Labar et Dimitri Lionnet.

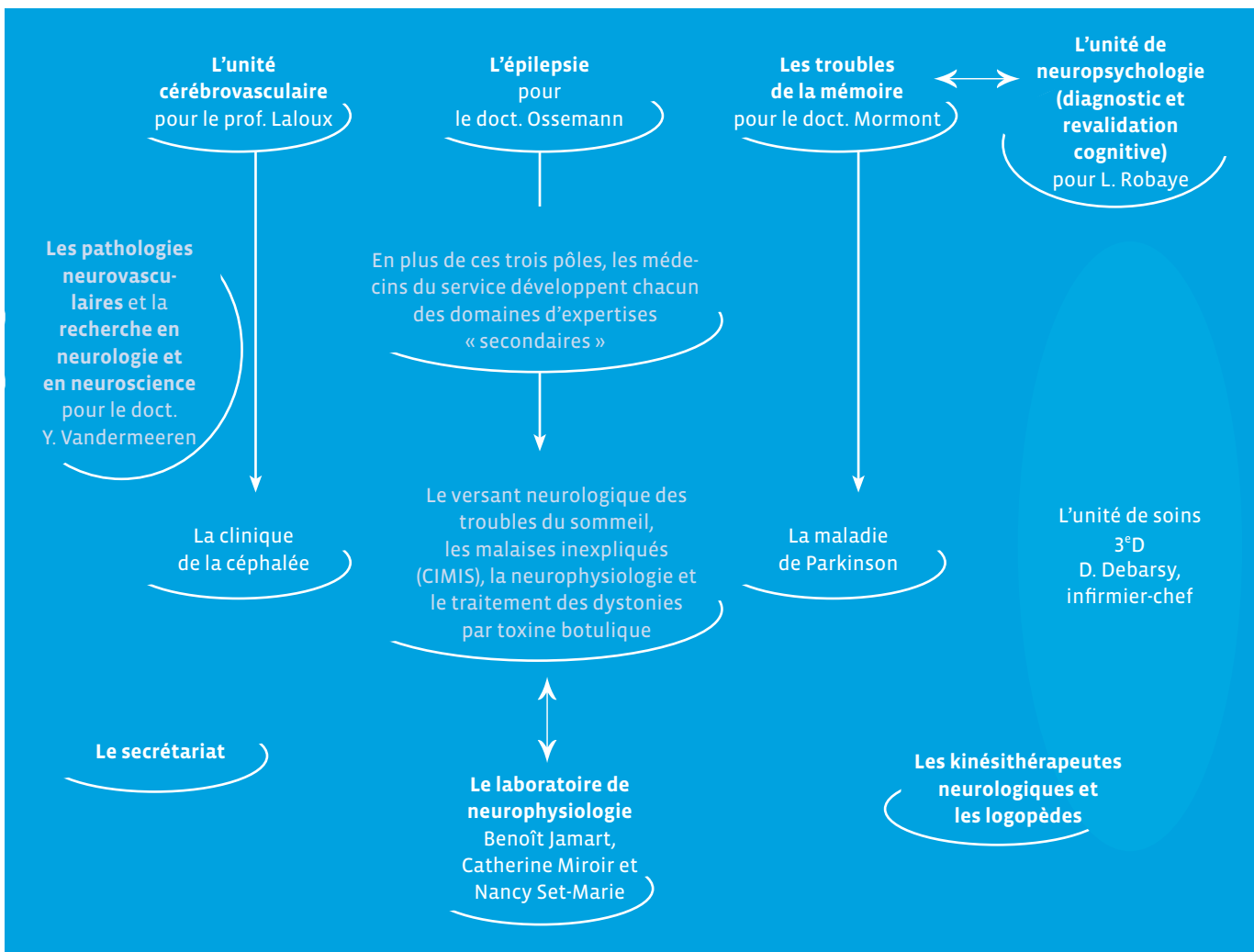
Le service de neurologie existe depuis 22 ans. Il s'est ouvert avec l'arrivée du professeur Patrice Laloux en 1986. Avant cette date, des consultants externes assuraient les consultations. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : environ 6000 patients externes actuellement contre 120 en 86.

La neurologie est une science dont les sous-spécialités sont fort différentes entre elles. La démarche de base est identique, mais les prises en charge sont distinctes. Outre la neurologie générale, chaque neurologue de Mont-Godinne prend en charge une ou deux sous-spécialités.



Patrice Laloux.

Le paysage de la neurologie pourrait se dessiner comme suit :



L'activité clinique.

L'unité cérébrovasculaire (« Stroke unit »).

Cette unité est dirigée par le prof. Laloux, aidé depuis peu par le doct. Yves Vandermeeren. Elle prend en charge le diagnostic et le traitement en urgence des accidents vasculaires cérébraux ischémiques (infarctus cérébraux et accidents ischémiques transitoires) et des accidents vasculaires

cérébraux hémorragiques non opérables. Une filière efficace de soins, de l'admission aux urgences jusqu'à la sortie, a été mise en place pour accélérer les procédures de diagnostic et le traitement.

Les patients sont hospitalisés dans une chambre équipée d'un matériel de surveillance continue de la tension artérielle et du rythme cardiaque (Stroke Unit). La réhabilitation est précoce. Un scanner ou une résonance magnétique (IRM) du cer-

veau est effectuée en urgence pour identifier la lésion. En cas d'infarctus cérébral, le site de l'occlusion artérielle et la présence d'une hypoperfusion peuvent être déterminés par l'IRM. Avec ces informations fournies par l'imagerie, des traitements thrombolytiques visant à dissoudre les caillots obstruant l'artère peuvent être administrés par voie intraveineuse dans les 3 heures ou par voie intra-artérielle dans les 6 heures qui suivent l'attaque

cérébrale. L'ensemble des soins fournis par cette unité permet de réduire le risque de mortalité et d'un handicap fonctionnel et s'accompagne d'un traitement de prévention adapté à chaque patient. Plusieurs travaux de recherche sont menés au sein de cette unité, en particulier sur la prévention secondaire des accidents vasculaires cérébraux et leur traitement en phase aiguë.

Une information sur les accidents vasculaires cérébraux peut être obtenue sur le site internet du Belgian Stroke Council (<http://www.neuro.be/bsc/index.htm>).

L'AVC, ou accident vasculaire cérébral, est plus communément appelé attaque cérébrale. Il s'agit d'un accident survenant dans les vaisseaux sanguins du cerveau. Il existe deux sortes d'attaques cérébrales : l'infarctus cérébral et l'hémorragie cérébrale. En cas d'infarctus cérébral, il y a occlusion d'une artère du cerveau par un caillot de sang. En cas d'hémorragie cérébrale, une artère se rompt ou éclate, libérant du sang dans le cerveau. Dans les deux cas, des lésions au cerveau apparaissent, entraînant une perte définitive ou temporaire des fonctions cérébrales. (Sources : Site internet du Belgian stroke unit)



Yves Vandermeeren.

Les céphalées.

Les céphalées sont un des domaines de prédilection du prof. Laloux. Essentiellement dues à notre mode de vie (consommation de caféine, stress, fatigue, troubles du sommeil, abus d'antalgiques), les céphalées sont un mal de notre temps. Le prof. Laloux ne remercie pas ses collègues télévisés, le *Docteur House*, ou autres médecins d'*Urgences* ou de *Grey's Anatomy* car, après la diffusion d'une série médicale,

COMMENT RECONNAÎTRE UNE ATTAQUE CÉRÉBRALE ?

Si vous observez un ou plusieurs des symptômes suivants, appelez le médecin dans les 15 minutes pour décider d'une hospitalisation urgente. Une réaction rapide peut en effet vous sauver la vie et réduire la sévérité d'un handicap éventuel.

- Paralysie soudaine d'un bras, d'une jambe, du visage.
- Perte brutale de la sensibilité au niveau du bras, de la jambe ou du visage.
- Troubles du langage avec une difficulté à parler ou à comprendre les gens.
- Difficultés visuelles soudaines (un seul oeil ou les deux).
- Troubles de coordination des gestes avec la main, la jambe, des vertiges ou troubles de l'équilibre.
- Maux de tête inhabituels et très violents en « coup de poignard ».

(Sources : Site internet du Belgian stroke unit)

Si les symptômes persistent au moins 15 minutes, il est impératif d'avertir IMMÉDIATEMENT un médecin pour décider d'une hospitalisation urgente. Car il existe un traitement qui peut dissoudre le caillot obstructif, mais, pour être efficace, il doit être administré le plus rapidement possible.

sa consultation reçoit parfois un patient certain d'être atteint d'un AVC ou d'une tumeur cérébrale, « comme celui du film qui avait la migraine ».

L'épilepsie.

Une des casquettes de Michel Ossemann est celle d'épileptologue : il s'occupe des patients atteints d'épilepsie.

Une crise épileptique est caractérisée par l'activation subite et intense d'une grande population de neurones cérébraux, se traduisant par la survenue brutale et transitoire de divers symptômes (troubles moteurs, sensitifs, du comportement, ...) et pouvant aller jusqu'à la perte de connaissance et aux convulsions généralisées. Une crise épileptique peut être un événement isolé dans une vie, ce n'est que lorsqu'elle récidive que l'on parlera d'épilepsie, pour autant que des facteurs comme par exemple un sevrage en tranquillisants et/ou en alcool aient été exclus. L'épilepsie est l'affection neurologique chronique la plus fréquente au monde : ainsi 100 millions de personnes, dont 15 millions en Europe, souffrent de cette affection. On estime qu'en Belgique 60 000 personnes en sont affectées et que 150 000 personnes présenteront au moins un épisode épileptique dans leur vie. Les nouveaux cas sont détectés dans deux grands pics d'âge : de 0 à 10 ans et au-delà de 60 ans (séquelles d'AVC).

L'épilepsie, malgré sa fréquence, reste cependant une maladie « tabou » : il persiste des relents moyenâgeux de possession diabolique et de folie ; c'est une affection qui fait peur, alors que dans bon nombre de cas, le handicap physique est réduit si l'épilepsie est bien contrôlée. Il subsiste malgré tout un lourd handicap social : le patient, même asymptomatique, reste stigmatisé par son affection.



Michel Ossemann.

Les Cliniques de Mont-Godinne disposent d'une chambre vidéo EEG (électroencéphalogramme) pour la confirmation diagnostique d'une épilepsie (25% des patients arrivant avec un diagnostic d'épilepsie réfractaire aux médicaments ne sont en réalité pas épileptiques) et l'évaluation préchirurgicale de l'épilepsie. Cette technique permet l'enregistrement simultané de l'EEG et de la vidéo du patient sur ordinateur. Ceci permet de faire le lien entre les manifestations physiques et neurologiques des crises et les données de l'électroencéphalogramme. La durée des enregistrements va de quelques heures à plusieurs jours.

L'épilepsie est contrôlée par un traitement médicamenteux chez environ 60% des patients. Chez les 40% restants, il faudra évaluer si une chirurgie de l'épilepsie n'est pas indiquée ou, à défaut, si l'implantation d'un stimulateur du nerf vague ne se justifie pas. Si, après bilan vidéo EEG, l'indication d'une intervention est retenue, elle sera réalisée dans un autre centre hospitalier. La neurochirurgie de l'épilepsie consiste soit en une résection de la partie du cortex cérébral d'où part la crise, soit en une déconnexion de différentes zones du cerveau pour éviter une crise généralisée, soit en



placement d'un stimulateur du nerf vague (sorte de «pacemaker», dont les réglages s'effectuent à Mont-Godinne).

La clinique de la mémoire.

L'objectif de la clinique de la mémoire est le diagnostic, et éventuellement le traitement médicamenteux ou la revalidation, des troubles cognitifs. Ceux-ci surviennent au cours du vieillissement normal ou pathologique ou sont consécutifs à des lésions cérébrales (maladie d'Alzheimer, accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, ...).

La clinique de la mémoire est sous la responsabilité conjointe du doct. É. Mormont (domaine médical) et de Mme L. Robaye (domaine neuropsychologique).

Les patients arrivent en consultation de différentes manières: de leur propre initiative, sur conseil de leur entourage, de leur médecin généraliste ou spécialiste. Une première évaluation est effectuée en consultation chez le docteur Mormont. Elle permet de poser les hypothèses diagnostiques, qui devront être confirmées par un bilan complémentaire défini au cas par cas: imagerie cérébrale structurale (scanner ou résonance magnétique nucléaire) et fonctionnelle (scintigraphie), biologie sanguine, bilan cognitif approfondi réalisé par la neuropsychologue (voir unité de neuropsychologie ci-dessous).

La maladie de Parkinson.

Le docteur Mormont s'intéresse de très près à la maladie de Parkinson. Cette maladie dont le diagnostic est essentiellement clinique nécessite un traitement et un suivi médicamenteux. La maladie de Parkinson est une maladie neurodégénérative d'installation progressive qui débute le plus souvent après 50 ans, elle touche principalement une population de cellules qui produisent de la dopa-

mine. Elle provoque une lenteur dans les gestes, une rigidité musculaire, des tremblements et des troubles de la marche (variables d'un patient à un autre).

Les malaises inexpliqués.

Une structure interdisciplinaire que nous avons évoquée récemment vu le jour: il s'agit du CIMIS (pour Centre interdisciplinaire des malaises inexpliqués et des syncopes), qui rassemble autour du patient un rythmologue, le prof. Blommaert, un psychiatre, le doct. Jacques, une ORL spécialiste des vertiges, le doct. Gillain, un gériatre, le doct. Schoevaerdt et un neurologue, le doct. Ossemann. Sur le plan neurologique, cette structure est complémentaire à la clinique de l'épilepsie, car elle permet la prise en charge des patients avec des malaises et des pertes de connaissance mal définies. C'est la seule structure interdisciplinaire de ce type connue en Belgique. Ses points forts sont la mise à disposition d'une plateforme de soins avec de très larges possibilités et surtout la mise en commun des expériences spécialisées.

Les patients pris en charge par ce centre présentent souvent un tableau clinique inhabituel et difficile à décoder. Ils ont habituellement un long parcours médical derrière eux, rarement avec une intégration des données de différentes disciplines. La prise en charge de ces patients est souvent complexe et doit être faite «sur mesure» en intégrant les données somatiques et psychologiques. Il n'y a pas de «prêt-à-porter» pour ces patients, leur prise en charge importe de tenir compte de l'influence du handicap sur la qualité de vie quotidienne.

Tous les 15 jours a lieu une réunion de révision de tous les dossiers avec mises au point et réorientations éventuelles. Des lignes de conduite ont déjà été créées pour la prise en charge en salle d'urgence: quelles démarches faut-il entreprendre? à qui faut-il référer les patients?... Ces lignes de conduite seront bientôt éditées sur intranet.

En situation aiguë, le patient arrive aux urgences avec un malaise ou une perte de connaissance inexpliquée. L'entourage, paniqué, a souvent beaucoup de mal à décrire les symptômes et le patient n'a souvent que peu conscience des événements ayant conduit au malaise. Les sensations et signes cliniques présentés ne sont pas faciles à expliquer: vertige, étourdissement, convulsion, tremblement, ... sont des termes qui ne signifieront pas nécessairement la même chose pour le patient et pour le médecin. L'orientation

peut être rendue fort difficile et la perte ou la mauvaise transmission d'informations représente un frein pour le diagnostic. Entrent alors en piste les «Experts à Mont-Godinne»: la «scène du crime» est passée au peigne fin, les témoins sont contactés par téléphone pour une description précise des faits. La synthèse des différents «interrogatoires» permet de recréer le scénario précis: l'épisode est terminé; les médecins ont des données précises pour établir un diagnostic.

Les troubles du sommeil.

Vous dormez peu? Au contraire, vous êtes une vraie marmotte? Tout le monde n'est pas égal devant le sommeil...

Le sommeil n'est pas uniforme, il présente différentes phases: le sommeil lent superficiel, lent profond et paradoxal (où apparaissent les rêves).

Entre un grand et un petit dormeur, la seule différence est la durée du sommeil superficiel: les quantités de sommeil lent profond et paradoxal sont identiques. Pour un grand dormeur, le sommeil superficiel fragmente le sommeil récupérateur, tandis que le petit dormeur concentre son sommeil avec moins de pauses de sommeil superficiel.

Lorsque le sommeil ne vient pas, c'est peut-être simplement une question d'âge: le sommeil est un phénomène dynamique et varie avec l'âge. La quantité totale de sommeil diminue lorsque l'âge augmente, sans pour cela que la fatigue apparaisse en cours de journée.

Si l'absence de sommeil s'installe, c'est l'insomnie. Elle sera dite chronique si les plaintes durent depuis au moins un mois et si des répercussions se font sentir durant la journée.

Les troubles du sommeil d'origine respiratoire (apnées du sommeil) sont fréquemment rencontrés et les patients qui en souffrent sont dirigés vers la consultation de pneumologie. Les personnes souffrant d'hypersomnolence, d'insomnie ou de troubles de la vigilance dont l'origine ne semble pas respiratoire, sont dirigées vers la consultation spécialisée de Michel Ossemann. L'hypersomnolence n'est qu'un symptôme que beaucoup de pathologies peuvent entraîner. La différence entre fatigue et somnolence n'est pas toujours aisée à distinguer, ainsi le Centre de la fatigue chronique reçoit parfois des patients souffrant de somnolence et non de fatigue: ceux-ci sont alors redirigés vers la consultation de neurologie. L'inverse existe également.



Eric Mormont.

RECONNAÎTRE LES SYMPTÔMES D'UN AVC, C'EST SAUVER DES VIES.



Observez si la bouche est de travers.



Observez si un bras (ou une jambe) ne bouge plus.



Observez si la personne s'exprime de manière confuse.



Notez l'heure du début des symptômes. Les chances de rétablissement sont plus grandes si le traitement est instauré dans les trois heures.

Faites le test sur www.ReconnaitreUnAVC.be

Rappelons qu'un facteur important d'insomnie est le stress, de plus en plus présent dans nos sociétés. Face à l'insomnie, les médicaments ne sont proposés qu'en seconde ligne, après les conseils élémentaires d'hygiène du sommeil.

Traitement des dystonies par toxine botulique.

Les dystonies sont des mouvements anormaux non contrôlables par le patient. Elles sont caractérisées par des contractions maintenues de certains groupes musculaires qui entraînent des postures anormales. Ces dystonies sont généralement douloureuses et, lorsqu'elles sont anciennes, peuvent entraîner des déformations articulaires.

Le traitement par la toxine botulique s'adresse à un petit groupe de dystonies focales, c'est-à-dire qui ne touchent que quelques groupes musculaires. Dans trois situations, le traitement par toxine est remboursé par l'INAMI: la dystonie cervicale ou torticolis spasmodique, qui touche les muscles du cou, le blépharospasme, qui est caractérisé par une contraction des muscles des paupières, et l'hémispasme facial, caractérisé par des contractions des muscles de la moitié du visage.

Les infiltrations de toxine, réalisées par le doct. Osseman, permettent une réduction de la contraction des muscles et ainsi de réduire le mouvement anormal. Ces infiltrations de toxine botulique doivent être répétées environ tous les trois mois.

L'unité de neuropsychologie.

L'unité de neuropsychologie, sous la responsabilité de Mme L. Robaye, a pour objectifs le diagnostic et la révalidation des troubles cognitifs chez les patients atteints d'une lésion cérébrale et âgés d'au moins 16 ans (lésion cérébrale consécutive à un traumatisme crânien ou à une commotion cérébrale, un accident vasculaire ou une hémorragie cérébrale, une anoxie, une tumeur, une intoxication au monoxyde de carbone, une maladie neuro-dégénérative comme la maladie

d'Alzheimer ou la maladie de Parkinson, une sclérose en plaques, ...). Cela nécessite une première entrevue (d'environ 3h) au cours de laquelle la neuropsychologue réalise une anamnèse auprès du patient et d'un proche ainsi qu'un bilan cognitif. L'anamnèse a notamment pour but: - de recueillir les difficultés du patient, sur le plan cognitif et psychologique, en tenant compte de leur déroulement temporel, - d'évaluer l'impact de ces difficultés dans la vie de tous les jours (analyse fonctionnelle, degré de perte d'autonomie) et donc sur la qualité de vie du



L'unité de neuropsychologie, de gauche à droite: **Catherine Deroux**, **Émilie Verreckt**, **Laurence Robaye**, coordinatrice, **Valentine Charlot**, **Delphine Bohy** et **Caroline Cools**. Toutes sont neuropsychologues sauf Delphine Bohy, psychologue.

patient et de son entourage, et - de choisir, au cas par cas, les tests neuro-psychologiques qui doivent être effectués pour objectiver les difficultés et mieux les comprendre en vue d'une prise en charge adaptée. Le bilan cognitif est donc constitué d'une série de tests qui évaluent différentes fonctions cognitives (mémoires, attentions, fonctions exécutives et comportements, calcul et traitement des nombres, habiletés visuo-spatiales, praxies, langage, ...). Ils ont été validés sur le plan scientifique ainsi que normés en fonction de l'âge, du niveau scolaire et du sexe. L'évaluation quantitative et qualitative permettra de préciser la nature et l'origine des troubles.

La neuropsychologue a donc deux rôles principaux. *D'une part*, elle aide le neurologue au diagnostic différentiel en orientant ce diagnostic (troubles cognitifs liés à une maladie neurodégénérative telle que la maladie d'Alzheimer, au vieillissement normal, à une humeur anxio-dépressive, ...). Dans ce contexte, elle peut ensuite proposer des séances d'explication et de conseils pour le patient (ex : « À quoi sont liés mes troubles de mémoire et que puis-je mettre en place pour m'y adapter ? ») et/ou pour son entourage proche (ex : « Mon conjoint a des troubles du comportement ; que puis-je faire pour en diminuer l'ampleur et l'impact dans la vie de tous les jours ? »). *D'autre part*, elle effectue des séances de révalidation afin d'optimiser l'autonomie du patient et ses chances de réinsertion socio-familiale et/ou professionnelle. Les objectifs de ces séances de révalidation cognitive seront définis au cas par cas. Généralement plurihebdomadaires, les séances sont remboursées par l'INAMI, pour autant qu'une lésion cérébrale ait été objectivée et qu'elles s'inscrivent dans une prise en charge pluridisciplinaire (convention de réadaptation fonctionnelle multidisciplinaire).

Dans le cadre de cette prise en charge pluridisciplinaire, les patients et leur entourage proche pourront également bénéficier d'une psychothérapie individuelle ou de groupes de parole afin de les accompagner dans leur travail de deuil et leur processus de reconstruction. Ce suivi psychologique est assuré par une licenciée en psychologie (orientation systémique), spécifiquement formée à la problématique des troubles cognitifs et travaillant en étroite collaboration avec les neuropsychologues. Dans un certain nombre de cas, il est également fait appel à un psychiatre.

Le laboratoire de neurophysiologie.

Le doct. Ossemann dirige également le laboratoire de neurophysiologie. Les techniciens et techniciennes y réalisent les classiques EEG, les enregistrements EEG ambulatoires de 24h, les vidéo-EEG et les potentiels évoqués, ainsi que d'autres tests plus spécifiques.

Le laboratoire de Mont-Godinne possède une excellente expertise en potentiels évoqués. Il s'agit d'une exploration fonctionnelle du système nerveux central par stimulation de diverses modalités sensorielles : vision, audition, sensibilité, ... : les informations sont recueillies par des électrodes placées sur la tête ou le corps, pour étudier la manière dont l'information sensorielle est transmise vers le cerveau.

Des potentiels moteurs sont également réalisés pour évaluer la transmission de la commande motrice du cerveau vers le muscle examiné. Ces potentiels sont réalisés après stimulation du cortex cérébral avec un champ magnétique appliqué par une bobine placée à proximité de la tête, et enregistrement de la réponse motrice sur le muscle étudié. Le champ magnétique délivré par la bobine va exciter les cellules nerveuses de la zone motrice, qui vont à leur tour stimuler un réseau de cellules nerveuses et engendrer diverses réponses motrices si l'on stimule une zone motrice.

Un examen peu courant est réalisé à Mont-Godinne : l'étude du système nerveux autonome, responsable du contrôle végétatif, par exemple de la fonction cardiaque (régulièrement utilisé pour le CIMIS). Peu de centres pratiquent cette technique de façon poussée.

Le laboratoire explore également le système neurovasculaire par ultrasons et réalise les Doppler transcrâniens des grosses artères cérébrales. En plus de l'examen de l'intégrité de ces vaisseaux, on évalue les répercussions de lésions des artères

carotides et vertébrales qui nourrissent le cerveau. On peut également évaluer la capacité qu'ont les artères cérébrales à se dilater pour faire face à une réduction de la perfusion du cerveau (ce que l'on appelle la réserve vasculaire cérébrale), afin de maintenir un apport suffisant d'oxygène au cerveau. Cette technique permet aussi la détection des communications intracardiaques, qui peuvent être responsables d'embolies dans le cerveau et d'AVC : après injection intraveineuse de microbulles, on évalue la fraction de celles-ci qui passe dans le cerveau, ce qui permet d'évaluer si une fermeture de cette communication doit être réalisée en cardiologie par le prof. Chenu.

Le secrétariat.

Il est composé de Sandrine Robert et de Françoise Dehombreux.

En plus de leur travail de dactylographie, elles ont chacune des tâches bien distinctes. Sandrine est l'assistante au département du professeur Laloux et au collège des médecins.

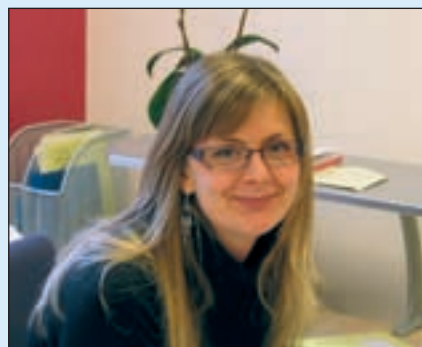
Françoise s'occupe de la gestion de mécénats, de l'accréditation des staffs, elle gère les factures et les congés pour le laboratoire de neurologie et le secrétariat.

En outre, elles planifient la programmation des examens avec les services concernés, accueillent les nouveaux assistants (farde d'accueil et séances académiques), sont « pilotes » pour les mises à jour Omnipro, s'occupent de l'organisation du « Journal Club »¹, du sponsoring et de la création des affiches d'invitations pour les staffs neurologie et éthique.

¹ Journal Club : Tous les 15 jours, un assistant présente un article ou un cas clinique à l'ensemble des médecins du service de neurologie.



Les trois techniciens du laboratoire de neurophysiologie, de gauche à droite : **Benoît Jamart**, **Catherine Miroir** et **Nancy Set-Marie**.



Sandrine Robert.



Françoise Dehombreux.

« Le service de neurologie est un service structuré, plein d'humanité situé dans un environnement agréable. »

L'activité de recherche.

La recherche est une des missions essentielles d'un service hospitalier universitaire. En effet, elle permet de faire progresser nos connaissances « de la cellule au patient » dans le but d'améliorer la prise en charge des patients. Au sein du service de neurologie, la recherche est intégrée à l'activité clinique et englobe différents aspects. Elle s'appuie sur le suivi des patients pris en charge dans le service, le laboratoire de neurophysiologie, le laboratoire d'analyse cinématique du mouvement, l'unité de neuropsychologie et la collaboration avec le département d'imagerie médicale. De nombreuses collaborations ont été mises en place tant au sein des cliniques qu'avec des laboratoires de l'UCL et d'autres universités.

L'activité de recherche est soutenue depuis de nombreuses années et ce, avec l'appui de l'unité de support scientifique (doct. Jacques Jamart) et de Mlle Céline Divoy,



Céline Divoy.

data manager en neurologie. En octobre 2007, un laboratoire de recherche (analyse cinématique du mouvement et stimulation cérébrale non-invasive) a vu le jour avec l'arrivée du docteur Vandermeeren. Ses recherches portent sur la plasticité cérébrale. Nous vous renvoyons à l'article page 18 consacré aux travaux menés par les cliniciens chercheurs de Mont-Godinne. Ce numéro porte plus spécifiquement sur le domaine de recherche du doct. Vandermeeren.

Celui-ci est également adjoint du prof. Laloux pour la prise en charge des pathologies neurovasculaires. Dans ce domaine, ces deux médecins réalisent des travaux de recherche sur le traitement de la phase aiguë, notamment sur de nouveaux médicaments de prévention de l'AVC, et évaluent un médicament thrombolytique (dissolution du caillot obstructif), administré durant la phase aiguë. Leurs recherches portent également sur la gestion des facteurs de risque au long cours et la prévention des récurrences, les aspects socio-économiques et les coûts engendrés par la pathologie neurovasculaire.

Éric Mormont s'attache à évaluer certains tests de la mémoire et l'impact émotionnel lors de l'annonce du diagnostic de maladie d'Alzheimer.

Par ailleurs, dans le cadre d'un projet financé par la Région wallonne, Michel Ossemann développe un mode d'enregistrement EEG sans fil (le projet WALIBI).

L'unité d'épileptologie, quant à elle, conduit des études avec de nouveaux médicaments antiépileptiques. Elle s'intéresse particulièrement aux effets cognitifs des médicaments antiépileptiques, aux problèmes de l'épilepsie de la personne âgée, à la réinsertion professionnelle des patients épileptiques et aux stratégies d'évaluation des malaises inexplicables pouvant évoquer le diagnostic d'épilepsie.

Tout récemment, Yves Vandermeeren et Michel Ossemann ont lancé un protocole de recherche visant à évaluer l'effet des stimulations cérébrales non-invasives sur le système nerveux autonome, en mettant en commun le matériel de recherche (la tDCS, voir l'article p18 sur les recherches d'Yves Vandermeeren) et le matériel de monitoring utilisé pour l'évaluation du système nerveux autonome. Le recrutement va bientôt commencer : ... avis aux volontaires.

L'activité d'enseignement

Trois assistants MACCS complètent le staff médical de neurologie et trois stagiaires neuropsychologues, le staff de l'unité de neuropsychologie. De nombreux stagiaires médecins passent chaque année en neurologie. En plus des différentes conférences destinées aux médecins traitants, le professeur Laloux donne cours aux FUNDP et à l'UCL.

L'unité de soins compte 16 lits d'hospitalisation et comprend une 'Stroke unit' (2 chambres de 2 lits). La 'Stroke unit' permet une surveillance rapprochée et constante des patients victimes d'un AVC (tension artérielle, ECG, O₂ sanguin). Elle a été créée en 1990 à l'initiative du prof. Patrice Laloux à la suite d'un séjour en Suisse. À l'époque, cette unité était la première de son genre en Belgique.

L'unité d'hospitalisation

Située au 3^e étage, l'unité de soins compte 16 lits d'hospitalisation.

Toute l'équipe nursing est formée à la reconnaissance des complications neurologiques.

Le patient hospitalisé bénéficie d'une véritable filière de soins interdisciplinaires. Les différents métiers (kinésithérapeutes, logopèdes, service social, ...) jouent un rôle important dans la prise en charge du patient, de son hospitalisation à son retour à domicile.

Deux projets sont en préparation : la création d'une fonction de référent pour l'épilepsie (actualisation des connaissances et uniformisation des protocoles sous la supervision du doct. Michel Ossemann) et l'introduction d'une fonction de référent pour l'éducation à la santé des patients en ce qui concerne la prévention des pathologies vasculaires.

Au sein de l'équipe pluridisciplinaire du staff de neurologie, l'équipe infirmière occupe une place spécifique. Ses activités sont diverses : réception du patient, aide au diagnostic, mise en œuvre du traitement prescrit par les médecins, et surtout surveillance des patients adressés dans un lit d'urgence cérébro-vasculaire pour un accident vasculaire cérébral pris en charge précocement.

Le dépistage rapide des complications est lié à la proximité de l'équipe de soins vis-à-vis du sujet de toutes ses attentions : le patient. La gestion des malades atteints d'une pathologie neurologique requiert un sens de l'observation, une adaptation à l'inattendu, une qualité de contact et des compétences techniques.

Cette prise en charge ne peut se concevoir sans la bonne collaboration de métiers différents. Citons l'exemple de la prise en charge des troubles de la déglutition : le bilan initial est réalisé en ORL (test au bleu, radio de déglutition), un rapport détaillé est émis et, en fonction des résultats, la rééducation est conduite par les logopèdes (ORL) avec la collaboration des infirmiers et surtout des aides-soignants.

Le développement de plans de soins par pathologie permet une prise en charge très spécifique.

Les référents de l'unité de soins.

- M. Dominique Debarsy : responsable infirmier/infirmier-référent hygiène + prise en charge de la douleur/contact école et suivi stages.
- Mme Monique Furdelle : infirmière-référente escarres.
- Mme Annick Georges : infirmière de liaison pour les patients gériatriques.
- M. Frédéric Guillaume : infirmier-référent manutention.
- Mme Joëlle Harte : infirmière-référente douleur.
- Mme Myriam Viroux : aide-infirmière-administrative.
- M. Philippe Remacle: aide-soignant/référent nutrition.

Le service social joue un rôle important dans la prise en charge du patient à la fin de son hospitalisation.

Le travail du service social consiste à organiser le retour du patient au domicile, de réfléchir à son projet de vie, de mettre en place sa convalescence ou une éventuelle réhabilitation dans un centre (peu nombreux dans la province de Namur).

Virginie Pourignaux est le lien avec les proches du patient pour son accompagnement. La collaboration avec les médecins est très importante pour le suivi.

Les valeurs humaines et l'émotion sont présentes quotidiennement.

Un vrai travail psycho-social.

Les différentes collaborations interservices :

- la médecine physique (électromyographie, spasticité, rééducation),
- la neurochirurgie,
- l'imagerie médicale,
- le Centre de la douleur chronique (pour les céphalées),
- le CIMIS, la clinique de la syncope (filiale pour la prise en charge des malaises paroxystiques),
- les cardiologues,
- l'unité d'évaluation gériatrique ambulatoire,
- la chirurgie cardio-vasculaire (chirurgie des carotides),
- la médecine nucléaire (PETscan cérébral pour les AVC, les démences, les tumeurs ou l'épilepsie),
- la pneumologie (pour le sommeil),
- l'ORL (échanges d'avis pour le centre de dysphagie, troubles de la déglutition, vertiges, ...).



De gauche à droite : **Dominique Debarsy, Stéphanie Bouillot, Philippe Laruelle, Rudy Jeangout, Philippe Remacle, Florence Ledoux, Marie-Louise Masquelier, Nathalie Pesesse, Christine Bekaert, Myriam Viroux et Richard Ntaganda.**

LES AIDES-SOIGNANTS.

Interview de : Francine BIAZOT (1^{er} A), Simone BIGOT (volante), Fabienne COLSON (gériatrie), Bénédicte CROUQUET (USI), Pascale DASNOIS (2^e A), Leslie DEMALSY (1^{er} A), Monique GILMARD (4^e A), Fabiola GILSON (USI), Christine GIOT (USI), Brigitte RECLUSÉ (pédiatrie), Philippe REMACLE (3^e D), Marie-Paule RENSON (bloc op.), Fabienne RÉSIMONT (4^e A), Nadine ROLIN (bloc op.), Florence SABBE (gériatrie), Giovanna STEFANI (2^e C), Myriam VIROUX (4^e B), Valérie VOSE (3^e C),

et de : Richard BERGEN, Marie-Christine LECOQ, Véronique NONET et Yves TOUSSAINT.

De ses premiers entretiens pour élaborer ce dossier, Dimitri Lionnet est revenu en disant : «Aides-soignantes, quel métier ! Elles n'arrêtent jamais !! » Voilà, tout était dit...!

Alors, cet article se doit d'être comme une journée de travail d'un aide-soignant : varié, très varié..., dense, très dense ... et puis rythmé..., sacrément rythmé !

Et si le terme «aide-soignant» est utilisé au masculin dans cet article, c'est parce que nous nous plions aux règles de la grammaire : la profession regroupe en effet 4 messieurs parmi une septantaine de dames.

Ce terme regroupe d'ailleurs une grande variété de personnel : auxiliaire de soins, aspirant en nursing, puéricultrice, aide-familiale, auxiliaire polyvalente, aide de salle, auxiliaire en stérilisation, auxiliaire au transport, ... ce qui signifie que nous retrouvons des aides-soignants au sein des unités de soins, mais aussi aux soins intensifs, au bloc opératoire, au transport et en stérilisation centrale. Un cadre légal -voir plus loin- vient d'y apporter plus de précisions pour certaines catégories d'aides-soignants.

Les aides aux soins intensifs.

Six personnes -uniquement des dames- travaillent en tant qu'aides dans ce service. Étant donné les temps partiels et les congés divers, elles sont malheureusement rarement trois le matin (pour chaque unité de soins intensifs : A, B et D).

Leur travail est essentiellement technique et logistique. Les tâches sont multiples et

variées et demandent souvent énormément de manutention : chaque jour, elles font, avec de gros chariots, le tour des chambres pour les réapprovisionner, elles vérifient que chaque armoire est bien achalandée, elles vont conduire puis rechercher le matériel en stérilisation centrale. Trois fois par jour, elles descendent à la cuisine pour les chariots repas, elles entretiennent et nettoient (désinfection) le matériel (fibroscope, ...) et effectuent l'entretien des tables de nuit, des lits, ... Ce sont elles qui descendent à la transfusion chaque jour pour les poches de sang, prennent en charge le transport des malades des unités de soins vers les USI (aucun transporteur n'est affecté à leur unité), passent les commandes nursing et les commandes entretien, puis les rangent, vident quotidiennement toutes les poubelles des chambres et regroupent les sacs à linge, ... et la liste est loin d'être exhaustive !

Dans cette unité bien spécifique, le regret essentiel est le manque de contacts avec les patients. La pénibilité physique de certaines tâches logistiques constitue aussi un point négatif. Sur le plan «pratique», l'achat de nouveaux chariots repas moins lourds et plus maniables (oui, ça existe!) rendrait leurs fréquents allers-retours bien moins usants !

Par contre, elles apprécient les horaires de travail (un samedi sur trois, un dimanche sur six et le soir, fin du service à 18h30), la bonne entente, la confiance entre elles pour maintenir rythme et rigueur, mais surtout elles apprécient la qualité de leurs relations (convivialité, gentillesse et respect) avec les infirmiers et les médecins des soins intensifs et, pour illustrer leurs propos, bref passage du prof. Pierre Bulpa : salutations cordiales, grand sourire... (ils sont vraiment bien les membres d'Horizons !).

Les aides au bloc opératoire.

Six aides (là aussi, uniquement des dames) partagent le quotidien palpitant (c'est un euphémisme !) des anesthésistes, des chirurgiens, des infirmiers et des AIA du bloc opératoire. Leurs horaires s'étalent entre 7h15 et 20h, sans prestations le week-end.

L'aide qui se consacre au dispatching est véritablement «en première ligne» et sert d'interface entre les dix salles d'opération, les étages et les autres appelants. L'image de la «tour de contrôle» convient parfaitement à ce rôle : tout en tenant compte des annulations, des reports et autres urgences, elle coordonne le ballet incessant des arrivées, mises en attentes et sorties des patients, pas seulement par téléphone ou en encodant absolument chaque mouvement (tableau de bord de suivi : pour permettre à chacun d'avoir une vue d'ensemble «en direct»), mais surtout physiquement ... C'est elle qui accueille le patient lors de son arrivée, vérifie son identité, le rassure avec un sourire et quelques mots bienveillants, l'installe sur une table du bloc (choisie en fonction du type d'intervention) et l'amène devant la salle où il est attendu. À tout moment, elle est appelée à effectuer des gazométries (aller chercher des échantillons sanguins dans les salles, les passer dans une machine et ramener les résultats en salle).

Pendant ce temps, les autres aides vaquent à leurs multiples occupations en fonction de leur nombre : nettoyage du matériel (scopies, tabliers en plomb, tables, ...), commandes à la stérilisation, rangement du matériel spécifique dans les nombreuses armoires, tournée des scrubs (brosses stériles et désinfectant), courses extérieures vers l'anatomo-pathologie, commandes diverses

Aux soins intensifs :



Christine Giot.



Fabiola Gilson.



au service achats, aller chercher les poches de sang, nettoyage et rangement des différents chariots, ... Depuis le passage au film-less, elles utilisent aussi la développeuse informatique pour les radiographies, ... La liste est vraiment très longue !

Les aides apprécient beaucoup la diversité des tâches et la bonne entente qui règne entre elles. Par contre, elles regrettent souvent de ne pas avoir plus de temps à consacrer aux patients, certains ayant plus besoin que d'autres d'être rassurés lors de leur arrivée au bloc.

Elles doivent faire preuve de beaucoup de caractère pour subir la pression et le stress qui règnent souvent autour d'elles. En effet, chaque salle a son propre rythme et ses problèmes à gérer et ne peut imaginer un seul instant que les aides puissent être monopolisées ailleurs. Et la tension qui se transforme en agressivité, elles connaissent aussi ! Heureusement, elles ont acquis assez de recul pour relativiser ces faits plutôt rares et se recentrer sur les moments de complicité et de convivialité qu'elles partagent tant avec les infirmiers qu'avec les médecins qui les entourent.

Les aides en unité de soins d'hospitalisation.

Nous comptons actuellement une soixantaine d'aides dans nos étages, le premier homme, Philippe Remacle, est « apparu » en 1991 (suivi par trois autres).

Le métier a fortement évolué et Fabienne Résimont (maintenant AIA) nous rappelle sa fonction d'« hôtesse » voici plus de vingt ans : elle prestait alors un horaire coupé, faisait office tant d'aide-logistique que d'aide-soignante et dépendait des services généraux avant d'être affectée au nursing.

À l'époque, vu le manque de cadre légal, les aides s'adaptaient, en fonction de leurs compétences individuelles, aux besoins de leurs services respectifs et bon nombre prestaient des actes techniques infirmiers (et ce, même aux urgences ou aux soins intensifs). Un aide-soignant pouvait assurer les nuits seul, faire des injections ou des pansements, changer une perfusion, distribuer les médicaments, ... tâches que les A.S. ne peuvent plus exécuter depuis une douzaine d'année; d'ailleurs, deux nouveaux arrêtés royaux viennent de paraître en 2006 afin de donner un cadre encore mieux défini (restrictif?) à la profession.

En unité de soins, les horaires des A.S. s'étalent entre 7h et 20h30 avec prestation d'un week-end sur deux. La majorité d'entre eux travaillent à temps partiel (50 ou 75%), temps de travail correspondant mieux à l'organisation des services (moins de chevauchement l'après-midi).

Voici une journée-type :

- 7h : chaîne alimentaire ou rapport et paramètres (température, pouls, tension artérielle, glycémie, poids, ...),
- 8h : distribution des petits-déjeuners,
- 9h : soins d'hygiène, réfection des lits, ...
- 12h : distribution des dîners,
- 13h : installation des patients au lit pour la sieste, paramètres, rafraîchissements, mobilisation, ...
- 18h : distribution des soupers,
- 19h : paramètres, rafraîchissements, installation pour la nuit, ...

Outre ces tâches « à heure fixe », les A.S. « font les sortants » avec l'aide-logistique (c'est-à-dire nettoyer et préparer la chambre qui vient de se libérer), s'occupent de l'utility (matériel sale, bacs de stérili) et des poubelles, passent les différentes commandes avec l'AIA, notent leurs différentes observations sur le COPEM (dossier du

patient), répondent aux sonnettes et aux demandes diverses, effectuent différentes courses, par exemple, pour les poches de sang, ... et ici non plus, vous n'aurez pas de liste exhaustive, car cela varie d'un service à l'autre. Essayez d'imaginer le nombre de petits patients que Brigitte Reculé a aidés à s'endormir tout au long de sa carrière en pédiatrie !

Selon les services, les A.S. participent ou non au rapport du matin et de l'après-midi, c'est-à-dire assister à la transmission orale (avec un support écrit) des remarques et observations diverses entre deux équipes qui se relaient. Les aides qui y sont « conviées » trouvent cela très important pour une meilleure prise en charge du patient et celles qui ne le sont pas le regrettent souvent. Il en est de même pour la prise des paramètres : les A.S. qui prennent les pulsations, la température, ... considèrent clairement que c'est un plus dans la relation patient/soignant. Tant la participation au rapport que la prise des paramètres induisent une qualité de prise en charge optimisée du patient.

Il ressort clairement de nos entretiens que le bien-être au travail de nos A.S. dépend beaucoup de leur intégration au sein de l'équipe de soins, celle-ci passant par une reconnaissance de leur fonction et une bonne coordination entre les différents « métiers » qui gravitent autour du patient. Ce sentiment d'appartenance à un service semble plus marqué dans certains services que d'autres et ce, malgré une charge de travail qui ne cesse d'augmenter. Notamment pour les « anciens », vu que certaines lacunes sont apparues voici quelques années dans la formation des jeunes diplômés, peu ou mal préparés au milieu hospitalier. C'est pour y remédier que Richard Bergen a initié en 2006 un partenariat avec trois écoles qui forment des aides-soignants en leur proposant de venir en stage chez nous. Bien que récente, cette nouvelle collaboration porte déjà ses fruits ! Deux de nos dernières recrues sont d'anciens stagiaires et Richard Bergen souligne l'encadrement remarquable que nos équipes leur ont réservé.

En parlant de formations, nos A.S. regrettent de ne pas avoir accès à certaines, organisées en interne. Véronique Nonet nous précise qu'ils sont les bienvenus, chaque fois que la formation correspond à leur pratique professionnelle, et qu'il leur est possible, si les places disponibles le permettent, de s'inscrire en passant par leur infirmier-chef. Giovanna Stefani fait partie de la commission éducation afin d'y représenter la fonction et elle aura du pain sur la planche :

Au bloc :



Marie-Paule Renson.



Nadine Rolin...

selon la nouvelle législation, 8 heures de formation spécifique pour les A.S. sont obligatoires chaque année.

Pour aller un peu plus loin à ce sujet, certains AS attendent impatiemment la prolongation du « plan 600 » : celui-ci leur permet de suivre des études d'infirmier durant trois ans, comme l'a déjà entrepris avec succès, parmi d'autres, Monique Gilmard du 4^e A. Elle confirme que son expérience en tant qu'A.S. a été un atout certain. Bonne chance à tous ceux qui pourraient en bénéficier !

Un point négatif est relevé à l'unanimité : la chaîne alimentaire le matin en semaine et 3 fois par jour le week-end. Ce temps, passé en cuisine, les « coupe » des soins alors que leur présence est tellement importante à l'étagé.

Et ce que souhaitent les A.S.

Sur un plan pratique, on trouve tous azimuts : un accès sécurisé au vestiaire pour éviter les vols, un parking réservé au personnel et mieux éclairé le soir, le retour de la navette le week-end, ...

Concernant les horaires, les A.S. à temps plein revendiquent l'accès au 4/5e hors crédit temps, d'autant plus que celui-ci est octroyé dans d'autres secteurs que le nursing ; des pourparlers sont en cours, croisons les doigts ! L'accent est également mis sur les besoins en formation spécifique : sur la douleur, la nutrition (une A.S. est référente nutrition dans chaque unité de soins), la prise en charge des familles, une meilleure connaissance des pathologies et des examens, ... et ceux qui ne l'ont pas encore suivie, attendent leur formation « agressive » avec impatience..., en soulignant que les « agressifs notoires » auraient dû être les premiers inscrits !

Mais surtout, les aides-soignants demandent du temps ; plus de temps avec chaque patient au profit d'une meilleure qualité des soins (et la possibilité de préserver celle-ci); plus de temps avec les familles quand celles-ci ont besoin d'être écoutées ; plus de temps pour communiquer avec leurs équipes, tous métiers confondus. Et comme le point inter-métiers est abordé, nos aides-soignants insistent sur le respect et la considération dus à chacun, quelle que soit sa fonction. Une journée « chargée » est toujours mieux vécue avec le sourire...

■ Dimitri Lionnet et Sandra Panella.



Fabienne Résimont, A.S. devenue AIA (à gauche) à côté de **Monique Gilmard**, ancienne A.S. qui a bénéficié du plan 600, ce qui lui a permis d'entreprendre des études d'infirmière qu'elle a terminées avec succès.



À gauche, **Francine Biazot** et, à droite, **Leslie Demalsy**.



Valérie Vose.



Simone Bigot.



De gauche à droite : **Anne-Sophie Guilmain, Sabrina Belle, Katy Despagne, Christine Uwamungu, Philippe Remacle** et **Ludvine Dussenne**.



Florence Sabbe.



Pascale Dasnois.

L'équipe infirmière « dialyseuse » aux soins intensifs.

L'hémodialyse à Mont-Godinne a débuté voilà 20 ans.

Depuis 1988, nous réalisons aux soins intensifs toutes les épurations extrarénales des patients hospitalisés à Mont-Godinne.

Notre institution n'étant pas reconnue comme centre d'hémodialyse, nous ne pouvons traiter que les patients « aigus », c'est-à-dire les patients hospitalisés aux soins intensifs ou déjà transférés dans une unité d'hospitalisation, présentant une insuffisance rénale aiguë et ce, pendant une période de 8 semaines maximum.

Si leur état le permet, les patients sont ensuite orientés par le néphrologue vers un centre de dialyse chronique.

Les soins intensifs prennent aussi en charge, pour une durée limitée, les patients insuffisants rénaux chroniques hospitalisés en unités de soins et qui sont habituellement dialysés plusieurs fois par semaine dans un centre spécifique.

Les lits de soins intensifs ne restant jamais très longtemps inoccupés..., la collaboration interservice est dès lors très importante pour pouvoir gérer au mieux les dialyses des patients hospitalisés à l'étage tout en permettant l'accueil des patients opérés du jour et des autres patients.

- Afin de pouvoir prendre en charge la première hémodialyse en début de matinée, il est nécessaire de connaître les résultats de la biologie prélevée tôt le matin.
- Le poids du patient et/ou un bilan hydrique précis sont également nécessaires pour déterminer le retrait de liquides à programmer.
- Les hémodialyses intermittentes étant le plus souvent réalisées tous les deux jours, on évitera la programmation d'examens les jours de dialyse.

Les épurations extrarénales pratiquées aux soins intensifs sont de deux types :

1. L'épuration extrarénale intermittente ou hémodialyse intermittente d'une durée limitée de 4 à 6 heures est généralement privilégiée pour diverses raisons (n'affecte pas la mobilité du patient, ne nécessite pas l'utilisation continue d'anticoagulants...).

Elle est réalisée chez les patients hémodynamiquement stables par un groupe d'infirmiers « dialyseurs » formés spécifiquement pour cette technique.

Ces séances de dialyses habituellement

répétées tous les 2 jours sont cependant quotidiennes chez certains patients très cataboliques.

Les ressources en personnel (un minimum de deux infirmiers « dialyseurs » présents le matin et l'après-midi) et en matériel (3 appareils renouvelés en 2004) permettent d'assurer un maximum de quatre hémodialyses en journée (exceptionnellement cinq selon les ressources disponibles).

2. L'épuration extrarénale continue, aussi appelée hémofiltration (hémofiltration seule) veino-veineuse continue (CVVH) ou hémodiafiltration (hémofiltration et hémodialyse) veino-veineuse (CVVHDF) selon la technique choisie.

Elle est réservée aux patients hémodynamiquement instables (recevant des quantités importantes de médicaments pour supporter la tension artérielle) et à certaines indications non rénales (chocs septiques le plus souvent...).

Vu le caractère continu de la technique 24H/24, l'épuration continue doit être prise en charge par l'ensemble du personnel infirmier des soins intensifs.

Deux anciens appareils et deux nouveaux nous permettent de faire fonctionner au maximum quatre dialyses continues en même temps.

Ce système est apparu à Mont-Godinne dans le début des années 90.

Quel que soit le choix du traitement, ces techniques sont lourdes, l'infirmier « dialyseur » prenant habituellement en charge deux patients dont un dialysé.

La pratique des deux techniques par le service permet d'adapter au mieux le choix de la thérapie aux besoins spécifiques de chaque patient en attente d'une récupération de la fonction rénale (qui survient habituellement aux alentours de 6 semaines pour les patients en nécrose tubulaire aiguë).

Genèse d'une fonction.

Le docteur Gonzalez et l'infirmière-chef Myriam Bourtembourg, pionniers de l'hémodialyse à Mont-Godinne, nous expliquent qu'avant 1988, nous ne pratiquions que la dialyse péritonéale. Les patients nécessitant une hémodialyse intermittente devaient être transférés dans un autre hôpital.

Ces transferts n'étaient pas sans risques pour des patients de soins intensifs instables.

Pour répondre à la demande croissante et

dans un souci de qualité et de sécurité, le professeur Installé a entrepris les démarches nécessaires pour pouvoir pratiquer l'hémodialyse à Mont-Godinne.

Rapidement, une équipe mobile de dialyseurs aux soins intensifs a été créée, composée du docteur Gonzalez et de 4 infirmières. La formation de cette équipe s'est déroulée aux cliniques St-Luc à Woluwé.

L'équipe a dû faire face aux premières difficultés : la maîtrise du nouveau matériel, le traitement de l'eau qui demeure un élément essentiel dans l'hémodialyse intermittente et qui, à l'époque, n'était pas chose aisée. Rappelons qu'on ne disposait pas aussi facilement qu'aujourd'hui d'eau adoucie et osmosée.

Le matériel étant moins performant qu'actuellement, le risque d'accident était plus important, n'oublions pas que l'hémodialyse est une technique avec circulation extracorporelle.

Vu l'augmentation des indications, l'équipe de 4 infirmières a dû être rapidement étoffée et les candidats, à cette époque, étaient peu nombreux...

Aujourd'hui l'équipe de dialyse se compose de 13 E.T.P. parmi les 66 E.T.P. du service.

Leur rôle a évolué depuis 1988 avec l'arrivée de nouvelles techniques plus performantes et de machines plus sécurisées.

Quels sont les rôles spécifiques de l'équipe infirmière dialyseuse ?

1. Réalisation de la dialyse :

Préparation des appareils :

- Installation des appareils de traitement d'eau et de dialyse au lit du patient. Lors de la construction de la nouvelle unité D en 2005, une centrale de distribution d'eau traitée a été installée. Ceci évite de devoir déplacer continuellement les chariots de traitement d'eau au lit du patient. L'installation actuelle permet également de désinfecter le circuit en continu lorsqu'il n'est pas utilisé et de prévenir ainsi l'apparition d'un biofilm bactérien difficile à éliminer dans les tuyaux. Les dialyses peuvent également être commencées plus rapidement que dans les autres unités, les appareils de traitement d'eau étant déjà désinfectés.
- Désinfection des appareils et vérification de l'absence de résidus de désinfectants.
- Montage des trousseaux.
- Préparation du bain de dialysat.
- Rinçage du circuit.



Préparation du patient et soutien durant le traitement :

- Installation du patient.
- Anamnèse.
- Éducation (diététique).

Programmation des paramètres de dialyse (durée, perte de poids) selon prescription médicale et après vérification de la biologie et du bilan hydrique.

Branchement de la dialyse et administration de l'anticoagulation.

Surveillance de la dialyse.

« Surveiller une dialyse, c'est bien plus que surveiller une machine qui tourne ... »

Cela implique :

- la surveillance clinique permanente du patient, la détection et la prise en charge des incidents pouvant survenir fréquemment (hypotension, troubles du rythme) et moins fréquemment (céphalées, nausées, convulsions, crampes en cas de dialyse trop rapide, problèmes hémorragiques, réactions fébriles, réactions allergiques);
 - la surveillance des paramètres du patient, des paramètres de la machine, des ions et de l'anticoagulation toutes les 30 minutes;
 - la surveillance de l'abord vasculaire (pansement cathéter...);
 - la surveillance des alarmes;
 - la surveillance du circuit.
- Des coagulations prématurées de circuit nécessitent parfois le remplacement du circuit et du cathéter durant la dialyse. La technique n'est pas sans risques; comme pour toute circulation extracorporelle, on n'est jamais à l'abri d'une déconnexion accidentelle.

Contrôle biologique en fin de dialyse-

Transmissions des informations.

- Tenue du dossier.
- Transmission des informations à l'étage.

2. Rôle de garde.

Pour assurer les urgences la nuit, un rôle de garde a été instauré. Chaque infirmier « dialyseur » est de garde 3-4 fois par mois.

3. Charges liées à la fonction d' « infirmier dialyseur ».

L'infirmier « désigné de garde » pour la nuit dans les horaires réalise les missions suivantes :

- Suivi bactériologique des appareils de traitement d'eau et des appareils de dialyse et désinfection en cas de résul-

tat positif. Les biotechniciens effectuent, eux aussi, un travail essentiel, en réalisant les suivis et la maintenance du matériel et des infrastructures.

- Programmation des séances de dialyse intermittente du lendemain pour les patients des soins intensifs et des étages.
- Retrait des cathéters des patients hospitalisés aux étages qui ne doivent plus être dialysés.

4. Rôle pédagogique.

Maîtrisant mieux la théorie et la manipulation des différentes thérapies, l'infirmier « dialyseur » est référent pour les autres membres du staff infirmier.

En effet, dans la pratique quotidienne, il aide ses collègues, si nécessaire, à monter les circuits des machines de dialyse continue, à régler les débits et à résoudre les différents problèmes.

Comment intègre-t-on l'équipe de dialyse ?

Une seule condition : il faut être infirmier aux soins intensifs depuis 2 ans. Les candidatures se font sur base volontaire en rédigeant une lettre de motivation à l'infirmière chef de service.

La formation se fait par Myriam Bourtembourg et par Éric Bouchonville.

Les futurs dialyseurs doivent avoir un écologage d'environ 6 mois avant de pratiquer seuls l'art de la dialyse.

Les candidats « dialyseurs » sont attirés par cette technique en évolution constante (les avancées étant encore plus rapides pour la dialyse continue), ce qui nécessite donc une formation continue.

Quelles sont les indications d'épuration les plus fréquentes à Mont-Godinne ?

- L'insuffisance rénale aiguë suite à une intervention de chirurgie cardiaque, un choc septique, un syndrome d'écrasement musculaire, une défaillance multiorganique, une pathologie hématologique...
- Une hyperkaliémie majeure non contrôlable par les moyens conventionnels.
- Les chocs septiques.
- Les patients chroniques dialysés dans un centre spécifique et hospitalisés à Mont-Godinne.
- Les intoxications accidentelles, volontaires ou iatrogènes : ingestion de produits toxiques (méthanol et autres toxiques), surdosage de médicaments (antibiotiques) et administration de médicaments hautement toxiques (traitement anticancéreux).

La dialyse en chiffres à Mont-Godinne.

L'équipe de « dialyseurs » réalise actuellement entre 500 et 700 séances de dialyses intermittentes par an, le nombre de dialyses pouvant varier de 0 à 4-5 dialyses par jour.

Par ailleurs, l'ensemble du personnel prend également en charge 250 journées de dialyses continues par an.

Quel avenir ?

On prévoit une évolution constante avec une augmentation de 5 à 7% de l'activité par an. Dans les années à venir, on devrait assister à une diversification des indications et des techniques : nouvelles techniques d'anticoagulation (citrate...), nouveaux modes de dialyse continue, supports métaboliques autres que rénaux...

Quel est le bilan après 20 ans de service ?

On ne peut qu'être fier du chemin parcouru.

Le service a été précurseur en matière de prise en charge des patients en insuffisance rénale aiguë. Le support extrarénal a largement contribué à améliorer le pronostic des patients critiques à Mont-Godinne grâce à un personnel compétent.

Cette réussite est à partager avec les biotechniciens, les unités de soins, le laboratoire et les pionniers : le docteur Gonzalez et l'infirmière-chef Myriam Bourtembourg.

Éric Burton,
Marie Claire Laroche,
Myriam Bourtembourg.

L'équipe d'infirmiers dialyseurs :

Éric Bodart, Olivier Devaux,
Anne-Sophie Laval, Ursula Lurkin,
Philippe Hustache, Laurence Romain,
David Binamé, Yannick Derwaux,
Virginie Colot, Delphine Guillaume,
Laurence Léonard, Geoffroy Plenevaux,
Christophe Witdouck, Alain Ledoux,
Jean-Christophe Servotte et
Thierry Lessire.

Le traitement de l'obésité : du nouveau à Mont-Godinne

Quelques kilos en trop, beaucoup connaissent. Un peu de sport et une alimentation équilibrée suffisent souvent à rétablir un poids idéal. Mais lorsque les kilos s'accumulent, l'obésité n'est pas loin...

L'obésité : causes et effets...

Lors de la prise d'aliments, la distension de l'estomac, l'élévation glycémique et de nombreux autres mécanismes physiologiques génèrent des signaux qui sont envoyés au système nerveux central pour faire apparaître la satiété. Ne pas « écouter » ces signaux et continuer à manger sans ressentir aucune sensation de satiété induit un bilan calorique positif et la prise de poids. Augmentation des apports caloriques, diminution de l'activité physique et sédentarité croissante : l'obésité s'installe, accompagnée de comorbidités : diabète non insulino-dépendant (de type II), problèmes cardiovasculaires, stéatose hépatique (envahissement graisseux du foie), apnées du sommeil, douleurs ostéo-articulaires chroniques et même augmentation du risque oncologique...

Un milieu socio-familial défavorisé, un contexte psychologique défavorable sont des facteurs favorisant l'obésité. Celle-ci touche de manière à peu près équivalente hommes et femmes, avec la nuance qu'elle est socialement mieux acceptée pour un homme.

Comment quantifier un excès de poids ? Les médecins utilisent le BMI (body mass index, en français IMC, indice de masse corporelle) qui est le rapport entre le poids en kilos et la taille en mètres au carré. Un BMI de 20 à 25 indique un poids normal, de 25 à 30 un embonpoint et au-delà de 30 une obésité. Au-delà de 40, l'obésité est dite morbide.

L'obésité est un phénomène de société : les courbes de poids moyen des populations occidentales croissent de manière exponentielle. L'Europe suit les États-Unis avec quelques années de retard face à ce problème. Les chiffres sont alarmants : en Europe occidentale, près de 20 % de la population est considérée comme obèse.

Lutter contre l'obésité : les techniques utilisées à Mont-Godinne.

Le premier traitement est évidemment une prise en charge diététique adéquate. Cependant, des conseils diététiques isolés, sans suivi rapproché et sans la véritable guidance proposée dans les cliniques

de Mont-Godinne par exemple, n'apportent que des résultats soit marginaux, soit importants mais éphémères.

Diverses techniques, endoscopiques ou chirurgicales, ont été mises au point pour venir en aide aux obèses dans leur lutte contre les kilos, mais ces techniques seules ne peuvent toutefois pas résoudre l'ensemble du problème, qui est comportemental. L'aide de la diététique et, très souvent, le suivi psychologique sont indispensables. Un obèse pourrait à terme continuer de manger en excès malgré les interventions techniques : sa prise d'aliments sera limitée un temps, mais, sans discipline de sa part, pourrait ne pas être suffisamment corrigée pour être efficace. Une prise de conscience des habitudes alimentaires néfastes, une école du mieux manger et un désir de réussite sont nécessaires au succès du traitement.

Au niveau des techniques non chirurgicales existe la technique du **ballon intra-gastrique**, introduit par endoscopie sous anesthésie générale à l'occasion d'une courte hospitalisation. Cette intervention rapide est pratiquée à Mont-Godinne par le docteur Jean-Paul Martinet, gastroentérologue. Son objectif est de forcer le patient à reprendre conscience du sentiment de satiété et à le respecter : de manière imagée, c'est « une béquille pour le cerveau ».

Le ballon est placé vide dans l'estomac au bout d'une sonde et ensuite rempli d'environ 650 ml de sérum physiologique additionné de bleu de méthylène. Ce bleu de méthylène servirait d'indicateur d'une improbable fuite si le ballon était percé : résorbé par tube digestif, il serait éliminé dans les urines qu'il colorerait alors en vert. Le ballon devrait alors être rapidement retiré, afin d'éviter sa migration dans le tube digestif et un risque d'occlusion. Le ballon gonflé va occuper une partie du volume gastrique et diminuer l'espace disponible pour les aliments. Survenant dès lors plus tôt pendant un repas, la distension gastrique se signalera donc plus précocement au centre nerveux de la satiété.

Le ballon intra-gastrique est placé pour une période de six mois. Il est également retiré sous courte anesthésie générale en hospitalisation de jour. C'est une technique totalement réversible qui ne nécessite aucune modification anatomique. La fourchette idéale de BMI pour cette inter-

vention se situe entre 30 et 40. La technique s'adresse aussi aux patients craignant l'intervention chirurgicale ou chez qui elle serait contre-indiquée, à ceux dont le BMI est si élevé (supérieur à 60) qu'un amaigrissement préalable est indispensable afin de diminuer le risque opératoire d'une intervention chirurgicale ultérieure. Pour ces derniers, le fait de placer un ballon intra-gastrique peut amener aux critères permettant l'intervention chirurgicale.

Un reflux gastro-œsophagien, des nausées et tiraillements au niveau du diaphragme peuvent se manifester les premiers jours. Bien que ce ne soit pas le but recherché, la faim est au début coupée par les nausées qu'induit le ballon : l'apport d'acides aminés par l'alimentation sera assuré dès les premiers jours par la diététicienne, évitant ainsi un catabolisme inutile et la fonte des masses musculaires. Laisser un ballon au-delà de 6 mois n'est pas utile : le patient aura dû modifier son comportement alimentaire dans ce laps de temps. Là aussi, le suivi diététique est indispensable. Les contre-indications de la technique sont une oesophagite par reflux sévère ou des antécédents de chirurgie gastrique.

La chirurgie de l'obésité, ou chirurgie bariatrique, pratiquée par le docteur François Terryn, propose plusieurs types d'interventions, dont l'anneau gastrique, la « *sleeve gastrectomy* » et le « *bypass* », toutes trois réalisées par voie laparoscopique. Les techniques chirurgicales s'appliquent majoritairement aux patients avec un BMI au-delà de 35, associé à au moins une comorbidité.

L'anneau gastrique ou banding. Il s'agit de la pose d'un anneau ajustable autour de la partie supérieure de l'estomac. Cet anneau va créer une petite poche, rapidement remplie par les aliments. C'est le principe du sablier. L'anneau est relié à un Port-a-Cath situé sous la peau, permettant d'injecter ou de retirer un certain volume de sérum physiologique qui va plus ou moins gonfler l'anneau et donc moduler la lumière de la poche créée dans l'estomac. Le patient restera hospitalisé 24 à 48 heures. L'anneau est resserré un mois après l'intervention. Un réajustement de l'anneau est parfois nécessaire suite à la fonte des graisses autour de l'estomac. C'est la seule technique chirurgicale réversible.

La présence préalable d'œsophagite de reflux, ainsi que le grignotage comme cause



Jean-Paul Martinet.

de l'excès pondéral sont des contre-indications de ce type d'intervention. Toutes les contre-indications du *banding* seront des indications du *bypass*.

La sleeve gastrectomie consiste à réduire le volume de l'estomac à cent millilitres. Cette intervention est souvent utilisée pour des patients aux BMI élevés avec de gros risques opératoires. Si la perte de poids est jugée suffisante plus d'un an après l'intervention, on en reste là, et la *sleeve* gastrectomie devient le traitement définitif. Dans le cas contraire, cette intervention n'est qu'une première étape, et un *bypass* gastrique est réalisé dans un deuxième temps. Cette seconde intervention est pratiquée dans de meilleures conditions techniques chez un patient ayant déjà perdu du poids, avec des risques opératoires ainsi réduits.

Le bypass gastrique est une technique de dérivation irréversible de l'intestin, de longueur modulable en fonction du BMI. Il ne reste plus qu'une partie de l'intestin grêle qui soit fonctionnelle. Cette intervention est plus lourde, puisqu'elle modifie l'anatomie. Les aliments ingérés seront aussi moins aisément absorbés, parce que leur contact avec la bile et les sucs pancréatiques, nécessaire à une bonne assimilation du bol alimentaire, est retardé. L'apport calorique est donc limité par un double phénomène : la restriction de l'intestin tout d'abord et une malabsorption ensuite. Un effet secondaire possible de cette technique est la carence en fer, raison pour laquelle un suivi clinique particulier est nécessaire.

L'hospitalisation dure une semaine, dont les 24 à 48 premières heures aux soins intensifs, pour surveiller le risque

d'embolie pulmonaire et de crush syndrome (lyse musculaire), deux complications possibles du patient obèse opéré.

Toutes ces techniques ne seront jamais que des « coups de pouce », un incitant à plus de sérieux pour que le patient prenne en charge ce qui s'avère découler d'une anomalie de comportement.

Le résultat...

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.

Une perte de poids de quelques % peut déjà influencer de manière importante sur la qualité de vie d'un obèse : la perte de 10 kg pour un patient de 120 kg va déjà permettre une meilleure qualité de sommeil, une réduction des contraintes métaboliques pour le foie, un soulagement de poids pour les muscles et les os... Plusieurs études ont démontré, après intervention chirurgicale, une nette augmentation de la survie du patient, avec une qualité de vie sans rapport avec celle connue auparavant.

Depuis le 1^{er} octobre 2007, l'Inami intervient dans les frais chirurgicaux liés au traitement de l'obésité. Dans certaines conditions (plus de 18 ans, BMI supérieur à 40, suivi d'un régime durant 1 an sans effets, prise en charge par un centre multidisciplinaire), le remboursement atteint la quasi-totalité de ces frais.

Le docteur Martinet insiste sur quelques points fondamentaux. Le succès du traitement implique une participation totale du patient ; la réorientation diététique ne doit pas être un joug imposé, mais une attitude nouvelle, plaisante, adoptée à vie par le patient. Le suivi diététique sera scrupu-

leux en vue d'une rééducation vis-à-vis de la nourriture. La prise en charge psychologique du patient préparera ce changement d'attitude en aidant à résoudre les tensions psychologiques et affectives sous-jacentes, préparera à l'intervention technique et soutiendra le patient, l'aidant à « apprécier » la perte de poids et le chemin parcouru. Le service de kinésithérapie prendra également en charge certains patients avant et après le geste.

Le point à Mont-Godinne...

Aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne existe une prise en charge intégrée et polyvalente : la pluridisciplinarité est effective entre chirurgie, gastroentérologie, psychiatrie, diététique, kinésithérapie et endocrinologie lors de réunions hebdomadaires de discussions des cas.

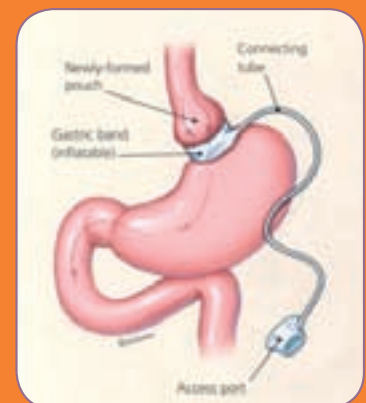
Dans la région, Mont-Godinne est la seule clinique à proposer tout à la fois les techniques endoscopiques (ballon intra-gastrique) et plusieurs techniques chirurgicales dont le *bypass*, réalisées en cœlioscopie, tout en encadrant le patient par un suivi psychologique et diététique. L'excellente collaboration avec le service d'anesthésiologie et l'évolution des technologies de l'anesthésie, délicate chez un patient obèse, ont été facteurs de développement de la chirurgie bariatrique.

Le savoir-faire technique est disponible, la motivation de tous les intervenants est présente, les équipes sont rodées dans le cadre d'un système polyvalent. Les patients ne s'y sont pas trompés et le simple bouche à oreille a déjà amené de nombreuses consultations, sans compter les patients envoyés par les médecins généralistes ou par d'autres services de la clinique.

■ Philippe Genin.



bypass gastrique.



Anneau gastrique.

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin Directeur : Prof. Patrick De Coster - Adjoint à la direction pour les affaires médicales : Prof. André Bosly

E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat	
DEPARTEMENT DE BIOLOGIE CLINIQUE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE				
Prof. GLUPCZYNSKI Youri				
SERVICE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE				
Prof. DELOS Monique	monique.delos@uclouvain.be	081/42 30 10	081/42 30 16	
Dr NOLLEVAUX Marie-Cécile	marie-cecile.nolleaux@uclouvain.be	081/42 30 11	081/42 30 16	
Dr VERBANDEERT Catherine	catherine.verbandeert@uclouvain.be	081/42 30 12 (sec)	081/42 30 16	
Prof. RAHIER Jacques	jacques.rahier@uclouvain.be	081/42 30 12 (sec)	081/42 30 16	
LABORATOIRE DE BIOLOGIE CLINIQUE				
Prof. GLUPCZYNSKI Youri	gerald.glupczynski@uclouvain.be	081/42 32 45	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 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	
DEPARTEMENT DE PATHOLOGIE CARDIOVASCULAIRE				
Prof. SCHRÖDER Erwin				
SERVICE DE CARDIOLOGIE				
Prof. SCHRÖDER Erwin	erwin.schroeder@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 24	081/42 36 04
Prof. BLOMMAERT Dominique	dominique.blommaert@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 36	081/42 36 04
Prof. CHENU Patrick	patrick.chenu@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 21	081/42 36 04
Prof. DANGOISSE Vincent	vincent.dangoisse@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 27	081/42 36 04
Prof. DE ROY Luc	luc.de.roy@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 29	081/42 36 04
Dr DECEUNINCK Olivier	olivier.deceuninck@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 26	081/42 36 04
Dr GABRIEL Laurence	laurence.gabriel@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 23	081/42 36 04
Dr GERARD Marina		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr GUEDES Antoine	antoine.guedes@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 28	081/42 36 04
Prof. MARCHANDISE Baudouin	baudouin.marchandise@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 00	081/42 36 04
Dr XHAET Olivier	olivier.xhaet@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 20	081/42 36 04
Dr AHADI Nemat		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr CAMIER Christophe		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr COLLES Philippe		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr EMONTS Michel		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr FIEVET Frédérique		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr HENRY Michel		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Prof. KREMER René	rene.kremer@uclouvain.be	081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr LEONARD Jean		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr MASSART Pierre-Emmanuel		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr MITRI Kamal		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr MORANDINI Emmanuel		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr PAQUAY Jean-Louis		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr PURNODE Philippe		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
Dr SALEMBIER Jean-Paul		081/42 36 01	081/42 36 01 (sec)	081/42 36 04
SERVICE DE CHIRURGIE CARDIO-VASCULAIRE ET THORACIQUE				
Prof. BUCHE Michel	michel.buche@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 60	081/42 31 57
Dr EUCHER Philippe	philippe.eucher@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 61	081/42 31 57
Dr FONTAINE Raphaël		081/42 38 10	081/42 31 51 (sec)	081/42 31 57
Dr GOFFINET Jean-Michel	jean-michel.goffinet@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 72	081/42 31 57
Prof. LOUAGIE Yves	yves.louagie@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 63	081/42 31 57
Dr LA MEIR Mark		081/42 38 10	081/42 31 51 (sec)	081/42 31 57
Prof. SCHOEVAERDTS Jean-Claude	jean-claude.schoevaerds@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 31 51 (sec)	081/42 31 57
Dr VANWIJNSBERGHE Samuel		081/42 38 10	081/42 31 51 (sec)	081/42 31 57
DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SERVICES ASSOCIES				
SERVICE DE CHIRURGIE				
CHIRURGIE DES GLANDES ENDOCRINES				
Prof. MICHEL Luc	luc.michel@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 50	081/42 34 79
CHIRURGIE GÉNÉRALE ET DIGESTIVE				
Prof. de CANNIERE Louis	louis.decanniere@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 60	081/42 34 79
Dr LEGENDRE Hugues	hugues.legendre@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 62	081/42 34 79
Prof. ROSIERE Alain	alain.rosiere@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 61	081/42 34 79
CHIRURGIE UROLOGIQUE				
Dr DI GREGORIO Marcelo	marcelo.digregorio@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 34 78	081/42 34 79
Prof. LORGE Francis	francis.lorge@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 34 70	081/42 34 79
SERVICE DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE				
Prof. LEGAYE Jean	jean.legaye@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 91	081/42 30 80
Dr CHARLIER Hervé	herve.charlier@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 96	081/42 30 80
Dr DE CLOEDT Philippe	philippe.decloedt@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 90	081/42 30 80
Dr LENFANT Patricia	patricia.lenfant@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 93	081/42 30 80
Dr LEDOUX Philippe		081/42 38 10	081/42 30 81 (sec)	081/42 30 80
Dr LEFLOT Jean-Louis		081/42 38 10	081/42 30 92	081/42 30 80
SERVICE DE CHIRURGIE PLASTIQUE				
Dr FOSSEPREZ Philippe	philippe.fosseprez@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 34 98	081/42 30 42
Dr DECONINCK Christine		081/42 34 80	081/42 34 98	081/42 30 42
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE - FÉCONDATION IN VITRO				
Dr DONNEZ Olivier	olivier.donnez@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 77	081/42 30 42
Dr SCHOLTES Hélène	helene.scholtes@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 79	081/42 30 42

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin Directeur : Prof. Patrick De Coster - Adjoint à la direction pour les affaires médicales : Prof. André Bosly

	E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
Dr BOURGONJON Damien		081/42 38 83	081/42 30 40 (sec)	081/42 30 42
Dr SMETS Mireille	mireille.smets@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 30 40 (sec)	081/42 30 42
Dr POLET Roland		081/42 38 83	081/42 30 40 (sec)	081/42 30 42
SERVICE DE NEUROCHIRURGIE				
Prof. GILLIARD Claude	c.gilliard@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 31 91	081/42 31 90
Dr GUSTIN Thierry	thierry.gustin@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 31 92	081/42 33 21
DEPARTEMENT DE MEDECINE AIGUE				
Prof. MAYNE Alain				
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.foستير@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 08	081/42 39 20
Dr GILLIARD Vanessa	vanessa.gilliard@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 07	081/42 39 20
Dr GOURDIN Maximilien	maximilien.gourdin@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 17	081/42 39 20
Prof. JOUCKEN Kurt	kurt.joucken@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 10	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 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 RANDOUR Philippe	philippe.randour@uclouvain.be	081/42 36 71	081/42 39 15	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
SERVICE 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.evrad@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. INSTALLÉ Etienne			081/42 38 60	081/42 38 62
SERVICE 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
Dr MADIKITA Gisèle		081/42 31 01	081/42 31 11 (sec)	081/42 31 15
DEPARTEMENT DE MEDECINE INTERNE ET SERVICES ASSOCIES				
Prof. MELANGE Michel				
SERVICE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE				
Prof. MELANGE Michel	michel.melange@uclouvain.be	081/42 38 83	081/ 42 32 50	081/42 32 67
Dr BADAOUI Abdenor		081/42 38 83	081/42 32 51 (sec)	081/42 32 67
Prof. DE RONDE Thierry	thierryderonde@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 60	081/42 32 67
Dr MARTINET Jean-Paul	jean-paul.martinet@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 62	081/42 32 67
Dr RAHIER Jean-François	jean-francois.rahier@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 65	081/42 32 67
Dr BOURGEOIS Albert		081/42 38 83	081/42 32 51	081/42 32 67
Dr LEJEUNE Dominique	dominique.lejeune@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 61	081/42 32 67
SERVICE D'HÉMATOLOGIE				
Prof. BOSLY André	andre.bosly@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 40	081/42 38 32
Prof. CHATELAIN Christian	christian.chatelain@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 42	081/42 38 32
Prof. DOYEN Chantal	chantal.doyen@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 41	081/42 38 32
Dr GRAUX Carlos	carlos.graux@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 47 64	081/42 38 32
Dr SONET Anne	anne.sonet@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 43	081/42 38 32
Dr CHANTRAIN Christophe		081/42 38 30	081/ 42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr LELEU Françoise		081/42 38 30	081/ 42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr MATHIEUX Valérie		081/42 38 30	081/ 42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr MONTFORT Luc		081/42 38 30	081/ 42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr REMOUCHAMPS Vincent		081/42 38 30	081/ 42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr SALAMON Emile		081/42 38 30	081/ 42 38 31 (sec)	081/42 38 32
SERVICE DE MÉDECINE GÉRIATRIQUE				
Prof. SWINE Christian	christian.swine@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 34 30	081/42 34 39
Dr POULAIN Gwenaël	gwenael.poulain@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 40 28	081/42 34 39
Dr SCHOEVAERDTS Didier	uega-montgodinne@uclouvain.be	081/42 34 31	081/42 34 35	081/42 34 39
Dr CORNEJO MONTERO Maria-Consuelo		081/42 34 31	081/42 34 31 (sec)	081/42 34 39
Dr MIGNOLET Gaëtane		081/42 34 31	081/42 34 31 (sec)	081/42 34 39
SERVICE DE MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE - ENDOCRINOLOGIE				
Prof. DONCKIER Julian	julian.donckier@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 32 80	081/ 42 32 83
Prof. DELGRANGE Etienne	etienne.delgrange@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 32 90	081/ 42 32 83
Dr IPPERSIEL Vanessa		081/42 38 00	081/42 32 81 (sec)	081/ 42 32 83
Dr DECERF Jean-Alain		081/42 38 00	081/42 32 81 (sec)	081/ 42 32 83
Dr HANON François		081/42 38 00	081/ 42 32 81 (sec)	081/ 42 32 83
Dr HEUREUX Françoise		081/42 38 00	081/42 32 81 (sec)	081/ 42 32 83
Prof. KOLANOWSKI Jaroslaw		081/42 38 00	081/42 32 81 (sec)	081/ 42 32 83
SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE				
Prof. VANDER BORGHT Thierry	thierryvanderborght@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 12	081/42 34 08

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin Directeur : Prof. Patrick De Coster - Adjoint à la direction pour les affaires médicales : Prof. André Bosly

	E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
Dr 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 NÉPHROLOGIE				
Dr POCHET Jean-Michel		081/42 38 00	081/42 34 40	081/42 30 42
Dr TINTILLIER Michel		081/42 38 00	081/42 34 40	081/42 30 42
SERVICE D'ONCOLOGIE MÉDICALE				
Dr KERGER Joseph	joseph.kerger@uclouvain.be	081/42 38 30	081/42 38 49	081/42 38 32
Dr DAISNE Jean-François		081/42 38 30	081/42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr HENRY Stéphanie		081/42 38 30	081/42 48 24	081/42 38 32
Dr REMOUCHAMPS Vincent		081/42 38 30	081/42 38 31 (sec)	081/42 38 32
Dr SILVESTRE Rose-Marie		081/42 38 30	081/42 48 24	081/42 38 32
Dr SALAMON Emile		081/42 38 30	081/42 38 31 (sec)	081/42 38 32
SERVICE DE PNEUMOLOGIE				
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
Prof. SIBILLE Yves	yves.sibille@uclouvain.be	081/42 33 51	081/42 33 60	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 RHUMATOLOGIE				
Prof. BOUTSEN Yves	yves.boutsen@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 33 90	081/42 32 83
Prof. ESSELINCKX Walter	esselinckx@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 33 80	081/42 32 83
Dr BLONDIAUX Gilles		081/42 38 10	081/42 33 81 (sec)	081/42 32 83
Dr DUJARDIN Laurence		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 LEENS Catherine		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
Dr 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
CONSULTATIONS DE DERMATOLOGIE				
Prof. MAROT Liliane		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr BODARWE Anne-Dominique		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr BRAEKEN Catherine		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr DACHELET Claire		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr DE DECKER Isabelle		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr DE HALLEUX Céline		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr DUMONT Martine		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr HENNE Stéphanie		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr LAUKES Nathalie		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr REDING Virginie		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
Dr VAN HAMME Carine		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 30 42
DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE				
Dr DESPONTIN Karin		081/42 38 82	081/42 34 61 (sec)	081/42 34 61
Dr HENNE Stéphanie		081/42 38 82	081/42 34 61 (sec)	081/42 34 61
DEPARTEMENT DE NEUROPSYCHIATRIE ET PATHOLOGIES SPECIALES				
Prof. LALOUX Patrice				
SERVICE DE MÉDECINE PHYSIQUE ET REVALIDATION				
Prof. HANSON Philippe	philippe.hanson@uclouvain.be	081/42 37 71	081/42 37 70	081/42 37 79
Dr BLEYENHEUFT Corinne	corinne.bleyenneuft@uclouvain.be	081/42 37 71	081/42 37 73	081/42 37 79
Prof. DELTOMBE Thierry	thierry.deltombe@uclouvain.be	081/42 37 71	081/42 37 72	081/42 37 79
SERVICE DE MÉDECINE PSYCHOSOMATIQUE				
Prof. REYNAERT Christine	christine.reynaert@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 37 50	081/42 37 51
Dr FOUREZ Bernard		081/42 38 00	081/42 37 68	081/42 37 51
Dr JACQUES Denis	denis.jacques@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 37 59	081/42 37 51
Dr LEJEUNE Dominique	dominique.lejeune@uclouvain.be	081/42 36 91	081/42 32 61	081/42 37 51
Prof. ZDANOWICZ Nicolas	nicolas.zdanowicz@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 37 52	081/42 37 51
Dr ALGRAIN Valérie		081/42 38 00	081/42 37 51 (sec)	081/42 37 51
Dr GODENIR Fabrice		081/42 38 00	081/42 37 51 (sec)	081/42 37 51
Dr LECOMTE Benoît		081/42 38 00	081/42 37 51 (sec)	081/42 37 51
Dr MATHAY Muriel		081/42 38 00	081/42 37 51 (sec)	081/42 37 51
Dr PIVONT Valérie		081/42 38 00	081/42 37 51 (sec)	081/42 37 51
SERVICE DE NEUROLOGIE				
Prof. LALOUX Patrice	patrice.laloux@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 20	081/42 33 21
Dr MORMONT Eric	eric.mormont@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 31	081/42 33 21
Dr OSSEMANN Michel	michel.ossemann@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 30	081/42 33 21
Dr VANDERMEEREN Yves	yves.vandermeeren@uclouvain.be	081/42 38 00	081/42 33 46	081/42 33 21
SERVICE D'OPHTALMOLOGIE				
Prof. HOEBEKE Michel	michel.hoebeke@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 34 50	081/42 34 53
Dr FRANCOIS Anne-Pascale		081/42 34 80	081/42 34 58	081/42 34 53
Dr LEVEQCQ Laurent	laurent.levqcq@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 34 55	081/42 34 53
Dr SERCKX Jean-Paul		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 34 53
SERVICE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE				
Prof. BERTRAND Bernard	bernard.bertrand@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 00	081/34 37 03
Dr COLLET Stéphanie	stephanie.collet@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 21	081/34 37 03
Prof. ELOY Philippe	philippe.eloy@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 11	081/34 37 03

STRUCTURE MÉDICALE DES CLINIQUES UNIVERSITAIRES UCL DE MONT-GODINNE

Médecin Directeur : Prof. Patrick De Coster - Adjoint à la direction pour les affaires médicales : Prof. André Bosly

	E-Mail	Tél. Prise de r-v	Tél. direct ou secrétariat	Fax secrétariat
Prof. GARIN Pierre	pierre.garin@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 12	081/34 37 03
Dr GILAIN Chantal	chantal.gilain@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 19	081/34 37 03
Prof. LAWSON Georges	george.lawson@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 16	081/34 37 03
Prof. REMACLE Marc	marc.remacle@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 37 10	081/34 37 03
Dr VAN DAMME Jean-Philippe		081/42 34 80		081/34 37 03
Dr BRASSEUR Pascaline		081/42 34 80	081/42 37 05 (sec)	081/34 37 03
Dr DESGAIN Olivier		081/42 34 80	081/42 37 05 (sec)	081/34 37 03
Dr LEVEQUE Natacha		081/42 34 80	081/42 37 05 (sec)	081/34 37 03
PÉDOPSYCHIATRIE				
Dr BLONDIU Catherine	catherine.blondiau@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 30 22	081/42 34 61
DEPARTEMENT DE PÉDIATRIE				
Prof. BODART Eddy				
SERVICE DE PÉDIATRIE				
Prof. BODART Eddy	eddy.bodart@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 34 60	081/42 34 61
Prof. TUERLINCKX David	david.tuerlinckx@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 34 63	081/42 34 61
Dr BECKERS Dominique	dominique.beckers@uclouvain.be	081/42 38 82	081/42 38 23	081/42 34 61
DERMATOLOGIE PÉDIATRIQUE				
Dr DESPONTIN Karin		081/42 38 82	081/42 34 61 (sec)	081/42 34 61
Dr HENNE Stéphanie		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
DEPARTEMENT D'IMAGERIE MEDICALE				
Prof. TRIGAUX Jean-Paul				
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 BOSTAN Simona		081/42 35 00	081/42 35 03 (sec)	081/42 35 05
Dr COLLIGNON Pascale	pascale.collignon@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 16	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 GILON Raphaël	raphael.gilon@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 18	081/42 35 05
Dr KAYSER Française	francoise.kayser@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 15	081/42 35 05
Dr LACROSSE Marc	marc.lacrosse@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 14	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 SELDRUM Mark	mark.seldrum@uclouvain.be	081/42 35 00	081/42 35 17	081/42 35 05
Dr FICHEFET Hugues		081/42 35 00	081/42 35 03 (sec)	081/42 35 05
CENTRE UNIVERSITAIRE NAMUROIS DU POSITRON (CUNP- PET/CT)				
Dr WILLEMART Bernard		081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Prof. VANDER BORGHT Thierry	thierryvanderborght@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Dr COLLIGNON Pascale	pascale.collignon@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Dr INSTALLE Johan		081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Dr LACROSSE Marc	marc.lacrosse@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Dr MATHIEU Isabelle		081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
Dr SELDRUM Mark	mark.seldrum@uclouvain.be	081/42 34 00	081/42 34 00 (sec)	081/42 34 08
SERVICES ET UNITES DEPENDANT DE LA DIRECTION MEDICALE				
Prof. DE COSTER Patrick	Médecin Directeur			
Prof. BOSLY André	Adjoint à la direction pour les affaires médicales			
Mme LEKEU Stéphanie	Assistante à la direction médicale		081/42 30 01	081/42 20 06
UNITÉ DE SUPPORT SCIENTIFIQUE				
Dr JAMART Jacques	jacques.jamart@uclouvain.be		081/42 30 20	
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	
Dr DE WILDE Valérie-Anne	valerie-anne.dewilde@uclouvain.be	081/42 36 81	081/42 37 77	
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 Alice			081/42 32 38	081/42 32 39
DENTISTERIE - STOMATOLOGIE				
Dr MICHIELS Thierry	thierry.michiels@uclouvain.be	081/42 34 80	081/42 38 28	081/42 34 53
Mme DELHEUSY Geneviève		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 34 53
M. LAMBERT Diego		081/42 34 80	081/42 34 51 (sec)	081/42 34 53
MÉDIATION - GESTION DES PLAINTES				
Mme MALHOMME Brigitte	brigitte.malhomme@uclouvain.be		081/42 30 30	081/42 20 06
PATHOLOGIE INFECTIEUSE				
Dr DELAERE Bénédicte	benedicte.delaere@uclouvain.be	081/42 38 10	081/42 30 07	081/42 20 06
Dr AUSSELET Nathalie		081/42 38 10		081/42 20 06
TABACOLOGIE				
Dr GALANTI Laurence	laurence.galanti@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 40	
Dr GODDING Véronique		081/42 38 83	081/42 32 40	
Dr JAMART Jacques	jacques.jamart@uclouvain.be	081/42 38 83	081/42 32 40	

Les pharmaciennes sortent de la pharmacie...

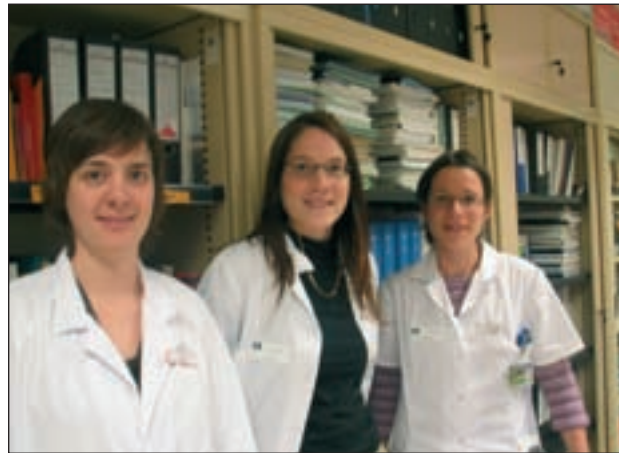
*Interviews réalisées par
Geneviève Dehareng, Sandra Panella
et Philippe Genin*

On rencontre depuis peu de nouveaux visages dans les étages : il s'agit de quatre pharmaciennes cliniciennes, nouvelle fonction ayant récemment fait son apparition dans nos cliniques. Jean-Daniel Hecq, responsable de la pharmacie, ardent défenseur du projet de pharmacie clinique depuis longtemps, définit d'une phrase le concept : « Mettre le pharmacien à côté du patient et des soignants. »

Ce concept de « pharmacien clinicien » existe depuis une trentaine d'années dans les pays anglo-saxons. Au Canada par exemple, on retrouve fréquemment un pharmacien par unité de soins. L'objectif principal de cette pratique est l'amélioration de l'utilisation du médicament en milieu hospitalier, avec une approche centrée sur le patient. Le pharmacien « sort de la pharmacie », avec ses compétences spécifiques en termes de pharmacologie et de pharmacothérapie, et entre en contact direct tant avec les professionnels de la santé qu'avec le patient.

Le fait d'être à l'étage, présent depuis la prescription jusqu'à l'administration du médicament, va permettre un suivi personnalisé du patient par le pharmacien, en collaboration avec les autres professionnels. Le pharmacien réalisera l'anamnèse médicamenteuse à l'admission du patient, en prenant aussi en compte les médicaments sans ordonnance, la phytothérapie, les médicaments hors formulaire..., ainsi que la compliance du patient dans les moindres détails. Le pharmacien clinicien participe tant au « tour » médical qu'au rapport infirmier. Les interventions qu'il fait pour optimiser l'utilisation des médicaments peuvent être variées. À titre d'exemple, un dosage ou une formulation différente d'un médicament peuvent être proposés au médecin, des informations détaillées peuvent être données par rapport à des interactions médicamenteuses potentiellement préjudiciables au patient. L'équipe nursing peut aussi obtenir une réponse immédiate aux questions pratiques de dosage ou d'administration. Un exemple parfait de complémentarité intermédicamentaire !

Le contact avec le patient permet aussi la mise en place d'une éducation de celui-ci vis-à-vis des traitements à poursuivre, et les conclusions du pharmacien seront inté-



De gauche à droite : **Els Ampe, Ariane Mouzon et Anne Spinewine.**

grées au courrier médical. Des tableaux de sortie peuvent également être réalisés pour les patients, reprenant l'entièreté du traitement (modifications, arrêts, maintien...), les posologies, des conseils quant à la prise ainsi que les raisons du traitement.

L'objectif principal de la pharmacie clinique s'inscrit dans une démarche « qualité » au service du patient, tout en visant si possible une diminution des coûts. Sur le plan financier, les conseils et avis personnalisés des pharmaciens cliniciens peuvent permettre de réaliser des économies, soit par une diminution de la consommation de médicaments coûteux (coûts « directs »), soit par la prévention d'événements provoqués par le traitement, qui ont un coût souvent plus élevé que les médicaments eux-mêmes (coûts « indirects »). Un exemple ? Un médicament administré en IV (intraveineuse) coûte 2 à 30 fois plus que la même molécule à prendre per os (par la bouche). La prise per os réduit également le risque infec-

tieux d'une perfusion, diminue le travail de l'équipe nursing et permet dans certains cas de diminuer la durée d'hospitalisation. Le pharmacien pourra conseiller le passage de la voie IV à la voie per os grâce à son expérience des formulations des médicaments, ainsi que par sa connaissance du patient et de sa pathologie.

La collaboration entre l'infectiologie, les laboratoires (microbiologie et chimie) et la pharmacie permet aussi une modulation très fine de la dose d'antibiotique à administrer en fonction du type de pathologie et de son suivi.

En terme de formation, les pharmaciens cliniciens ont au départ un diplôme de pharmacien, avec une formation complémentaire en pharmacie d'hôpital et pharmacie clinique. Depuis quelques années, l'UCL a mis au point deux niveaux de formation en pharmacie clinique. Cette formation rencontre actuellement un très vif succès auprès des étudiants : le nombre de candidats en pharmacie hospitalière a ainsi triplé.

Les fonctions des quatre pharmaciennes à Mont-Godinne sont soit centrées sur un service précis (gériatrie, orthopédie, pneumologie...), soit transversales, couvrant tous les services, consacrées à des domaines comme la nutrition et l'infectiologie.

Anne Spinewine a effectué sa thèse en développant le projet de pharmacie clinique dans le service de gériatrie. Elle est actuellement impliquée dans un projet identique dans le service de chirurgie orthopédique (4^eA). Passionnée dès le début de ses études par le versant clinique de la pharmacie, elle



Jean-Daniel Hecq.

**Céline Michel**

est partie à Londres suivre une maîtrise pour les pharmaciens étrangers se destinant à la pharmacie clinique. La partie pratique de sa thèse de doctorat s'est effectuée à Mont-Godinne.

Céline Michel est actuellement en phase d'observation et de formation d'un projet dans le cadre d'activité du CLAN (Commission de liaison alimentation- nutrition). Le but de ce projet est de repérer et de résoudre, si possible, les problèmes rencontrés par les différents acteurs qui interviennent de près ou de loin dans la nutrition entérale et parentérale, afin d'améliorer la qualité de la prise en charge à chaque niveau. Ce projet avait été présenté par Mont-Godinne parmi

80 autres auprès du Ministère de la santé, qui en a sélectionné 28 et, parmi ceux-ci, celui de la pharmacie de Mont-Godinne, qui s'est donc vu octroyer les crédits nécessaires.

Ariane Mouzon, pharmacienne hospitalière à mi-temps, entame actuellement sa formation en pharmacie clinique à mi-temps et effectuera des stages dans différentes unités. Elle vient de terminer son stage en pneumologie (2^oA).

Els Ampe effectuée à Mont-Godinne sa thèse de doctorat en pharmacie, option infectiologie. Elle s'occupe du suivi des patients sous vancomycine en infusion continue, tout en effectuant à mi-temps un assistantat dans le service du prof. Tulkens à Woluwé. Le caractère universitaire de Mont-Godinne lui permet cette combinaison entre la participation au développement de la pharmacie clinique et le contact avec les étudiants.

Et lorsqu'on pose la question à nos quatre interlocutrices « Pourquoi Mont-Godinne ? », elles insistent toutes sur l'intérêt de participer au développement d'une nouvelle fonction au sein d'un environnement universitaire, dans une clinique dont la direction a soutenu et stimulé la création du projet. Les qualités d'accueil et d'ouverture des cliniques de Mont-Godinne, l'excellente qualité

du climat médicopharmaceutique ont aussi constitué des critères de choix. Une bonne expérience en tant que stagiaire incite également à revenir une fois le diplôme obtenu !

Le mot de la fin reviendra à Jean-Daniel Hecq, qui déclare avec un soupir de regret : « Dommage ! Mes activités ne me laissent pas de temps pour devenir pharmacien clinicien ! »

■ Philippe Genin.

Petit tour du côté des grands achats effectués par nos cliniques...

Un robot chirurgical.

L'investissement de ces derniers mois le plus conséquent pour nos Cliniques est un **robot chirurgical**. Nous sommes les premiers en Wallonie à posséder ce type de matériel; un robot muni de quatre bras articulés capables de poser des gestes d'une précision extrême, commandés par le chirurgien. Chaque bras remplit une



Photos Christian Deneffe

fonction particulière: le premier tient la caméra, le deuxième la pince, le troisième les ciseaux et le quatrième permet de déplacer la pièce opératoire. Le chirurgien, à distance, transmet ses ordres à partir d'une console qui lui permet de voir le site opératoire en 3D (progrès primordial pour le chirurgien qui, auparavant, travaillait en chirurgie coelioscopique sur un écran 2D). Ce sont essentiellement les services de chirurgie cardiaque, urologique, digestive, gynécologique et ORL qui bénéficient de l'apport significatif de cet appareillage.

Et le lundi 17 mars 2008, l'équipe de laryngologie a réalisé au Q.O. la 1^{ère} intervention à l'aide du robot opératoire. Un patient a accepté de subir une intervention assistée par un robot.

L'intervention s'est déroulée parfaitement, la durée opératoire n'ayant pas été beaucoup plus longue qu'une procédure classique.

Les prof. Lawson et Remacle viennent de lancer une nouvelle ère chirurgicale pour notre institution. Cette réussite

est à partager avec l'équipe chirurgicale, l'équipe infirmière du Q.O, le service d'anesthésie et la firme qui a développé le robot.

Un lithotriporteur.

Début 2008, un tout nouveau lithotriporteur est arrivé dans nos murs. Cet appareil permet de détecter et de détruire les calculs des voies urinaires. Les avantages de ce nouvel appareil sont multiples :

- le générateur de l'amplification du brillant possède une puissance supérieure, fournissant une imagerie de haute qualité;
- la localisation du calcul se fait automatiquement sans devoir bouger le patient;
- la plus grande profondeur d'attaque permet de traiter des patients de plus forte corpulence;
- le nouveau système de propulsion des ondes de choc est la pièce maîtresse de ce modèle: il garantit une haute efficacité et un faible taux de retraitement;
- l'examen est moins douloureux pour le patient.

La table d'examen et le système d'imagerie permettront aussi aux gastro-entérologues de pratiquer quelques techniques endoscopiques sans avoir recours aux ondes de choc.

Confluent supplément n°362.

Une nouvelle résonance magnétique pour la fin 2008, début 2009.

Les travaux d'aménagement pour l'accueillir sont en réalisation.

«Sa puissance de champ magnétique (3 tesla) sera deux fois supérieure à l'IRM actuelle. La conséquence de cette performance sera un meilleur rapport signal/bruit. Ce contraste accru permettra d'améliorer encore la certitude des diagnostics. En outre, il rendra possible un nouvel examen: l'IRM fonctionnelle. Très sensible aux moindres fluctuations magnétiques, cette IRM pourra détecter les champs activés lors d'une tâche cognitive telle que regarder, penser,...»

Confluent supplément n°362.

Nous mentionnerons également et pour rappel, qu'en novembre 2007, un PET-CT flambant neuf a été installé au sein de nos Cliniques. Cet appareil appartient au CUNP – Centre universitaire namurois du positron. Ce centre réunit les Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne et les Cliniques Ste-Élisabeth de Namur et collabore avec de nombreux hôpitaux de la région.



Le PET-CT est un appareil combinant le CT-scanner à rayons X avec le PET-scan qui réalise des tomographies à positrons. Le mixage des images anatomiques et métaboliques autorise un diagnostic plus complet et la détection de tumeurs cancéreuses se voit grandement améliorée. Rapide, il présente plus de confort pour le patient.

Naissance d'une nouvelle unité à Mont-Godinne...

Une interview de Fabienne Amant, Laurence Galanti et Jacques Jamart, par Philippe Genin.

La consommation de tabac provoque des problèmes de santé multiples et de nombreux lits des services de pneumologie, de cardiologie, d'ORL, d'oncologie sont occupés par des patients victimes d'un tabagisme de plus ou moins longue durée. Mais arrêter la cigarette n'est pas chose facile ! Une fois « accro », le consommateur de tabac a le plus souvent de grosses difficultés pour « décrocher », et une aide médicale spécialisée s'avère utile.

Dans ce cadre, une unité de tabacologie vient de voir le jour à Mont-Godinne.

Le nouveau-né est petit, certes, mais tonique : les bonnes fées de l'enthousiasme et de la persévérance se sont penchées sur son berceau. Et obstination et ténacité sont bien nécessaires à l'équipe : prévention et sevrage tabagique représentent un travail au long cours.

Les tabacologues qui composent l'unité sont des figures bien connues de nos cliniques : il s'agit du prof. Laurence Galanti, chef de service associé au laboratoire, de madame Fabienne Amant, infirmière-chef de pneumologie, du doct. Jacques Jamart, médecin responsable de l'unité de support scientifique, ainsi que du doct. Véronique Godding, pédiatre pneumologue, consultante externe.

La création de cette nouvelle unité, sous la responsabilité directe de la direction médicale, va apporter un « plus » en termes de reconnaissance et de visibilité externe à une équipe déjà bien rôdée sur le terrain. La formalisation d'une unité spécifique va permettre dans l'immédiat une meilleure connaissance des intervenants, l'opportunité de présenter une structure définie aux patients et aux organismes extérieurs ainsi qu'une prise

en charge téléphonique plus efficace du patient...

Les cliniques de Mont-Godinne n'avaient cependant pas attendu la création d'une unité spécifique pour être actives dans la lutte contre le tabagisme : les consultations d'aide au sevrage font partie du quotidien depuis longtemps déjà. Au cours des années précédentes, différentes actions ont déjà été menées : création de la « Commission Hôpital sans tabac », participation au réseau européen des hôpitaux sans tabac, campagnes de prévention, missions auprès du FARES, de l'Œuvre belge du cancer, de la Société française de tabacologie, ...

Parmi les projets en développement, un de ceux-ci retient particulièrement l'attention : l'organisation de la prise en charge systématique du statut tabagique de tout patient hospitalisé.

Parmi les projets en développement, un de ceux-ci retient particulièrement l'attention : l'organisation de la prise en charge systématique du statut tabagique de tout patient hospitalisé. À l'image d'autres institutions qui ont déjà mis en œuvre cette approche, le projet est de définir dans chaque unité d'hospitalisation un(e) référent(e) infirmier(-ère), première ligne de la structure avec pour tâche d'identifier les patients fumeurs, de les informer, de leur proposer une aide systématique en collaboration avec le médecin responsable et de référer à l'unité de tabacologie pour l'accompagnement global et le suivi. En cas de demandes particulières, appel pourra être fait à Fabienne Amant, res-

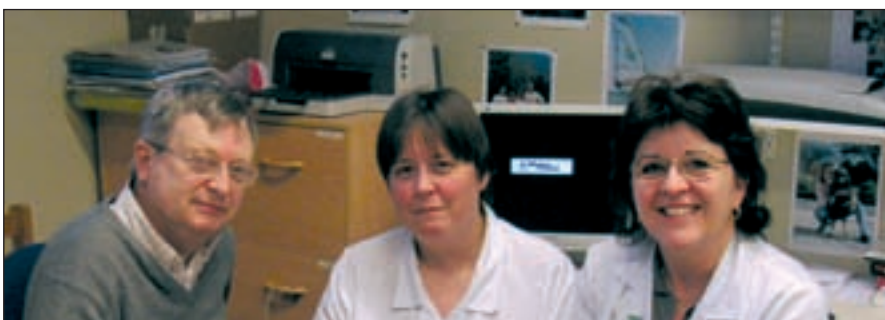
pensable des futur(e)s référent(e)s ainsi qu'aux médecins de l'unité. Un souhait serait de faire une place à la tabacologie dans la formation continuée du personnel de soins et de renforcer les collaborations internes avec les différents services de nos cliniques.

Hors des cliniques, la prévention, surtout au niveau des jeunes, cibles favorites de l'industrie du tabac, reste un des principaux objectifs de l'équipe : exposés dans les écoles, information et formation du personnel scolaire, participation aux projets transfrontaliers avec le grand-duché de Luxembourg et les Ardennes françaises... L'unité s'est investie récemment dans l'aide à l'arrêt du tabac dans les entreprises et participe également à divers projets de recherche et d'études cliniques.

La prise en charge des problèmes liés à la consommation de tabac est devenue un élément important de qualité d'un hôpital, au même titre que l'alimentation. Dans ce cadre, la création d'une unité spécifique rassemblant des compétences déjà bien établies permettra à Mont-Godinne de rester un pôle d'excellence dans ce domaine.

■ Philippe Genin.

La création de cette nouvelle unité, sous la responsabilité directe de la direction médicale, va apporter un « plus » en termes de reconnaissance et de visibilité externe à une équipe déjà bien rôdée sur le terrain.





Les itinéraires cliniques: une amélioration de la prise en charge du patient...

Une interview d'Anne-Laure Lovato.



Malgré la qualité des soins prodigués, des patients se trouvent désespérés face aux examens prescrits, aux consultations dont les horaires sont souvent incompatibles... Des déplacements répétitifs sont parfois nécessaires pour réaliser les bilans et rencontrer tous les intervenants...

Comment concilier excellence des soins et qualité de l'accompagnement du patient? Un nouveau schéma de prise en charge a été récemment mis en place à Mont-Godinne: les itinéraires cliniques.

L'idée? Il s'agit d'une méthode d'amélioration de l'organisation des visites, d'un processus de regroupement des consultations et des examens, d'une standardisation de la prise en charge d'un patient avec une pathologie précise, nécessitant les mêmes besoins et les mêmes traitements.

La mise en place de ces itinéraires cliniques a nécessité la planification du trajet des groupes de patients ayant des besoins semblables: modifications d'horaires de consultation, changements de locaux, prises en charge standardisées par divers intervenants...

Le résultat? On constate une amélioration du nombre de visites nécessaires au diagnostic et au traitement: les consultations des différents médecins sont regroupées, le schéma de soins est standardisé, les soutiens psychologiques, les interventions des kinésithérapeutes, des assistantes sociales sont déjà programmés à l'avance...

Un important travail d'organisation est nécessaire pour la création de ces structures et pour la mise en place de consensus afin de déterminer la méthodologie la plus efficace. Anne-Laure Lovato, data manager en hématologie-oncologie, a pris en charge à mi-temps l'élaboration et la coordination de ces itinéraires cliniques: elle accompagne l'équipe pluridisciplinaire, réalise l'analyse des données, assure la communication entre les intervenants. Elle élabore également les brochures d'information et reste la garante de la méthodologie appliquée et surtout de la place centrale conservée par le patient.

La création d'un itinéraire clinique implique plusieurs étapes de mise au point: un examen de la littérature scientifique concernant le sujet sous tous ses aspects, un état des lieux de ce qui existe déjà, une étude de faisabilité tant au niveau structurel que financier, la mise en place d'objectifs et leur mesure par différents indicateurs d'efficacité, par exemple l'utilisation d'une échelle de douleur si l'objectif est une disparition de la douleur. Finalement, il y aura amélioration d'une situation existante ou création de nouvelles structures.

Actuellement, trois itinéraires sont proposés aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne: le premier, initié par Brigitte Malhomme, concerne les patients atteints d'ostéoporose, le second prend en charge les patientes atteintes d'un cancer du sein non métastasé, le dernier, tout récemment créé, s'occupe des patients souffrant de syncopes et de malaises inexplicables admis aux urgences.

Itinéraire clinique de l'ostéoporose.

Dans le service d'orthopédie, un suivi standardisé du risque d'ostéoporose est proposé aux patients de plus de 50 ans hospitalisés pour fracture. L'utilité du diagnostic leur est expliquée et le patient peut choisir d'intégrer l'itinéraire clinique. Un bilan comprenant des examens sanguins, une densitométrie et une consultation d'orthopédie est alors programmé. Une fois les résultats obtenus, l'équipe pluridisciplinaire du prof. Boutsen prend en charge la surveillance de cette ostéoporose, en proposant éventuellement un traitement, dans le but de conserver la qualité de vie du patient.

Itinéraire clinique du cancer du sein non métastasé.

Le cancer du sein non métastasé est une pathologie pour laquelle la mise en place d'un itinéraire clinique est d'un grand intérêt pour les patientes: de nombreux rendez-vous sont nécessaires, plusieurs médecins (les doct. Donnez, Kerger, Kaiser, Remouchamps et Rosière) les prennent en charge dans quatre services différents (radiologie, gynécologie, hôpital de jour hématologie-oncologie et chirurgie). L'encadrement de la patiente et l'organisation des services autour d'elle sont indispensables.

Une des nouveautés créées à l'occasion de la mise en place de cet itinéraire clinique est un «carnet de bord» propre à la patiente, contenant des informations médicales, les dates des rendez-vous, indiquant les intervalles de passage des médecins, des kinés, de l'infirmière stomathérapeute, des psychologues et des assistantes sociales. Ce carnet permet à la patiente de noter les questions à poser aux différents intervenants et contient également les coordonnées de toutes les personnes de référence des différentes disciplines rencontrées lors du traitement.

L'amélioration de l'organisation a permis de diminuer le délai entre la première consultation et la prise en charge sous les 15 jours. Des plages horaires de consultations simultanées pour les différents médecins ont été libérées, dans des locaux adjacents, le bilan d'extension se réalise en une seule journée, des fiches de suivi standardisées ont été créées pour les kinésithérapeutes, les psychologues, la stomathérapeute..., une communication multidisciplinaire améliorée a été mise en place.

Tout bénéfique donc pour les patientes, qui voient diminuer leurs déplacements ainsi que les délais d'attente.

Un projet est actuellement à l'étude pour créer un itinéraire clinique pour le cancer du sein métastasé, impliquant davantage de prise en charge de la douleur et un suivi psychologique plus important.

Itinéraire clinique « syncope – malaise inexpliqué ».

La demande de création d'un itinéraire clinique est venue d'un groupe de médecins, les doct. Blommaert (cardiologie), Jacques (psychosomatique), Gillain (ORL), Ossemann (neurologie) et Schoevaerdt (gériatrie), qui ont souhaité la mise en place d'une structure définie pour prendre en charge les patients victimes de syncopes ou de malaises inexpliqués, arrivant aux urgences (6% des admissions) ou en consultation. Un problème d'orientation se pose alors. Quels examens prescrire? Vers quelle spécialité orienter le patient?

Afin d'aider les urgentistes dans leur diagnostic et standardiser la réponse apportée au patient, un questionnaire très précis, sous forme d'arbre décisionnel, a été développé par les médecins impliqués dans cet itinéraire clinique, permettant, si nécessaire (diagnostic réalisé aux urgences dans 40% des cas), d'aiguiller le patient vers la spécialité la plus

à même de prendre son problème en charge. Le temps nécessaire au diagnostic s'en trouve ainsi amélioré.

Au cours de cet itinéraire, on proposera au patient d'intégrer une consultation du groupe de gestion du stress et de l'anxiété mise en place par l'équipe de psychosomatique, lui permettant d'apprendre à gérer son angoisse vis-à-vis de ses crises de syncopes et de malaises.

Une fois par mois, un staff multidisciplinaire regroupant les médecins impliqués dans cet itinéraire se penche sur les cas complexes. Cette structure est actuellement unique en Belgique.

Afin d'organiser de manière efficace les bilans en ambulatoire réalisés par ces patients, des personnes de référence (infirmières, secrétaires...) ont été nommées, bientôt épaulées par un(e) coordinateur(-trice) pour gérer une plage commune des agendas de consultation des médecins.

Une fois le diagnostic posé, le patient « sort » alors de l'itinéraire clinique et commence le traitement proposé.

La mise en place de ces itinéraires a également une implication en terme de financement pour la clinique: le fait de suivre des protocoles standardisés permet de remplir une série de critères dont dépendent certaines formes d'accréditation et, de ce fait, de financements particuliers. Largement développés en Flandre, les itinéraires cliniques prennent leur essor dans la partie francophone du pays. Un essai de regroupement de tous ces itinéraires cliniques en Wallonie est actuellement à l'étude.

Les Cliniques universitaires de Mont-Godinne se lancent dans l'aventure des itinéraires cliniques, fidèles à leur préoccupation première: garder le patient au centre de tout le système médical et de son organisation de plus en plus complexe.

■ Philippe Genin.

Horizon 2017.

Depuis octobre 2007, un vent nouveau souffle sur nos cliniques... certains n'ont peut-être pas encore senti cette brise qui pourtant décidera de notre avenir...

En octobre 2007 s'est donc amorcée une réflexion intense sur l'avenir de nos cliniques. Une société extérieure s'est vu confier la mission de nous accompagner dans cette démarche.

Le processus a débuté par une phase diagnostique; pas moins de 95 entretiens (190 personnes externes ou internes) ont été organisés.

Si nos Cliniques ont des points forts, elles ont aussi leurs faiblesses, si des opportunités sont accessibles, des menaces sont également bien présentes. À partir de ces éléments, des clés stratégiques (au nombre de 8) ont été déduites permettant la définition de la vision du futur de notre institution.

Ces 8 clés sont :

1. Développer une accessibilité optimale pour les patients.
2. Innover dans les domaines de prise en charge et des prestations.
3. Garantir l'efficacité des processus et des opérations.
4. Renforcer l'ancrage des Cliniques dans leur bassin de population.
5. Promouvoir un modèle fort avec les médecins référents.
6. Clarifier le management de l'activité médicale.
7. Structurer et promouvoir la recherche et l'enseignement.
8. Développer la valorisation de l'institution.

Pour mettre en œuvre ces clés stratégiques, une série d'actions et d'investissements devront être réalisés. Durant les prochaines semaines, des réunions d'informations et/ou de concertations auront lieu, pour aboutir au document final qui sera le point de départ d'une nouvelle ère, c'est le défi qui nous attend dès demain...

■ Isabelle Labar.



Les domaines de recherche des cliniciens chercheurs de Mont-Godinne.

Les médecins cliniciens chercheurs sont de jeunes médecins qui sont déjà ou qui sont destinés à devenir des médecins cliniciens permanents dans l'hôpital et qui, durant un certain nombre d'années (2 ans temps plein et de 2 à 4 ans mi-temps), vont exercer une activité de recherche parmi des équipes de recherche internationalement reconnues. L'Université catholique de Louvain encourage cette activité de promotion pour la recherche. C'est ainsi que, chaque année, un certain nombre de médecins ayant posé leur candidature sont retenus comme cliniciens chercheurs.

En 2006, les cinq premiers au palmarès de ces médecins de l'UCL étaient des médecins de Mont-Godinne. Il s'agissait des docteurs Graux (hématologie), Nollevaux (anatomie pathologique), Stainier (urologie), Ocak (pneumologie) et Gourdin (anesthésiologie).

En 2007, les docteurs Rahier (gastro-entérologie) et Vandermeeren (neurologie) ont élargi le cercle des cliniciens chercheurs. Nous vous présenterons leur travail tout au long des prochains numéros d'Horizons. Dans ce numéro, nous vous présentons Yves Vandermeeren.

Le financement de ces recherches est assuré dans un certain nombre de cas par le FNRS, par le Patrimoine de l'université, par la Fondation Mont-Godinne, par des fonds extérieurs (Cycle for life par exemple) et du mécénat des services.

La plasticité cérébrale : de la recherche à la clinique...

Une interview du docteur Yves Vandermeeren.



Après deux années de postdoctorat au NIH (National Institute of Health, USA), le docteur Yves Vandermeeren revient aux cliniques de Mont-Godinne pour y poursuivre ses recherches sur la plasticité cérébrale et leur application à la clinique.

Mais qu'est-ce que la plasticité cérébrale ? La « plasticité » du cerveau est sa capacité à se réorganiser, à se remodeler face à toute modification (apprentissage, lésion,...) qui va l'influencer. Ce phénomène de plasticité implique une possibilité de récupération de fonctions perdues lors de lésions cérébrales.

De manière très simplifiée, le cerveau peut être schématisé comme une série de câblages montés en parallèle, qui relient différentes zones travaillant en réseaux. Si une partie du cortex cérébral est endommagée ou détruite, l'ensemble du cerveau peut s'adapter afin de recouvrer tout ou partie de son fonctionnement antérieur, et les fonctions touchées peuvent être « redistribuées » sur d'autres zones non lésées au sein du même réseau. Il est fondamental de comprendre ces mécanismes de plasticité cérébrale et de découvrir le moyen de les influencer afin d'augmenter ce potentiel de récupération.

Cette compréhension représente un grand espoir pour les patients atteints d'AVC (accident vasculaire cérébral) : deux tiers

d'entre eux souffrent d'un déficit moteur chronique réduisant leur autonomie dans la vie quotidienne.

À son retour du NIH, le docteur Vandermeeren a obtenu une importante bourse du FNRS, couvrant son mi-temps en recherche, des frais d'équipement et de fonctionnement de son laboratoire. La particularité de ce projet de recherche translationnelle est de se dérouler en totalité à Mont-Godinne : les expérimentations auront lieu dans nos cliniques, en collaboration étroite avec d'autres unités de l'UCL (Unité de réadaptation et de médecine physique - READ - de Woluwé et Laboratoire de télécommunications et télédétection - TELE - de Louvain-la-Neuve).

Ce projet consiste à améliorer la récupération motrice chez le patient en phase subaiguë d'AVC en utilisant une méthode de stimulation cérébrale non invasive, indolore et sans risque.

Cette méthode est la technique tDCS (transcranial direct current stimulation - stimulation électrique directe transcrânienne) qui permet de moduler l'activité cérébrale au moyen d'une stimulation électrique indolore. L'appareil applique une légère différence de potentiel durant une vingtaine de minutes à l'aide de deux électrodes placées de part et d'autre du crâne du patient, générant ainsi un faible courant électrique stimulant (1 à 2 mA). Des études antérieures ont démontré que la tDCS peut améliorer de façon transitoire les performances motrices ou cognitives de sujets sains ou de patients atteints d'AVC. Les recherches entreprises ici auront pour but de consolider la récupération motrice et le maintien à long terme de ces acquis moteurs en couplant stimulation non-invasive et séances de kinésithérapie. Cette nouvelle technique va donc être appliquée immédiatement à un objectif thérapeutique.

D'autres technologies seront utilisées dans le cadre de ces recherches : un appareil de TMS (transcranial magnetic stimulation) sera utilisé pour mesurer de manière précise l'excitabilité corticale ainsi que pour tester la connexion fonctionnelle entre le cerveau et les muscles du membre atteint. Des mesures très fines de la fonction motrice seront nécessaires



pour mesurer l'impact de la tDCS : outre l'utilisation d'échelles cliniques standardisées mais encore assez subjectives, un appareil d'acquisition et d'analyse cinématique du mouvement (CODAmotion) mesurera de manière objective les performances motrices des patients (amplitude du mouvement, vitesse d'exécution, ...). L'utilisation de ces mesures permettra de quantifier la fonction motrice et de suivre son évolution à long terme.

Un autre outil performant est annoncé à Mont-Godinne aux environs de l'automne 2008 : il s'agit de la nouvelle IRM 3Tesla qui permettra l'étude du fonctionnement cérébral dans son ensemble et la localisation précise des zones cérébrales activées (IRM fonctionnelle). Une part du temps de fonctionnement de cette nouvelle machine sera réservée à la recherche.

Par un rassemblement de moyens et de technologies de pointe, les Cliniques universitaires de Mont-Godinne ont créé un socle de compétences en recherche dont les résultats bénéficieront immédiatement aux patients atteints d'AVC, de sclérose en plaques, de trauma médullaire ou cérébral, de troubles de l'apprentissage ou de douleur chronique.

■ Philippe Genin.

Un internet résolument tourné vers le patient mais aussi vers le professionnel de la santé.

Quelques chiffres pour commencer.

Les pages les plus fréquentées sont, outre la page d'entrée, la page réservée aux professionnels de la santé, la page d'offres d'emploi, la page d'envoi d'E-card (1400 en août 2008 depuis le lancement janvier 2007) et les pages des services médicaux avec lien direct vers les informations du service concerné. Il y a eu plus de 1.120.000 pages ouvertes, ce qui tend à montrer que le site se révèle particulièrement attractif et que chaque visiteur parcourt en moyenne 19 pages par visite.

Les fichiers (44 gigas téléchargés pour 2.500.000 fichiers compulsés) les plus lus sont, dans l'ordre, les rapports d'activité 2005, 2006 et 2007, les fichiers des consultations, le plan d'accès et la revue Horizons médicaux qui sont téléchargés en ligne.

Nos visiteurs s'attardent sur les services pour y trouver toutes les informations utiles avant une hospitalisation tant du point de vue médical, que du point de vue administratif.

Les fichiers de la rubrique « Photos générales du site » et les photos des travaux rencontrent également un intérêt particulier auprès de nos visiteurs.

La rubrique « Contactez-nous » a été réaménagée dès le mois de juillet 2007 afin que les visiteurs puissent choisir le sujet qui les préoccupe. Le webmaster transmet ces avis à la direction et/ou au service concerné suivant le sujet.

L'agenda des manifestations se révèle un outil utile pour les visiteurs qui peuvent

éventuellement s'inscrire en ligne pour différents événements.

Les rubriques News et Presse progressent au fur et à mesure des articles parus.

(Depuis janvier 2008 nous dépassons les 6000 visiteurs tous les mois ce qui nous laisse une perspective de plus de 72000 visiteurs pour 2008.)

Que peut trouver le professionnel de la santé sur notre site www.uclmontgodinne.be ?

Dans cette section, le professionnel a accès à l'agenda scientifique et au programme complet des séminaires intra muros, à tout l'annuaire téléphonique, à la structure médicale et aux adresses e-mail des médecins et des membres du personnel de la clinique, il a accès en outre à certaines informations spécifiques des services qui n'apparaissent que dans cette section ou encore aux résultats de ses patients moyennant un accès spécifique sécurisé. Le professionnel de la santé aura également un accès gratuit à la bibliothèque en ligne de la Commission d'Enseignement Continu de l'UCL (ECU-UCL) et ce n'est pas tout... puisqu'il pourra visionner chaque semaine l'émission de NCC Channel, la télévision des médecins pour les médecins.

Les professionnels appartenant au corps médical de nos Cliniques peuvent de plus, via le site Internet, avoir un accès direct à l'Extranet-Intranet de notre institution, de la sorte, ils peuvent, où qu'ils soient, relever leur courrier et se tenir informer des nouveautés en nos murs.

Prochainement, cette section sera dotée d'une newsletter online envoyée à toutes les personnes inscrites. Dans un avenir proche également, il sera loisible de visionner de petites vidéos ou autres documents scientifiques tournés en nos murs...

En août 2008, soit après un an et demi de fonctionnement, nous avons enregistré 607 professionnels sur notre site. Nous sommes persuadés que de nombreux autres suivront, aussi devons-nous poursuivre nos efforts afin de rendre le site le plus clair, le plus complet et objectif possible tout en continuant à développer son attractivité au quotidien. La fréquentation de notre site se situe dans la moyenne supérieure en comparaison à la fréquentation d'autres sites hospitaliers belges de même importance.



La Maison d'accueil « Pierre Jansen » : une alternative à visage humain face aux déplacements pénibles et de plus en plus coûteux...

Fondée en 1982, la Maison d'accueil Pierre Jansen est l'une des deux plus anciennes de Belgique. C'est à l'initiative du directeur des cliniques – dont elle porte aujourd'hui le nom – et de son épouse qu'elle fut créée, pour permettre aux familles et aux proches de trouver un logement à proximité immédiate de leur malade hospitalisé.

À l'époque, ce fut une initiative particulièrement originale et innovante. Aujourd'hui, en dépit des profondes mutations que connaît notre société, elle occupe plus que jamais une place privilégiée dans le quotidien de nos cliniques.

Pour les familles des malades, la Maison d'accueil permet bien entendu d'éviter les déplacements souvent longs, coûteux et répétitifs, mais elle est aussi un lieu de détente et de repos indispensable au cœur des tensions et des angoisses liées à l'hospitalisation d'un proche.

Misant sur la générosité spontanée des volontaires bénévoles, la direction des cliniques confie à ces derniers l'accueil des résidents, leur écoute, leur réconfort, ainsi que l'organisation pratique de la maison. Encadrés et formés, ils assurent cette présence 7 jours sur 7, 24h sur 24, et veillent à faire de ce lieu un endroit de calme et de convivialité où les résidents peuvent se détendre quelque peu et se recentrer sur eux-mêmes.



Cette formule du volontariat permet aussi à la Maison d'accueil d'être accessible à tous, et en particulier aux plus modestes : ainsi, le coût par nuitée s'élève actuellement à 18,40 € (pension complète), partiellement remboursable en fonction des mutualités. De même, les difficultés liées à des séjours qui se prolongent ont été prises en compte : à titre d'exemple, il est en effet possible d'y faire sa lessive et de repasser son linge.

Au total, 44 lits sont disponibles, répartis en chambres doubles dont plusieurs ont été aménagées pour accueillir d'éventuelles personnes allergiques. Dans la mesure du possible, les résidents sont installés seuls, le deuxième lit de leur chambre pouvant néanmoins être occupé en période de forte fréquentation.

Une condition indispensable doit enfin être rencontrée : l'autonomie de la personne. Aucun soin ni encadrement médicalisé n'est en effet assuré...

Pour tout renseignement complémentaire, consulter le site internet des cliniques : www.uclmontgodinne.be, ou former le **081/42 27 30**.



Le tour des travaux sur le site des Cliniques.



Aux quatre coins des Cliniques, il y a un chantier ! Ceci démontre l'expansion que prend notre institution. Faisons donc le tour du propriétaire pour nous donner une idée de ce qui est déjà terminé ainsi qu'un avant-goût des projets et perspectives futures.

Perspectives environnementales.

Tous les travaux aux Cliniques sont dorénavant envisagés sous un angle environnemental strict dans un souci d'économie d'énergie évident et un respect accru de l'environnement.

Ainsi, nos eaux usées seront-elles traitées dans la nouvelle station d'épuration qui sera prochainement construite à Yvoir.

Il est prévu la mise en place d'une installation de cogénération au gaz qui alimentera un alternateur fournissant une partie de l'électricité nécessaire au fonctionnement des Cliniques. Les calories dissipées par le moteur seront réinjectées dans le circuit de chauffage. Grâce à cette récupération de chaleur, les pertes d'énergie se réduisent de manière significative. Ce système permet une économie de 20 % d'énergie primaire par rapport à la production séparée des mêmes quantités de chaleur et d'électricité.

Un essai va être effectué avec des cellules photovoltaïques sur le toit du nouveau bâtiment de la RMN afin de tester si une extension à d'autres bâtiments est réaliste en matière de consommation d'énergie.

Enfin, l'aile Hibis a été conçue depuis le début dans un souci majeur de très faible consommation énergétique, les eaux pluviales sont récupérées pour alimenter

le réseau d'eaux des WC, l'isolation est extrêmement poussée quant au choix des matériaux.

Tous ces choix sont partagés par l'ensemble du personnel qui, de son côté, est conscient des efforts à faire dans le domaine de l'environnement, efforts dont les générations futures récolteront les fruits.

Le tour...

La nouvelle aile est, temporairement, appelée Hibis en référence à sa dénomination technique Phase II bis et à un temple de la période perse construit sous Darius 1er en Égypte dans l'oasis de Kharga. Ce temple d'Hibis, comme nos cliniques construites dans un oasis de verdure, avait connu des problèmes d'instabilité du sol lors de sa construction. La construction se poursuit dans les délais impartis et la fermeture du gros œuvre est prévue pour l'automne 2008. Rappelons qu'il restera à aménager les différents niveaux dont les destinations sont pratiquement toutes connues. Le niveau -2 servira aux vestiaires et aux locaux techniques, au -1 se trouveront les nouvelles cuisines, le niveau 0 recevra l'accueil et les consultations, le niveau +1 sera réservé au centre médico-chirurgical ambulatoire et enfin les 3 niveaux restants seront dédiés aux unités d'hospitalisation.

Aménagements parkings. Rationalisation de la place du parking existant afin d'accueillir plus de 800 véhicules au quotidien. Dans un souci de respect de l'environnement, pose de dalles perméables et plantation d'arbres en remplacement de ceux abattus devenus dangereux. Le parking est totalement gratuit pour les utilisateurs. Construction d'une nouvelle galerie d'accès à la clinique et rénovation de toutes les anciennes galeries couvertes ont été effectuées durant le mois d'août 2008.

Construction d'une guérite de surveillance avec local de vigilance technique de l'hôpital. La « carrière » est épuisée et les entreprises qui se sont occupées du concassage des pierres sont en train de réaménager le site en parking de quoi gagner encore quelques dizaines de places toujours utiles certains jours de la semaine. Il est en outre prévu l'aménagement d'un nouveau parking à l'entrée des

Cliniques afin d'accueillir 200 véhicules supplémentaires.

Nouvelles constructions. Le bâtiment de quatre étages en aura surpris plus d'un. Situé à côté de la buanderie, devant l'entrée des ateliers des services techniques, il aura été érigé en...deux jours. Quatre étages en deux jours ! La technique employée est celle de la superposition de locaux conteneurs. Ces bureaux arrivent prêts avec aménagement intérieur minimum, il reste à les assembler et terminer les raccordements prévus, en électricité ainsi que les finitions intérieures. La finition extérieure ne sera pas en reste, après la pose d'une couche d'isolation et un recouvrement spécial, le nouveau bâtiment s'intégrera parfaitement au reste de la clinique. Opérationnel depuis juillet 2008, il servira entre autre au service technique, à la direction du nursing et autres bureaux médicaux.

Construction d'un bâtiment qui abritera la nouvelle résonance magnétique nucléaire de 3 Teslas, performante dans le cadre des études fonctionnelles, une extension de la pharmacie avec le centre de production des cytotostatiques et quelques bureaux. (Fin des travaux prévue pour fin 2008) Cette nouvelle construction a nécessité un réaménagement de l'entrée et la disposition de l'hôpital de jour. Travaux d'aménagement terminés à ce jour.

Une nouvelle salle de mammographie a vu le jour en mai 2008.

Enfin deux ronds points, un aux urgences (les travaux viennent de commencer début août) et un autre à l'entrée des Cliniques avec un embarcadère des TEC.

Voici un rapide tour des travaux qui, vous le remarquerez, sont des travaux d'envergure et qui de mois en mois changent la physionomie de notre hôpital dans un seul et même but : le bien-être du patient et du personnel.

■ Philippe Lardinois

Inauguration de la clinique de cancérologie digestive.

Chaque année en Belgique, plus de 7500 nouveaux cas de cancers recto-coliques sont dépistés par recherche de sang occulte dans les selles ou diagnostiqués par coloscopie réelle ou virtuelle.

Afin d'améliorer la survie globale des patients qui ne dépasse actuellement pas plus de 50% à cinq ans, les corps médical et paramédical unissent leurs efforts dans une perspective multidisciplinaire. C'est le sens de la création de la clinique de cancérologie digestive (CCD) aux cliniques UCL de Mont-Godinne, dont l'inauguration a eu lieu le samedi 22 septembre. Les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les paramédicaux concernés étaient invités à débattre des moyens de dépister, de diagnostiquer et de traiter plus efficacement ce cancer fréquent.



Le professeur Michel Melange.

Diverses méthodes de dépistage et de diagnostic ont été décrites ; les étapes thérapeutiques ont été détaillées, comportant la chirurgie, la chimiothérapie et la radiothérapie (en collaboration avec le service de radiothérapie de la clinique Sainte-Élisabeth à Namur). Deux ateliers consacrés aux stomies et aux techniques de chimiothérapie ont été organisés. Les perspectives psychologiques n'ont pas été oubliées.

Ultérieurement, le CCD organisera d'autres rencontres consacrées aux différents cancers digestifs.

La création du CCD aux cliniques UCL de Mont-Godinne devrait permettre une meilleure approche diagnostique et thérapeutique des cancers digestifs en bonne collaboration avec les médecins généralistes et spécialistes.

La clinique est composée de gastroentérologues, de chirurgiens digestifs, d'oncologues médicaux, de radiologues, de



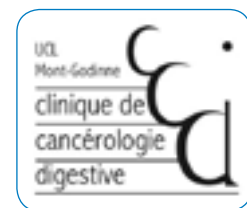
La table des modérateurs de la journée, de gauche à droite : Fr. Lorge, D. Vanthuyne, J. Charlier et M. Melange.

nucléaristes et d'anatomo-pathologistes. Un consultant en radiothérapie, une infirmière stomathérapeute et une équipe de psychologues complètent le groupe. Celui-ci se réunit toutes les semaines le mercredi de 18 à 20h. Le médecin généraliste est invité systématiquement à ces débats. Le dossier de toute personne qui débute le traitement d'un cancer digestif à Mont-Godinne est analysé sous tous ses aspects médicaux, sociaux et psychologiques. Toutes les facettes du diagnostic et du traitement sont abordées. En cours d'évolution, le dossier est régulièrement réanalysé. Un protocole de synthèse est rédigé.



Un public nombreux.

2. Le diagnostic et les examens de contrôle par imagerie radiologique ou endoscopique sont réalisés par le gastroentérologue ou le radiologue. Le nucléariste et l'anatomopathologiste précisent l'étendue et la sévérité du cancer.
3. Le traitement de base est le plus souvent chirurgical, effectué par les chirurgiens digestifs, parfois complété par de la radiothérapie. Dans les cas inopérables, le traitement palliatif est le plus souvent assuré par le gastroentérologue (prothèse endoscopique, laser...).
4. Les médications spécifiques complémentaires éventuelles (chimiothérapie, anticorps monoclonaux) sont prescrites par les oncologues médicaux qui assurent également le suivi et programment les contrôles après traitement.



Quelle que soit la voie d'entrée dans cet itinéraire, tout malade est assuré de soins dirigés dans cette optique multidisciplinaire incluant le médecin généraliste.

■ Michel Melange.

Pour accéder à cet itinéraire clinique, quatre voies sont possibles :

1. Le dépistage a pour but de découvrir des lésions précancéreuses ou cancéreuses, non symptomatiques, chez un sujet en bonne santé. Il est proposé par le médecin généraliste (recherche de sang occulte dans les selles, par exemple) et complété par le spécialiste (coloscopie de dépistage, par exemple). Il est également orienté par les facteurs de risque (antécédents familiaux de cancer, tabagisme, cirrhose,...).

30 ans de cathétérisme cardiaque à Mont-Godinne.

En septembre 1977, le professeur Baudouin Marchandise – après son retour d'une formation spécialisée de 3 années à l'Institut de cardiologie de Montréal – a réalisé la première coronarographie dans notre institution.



Le professeur B. Marchandise.

En fait, le professeur René Krémer avait déjà préparé le terrain en introduisant en 1976 le cathétérisme combiné.

Ce 19 octobre 2007, le service a organisé une séance académique pour fêter cet anniversaire, avec pour thème : « Les défis en cardiologie interventionnelle ».

Le professeur Marchandise a décrit l'histoire de la cardiologie invasive aux cliniques universitaires de Mont-Godinne.

Le premier pontage aorto-coronaire a ainsi pu être pratiqué en juillet 1978 et la première angioplastie coronaire en mai 1982.

Le professeur Patrick Chenu a décrit ensuite la technique percutanée et notre expérience de la fermeture du foramen ovale perméable, afin de prévenir les embolies paradoxales.

Les avantages et les inconvénients de la technique de la coronarographie et de



Le professeur P. Chenu.



l'angioplastie par voie radiale ont été longuement expliqués par le docteur Antoine Guédès et le professeur Vincent Dangoisse – ce dernier a introduit ces techniques à Mont-Godinne en novembre 2003. Aujourd'hui, notre service est le service de référence en Belgique dans cette approche, compte tenu de notre expérience (plus de 90 % des procédures se font par cette approche) et du nombre de visiteurs extérieurs.

Le professeur Erwin Schröder a insisté sur la nécessité d'une collaboration étroite avec le service de chirurgie cardiaque pour prendre les bonnes décisions quant aux indications et pour garantir au patient une prise en charge optimale en cas des rares complications (inférieures à 1 % : chirurgie de pontages aorto-coronaires en urgence, tamponnades cardiaques, complications vasculaires). Cette collaboration inclut évidemment aussi les soins intensifs.



Le docteur Frank Van den Branden et le professeur Claude Hanet.

Le docteur Frank Van den Branden, président élu de la Société belge de cardiologie, nous a relaté son expérience unique des prothèses chimiquement actives dans le traitement des greffons veineux athéromateux.

Enfin, le professeur Claude Hanet (Cliniques universitaires UCL Saint-Luc Woluwé), nous a fait une très belle synthèse des indications de l'angioplastie coronaire par rapport au traitement médical et chirurgical dans les différents tableaux cliniques de la maladie coronaire.

La réception après la séance officielle était aussi à la hauteur du niveau scientifique de la séance académique...

■ Erwin Schröder.



Le docteur A. Guédès.

Les vaccins de l'enfant : situation actuelle et prospective.

Une interview du *prof. David Tuerlinckx*
par Philippe Genin.

Le prof. David Tuerlinckx, pédiatre aux cliniques de Mont-Godinne, fait partie du groupe « vaccination » du Conseil supérieur de la santé. Sur base de la surveillance des données épidémiologiques et des dossiers scientifiques, ce groupe procède à l'élaboration du calendrier officiel vaccinal et décide d'y inclure ou non de nouveaux vaccins. Prenant en compte tout à la fois les paramètres d'âge, de caractéristiques des vaccins, d'épidémiologie des maladies et d'organisation des structures médicales, ce calendrier permet de protéger au mieux les enfants. Le calendrier est ensuite transmis aux Communautés qui, avec le Fédéral, ont en charge le remboursement des vaccins. C'est pourquoi le remboursement d'un vaccin peut être différent, que l'on se trouve en Flandre ou en Wallonie et ceci explique également le délai observé entre les recommandations d'un vaccin et son remboursement.

Un historique des calendriers des dernières années : modifications marquantes et nouveautés ...

La polio injectable : jusqu'en 2001, le vaccin contre la poliomyélite était oral, constitué du virus vivant atténué. Très efficace, ce vaccin n'en présentait pas moins un risque de provoquer chez le sujet vacciné une poliomyélite (1 cas de polio vaccinale tous les 5 ans en Belgique, 8 cas par an aux USA). Dans les pays où la maladie était éradiquée, le risque, même infime, de développer la polio sur le vaccin dépassait le risque d'être contaminé naturellement. Un autre vaccin a donc été proposé, le vaccin polio injectable (IPV). Ce vaccin inactivé a l'avantage de ne pas induire de poliomyélite, mais a le désavantage de ne protéger que le sujet vacciné et non son entourage immédiat comme pouvait le faire le vaccin oral. En pratique, cela signifie que pour empêcher toute épidémie, il faut s'assurer qu'une couverture vaccinale de plus de 90 % soit atteinte.

Le vaccin contre la polio est le seul vaccin obligatoire en Belgique, nécessitant l'envoi d'un certificat à l'administration

communale avant l'âge de 18 mois, mais il semble que cette fiche de vaccination ne soit pas toujours réclamée. Une grande rigueur dans le suivi est pourtant nécessaire, sous peine de créer des trous dans la couverture vaccinale.

Enfin, rappelons qu'un des objectifs de l'OMS était l'éradication de la poliomyélite en 2000 : cet objectif est reculé, surtout vu l'endémicité toujours présente en Afrique.

La coqueluche en acellulaire : l'ancien vaccin contre la coqueluche contenait le germe *Bordetella Pertussis* en entier. Très réactogène, il provoquait de fréquentes réactions secondaires chez les bébés (température, douleur importante, pleurs), si bien que de nombreux parents refusaient le rappel pour éviter ces effets secondaires. Le vaccin a même été retiré dans plusieurs pays dans les années 70, entraînant une recrudescence spectaculaire de la coqueluche. Le nouveau vaccin acellulaire ne contient plus que 3 à 5 antigènes du germe, diminuant ainsi fortement les réactions secondaires. Ce vaccin est introduit dans la plupart des pays européens fin des années 90.

Cependant, malgré l'introduction de ce vaccin, malgré une vaccination de rappel systématiquement proposée à 5-6 ans depuis 2003 (Tétravac®) et malgré une meilleure couverture vaccinale obtenue, on assiste depuis quelques années à une augmentation importante du nombre de cas de coqueluches, surtout chez les adolescents et jeunes adultes ainsi que chez les nourrissons non ou incomplètement vaccinés. En Belgique, le nombre de cas rapporté est passé de 20 en 1997 à 162 cas par an en 2006. Plusieurs études ont bien montré le risque essentiel de transmission intrafamiliale des adultes à leur nourrisson. Si chez l'adulte, la coqueluche est peu symptomatique, voire asymptomatique, chez les bébés non vaccinés, elle entraîne une atteinte respiratoire qui peut être sévère, voire létale. La majorité des décès enregistrés touchent les bébés de moins de 6 mois.

Pour diminuer cette transmission, le Conseil supérieur de la santé a pris deux mesures importantes en 2008 : tout d'abord, revacciner les adolescents (14-



16 ans) avec le vaccin acellulaire adulte (dTpa = diphtérie, tétanos et coqueluche formulation adulte ; Boostrix®), à la place du rappel diphtérie tétanos, et appliquer la « cocoon strategy », c'est-à-dire proposer une dose de ce même vaccin à tout adulte (parents, personnel médical et paramédical, personnel de garderie) qui ne l'aurait pas eu à l'adolescence et qui est en contact avec des nourrissons de moins d'un an non ou incomplètement vaccinés contre la coqueluche.

Les vaccins conjugués : trois germes sont responsables de la majorité des méningites et infections sévères de l'enfant : le pneumocoque, le méningocoque et l'*Haemophilus* de type b. Leur caractéristique commune est d'être munis d'une enveloppe de polysaccharides contre lesquels le système immunitaire des nourrissons ne peut produire des anticorps protecteurs. Les premiers vaccins développés contre ces germes n'étaient pas immunogènes (capables d'induire des anticorps protecteurs) chez les nourrissons vu qu'ils étaient constitués de cette enveloppe. Il s'agit par exemple du vaccin pneumo 23 administré aux adultes de plus de 65 ans. Pour permettre la vaccination des nourrissons, les firmes ont mis au point des vaccins dits « conjugués », c'est-à-dire où l'antigène polysaccharidique est couplé à une protéine porteuse qui rend le vaccin immunogène dès l'âge de 2 mois. Le premier vaccin conjugué apparu fut celui contre l'*Haemophilus*, en 1995. Depuis la vaccination systématique des nourrissons, les méningites et épiglottites causées par ce germe ont quasi disparu. En 2002 apparaissait en Belgique le vaccin conjugué contre le méningocoque de type C, remboursé actuellement à l'âge de 13 mois. En 2004 arrivait sur le marché belge le Prévenar®, remboursé depuis janvier 2007, contre la majorité des maladies invasives sévères à pneumocoque : 340 cas

par an en Belgique chez les enfants de moins de 5 ans en 2003, 406 cas chez les enfants de 0-15 ans en 2006.

La vaccination des nourrissons par ce vaccin, effectuée aux USA depuis 2000, a fait diminuer de 97 % les maladies à pneumocoque chez les enfants de moins de 5 ans et a entraîné une diminution significative des infections sévères chez les adultes de plus de 65 ans. En Belgique, vu le remboursement instauré en 2007, on espère voir l'effet du vaccin d'ici 2008. Dans ce cas, contrairement à la coqueluche, ce sont les nourrissons qui constituent une source de pneumocoque qu'ils transmettent à leurs parents et grands-parents. Cet exemple nous redémontre le rôle indirect important de la vaccination.

Les vaccins contre le rotavirus : dans nos pays, le rotavirus ne provoque qu'une maladie bénigne, exceptionnellement fatale, et constitue l'agent principal des gastroentérites du nourrisson. Cependant, le coût de la maladie est important puisqu'elle entraîne environ 6000 hospitalisations par an. Deux vaccins récemment mis sur le marché ont prouvé leur très grande efficacité pour prévenir les formes sévères des gastroentérites et sont recommandés dans le calendrier vaccinal depuis 2007. Les deux vaccins sont disponibles en Belgique (Rotarix® en deux doses et Rotateq® en trois doses), chacun 10 euros/dose. Tous deux doivent être administrés avant l'âge de 6 mois sur prescription médicale.

Dans les pays en voie de développement, l'arrivée de ce vaccin oral limitera l'importante mortalité infantile due au rotavirus (500 000 décès/an).

Le vaccin contre le cancer du col de l'utérus : en Europe, le cancer du col de l'utérus est la deuxième cause de mortalité chez les femmes entre 15 et 44 ans (après le cancer du sein). Il est provoqué par certains types de papillomavirus humains, agents infectieux présents dans les organes génitaux. Ils se transmettent par voie sexuelle et disparaissent spontanément dans une majorité de cas. La persistance chronique de certains sérotypes (les sérotypes 16 et 18 sont la cause de 70 % des cancers) entraîne un risque accru de développement de verrue génitale, de dysplasie et de cancer.

Il existe actuellement deux vaccins (Gardasil® et Cervarix®) qui induisent une réponse protectrice contre l'infection. Le

vaccin présente une efficacité maximale lorsqu'il est administré avant le premier contact avec le virus et donc avant les premiers rapports sexuels. Une vaccination après les premiers rapports apportera une protection éventuellement plus faible, puisque le contact avec le papillomavirus aura peut-être déjà eu lieu. La vaccination ne dispense bien entendu pas du dépistage du cancer du col par frottis.

Il faut se garder de donner aux jeunes filles vaccinées un sentiment de sécurité qui n'est pas total.

Le vaccin est recommandé vers l'âge de 10-13 ans, à raison de trois doses. De 14 à 26 ans, l'administration du vaccin est laissée au libre choix du médecin. Il n'existe aucune donnée sur l'intérêt de vacciner après 26 ans. Un point important à signaler : Gardasil® et Cervarix® ne sont remboursés partiellement (10,6 euros par dose) qu'avant l'âge de 16 ans. Sans remboursement, la vaccination revient environ à 400 euros.

Les premières données après 10 ans de vaccination vont être publiées, permettant d'étudier la nécessité d'un rappel.

Le futur...

Des développements sont bien sûr en cours dans le monde de la vaccination : on peut citer un nouveau vaccin

contre davantage de sérotypes de pneumocoque (10 et 13 contre 7 actuellement), un vaccin combiné contre la rougeole-rubéole-oreillon-varicelle.

Sont encore à l'étude un vaccin contre l'EBV (virus Epstein-Barr, responsable de la mononucléose), la vaccination des femmes enceintes pour protéger le fœtus contre certains agents infectieux, un vaccin contre le zona chez l'adulte ainsi qu'un vaccin contre le H5N1 (virus de la grippe aviaire).

Quelques chiffres maintenant pour prouver le caractère très ciblé des vaccins actuels : en 1960, pour vacciner contre 6 agents infectieux, les vaccins contenaient au total 7217 antigènes. En 2000, les vaccins contre 9 agents infectieux en contenaient moins de 50 ! Cette diminution du nombre d'antigènes est tout bénéfique pour la réduction des effets secondaires, suite à la diminution de la stimulation du système immunitaire.

Enfin rappelons comme mentionné pour la coqueluche et le pneumocoque que la vaccination implique l'idée de « groupe » : on se protège soi-même en étant vacciné, mais on protège aussi les autres !

■ Philippe Genin.

Ci-après : extrait du calendrier vaccinal

Extraits du calendrier vaccinal de base recommandé par le Conseil supérieur de la santé.

	2 mois	3 mois	4 mois	12 mois	13 à 18 mois	5 à 7 ans	10 à 13 ans	14 à 16 ans	Tarif
Polio						combiné * Tetravac®			Infanrix Hexa® : gratuit pour les bébés avec les vignettes du carnet ONE. Fait par ONE, pédiatre ou médecin traitant. Polio : certificat à remettre à la commune avant 18 mois. 12 mois : Priorix® gratuit avec les vignettes du carnet ONE. 13 à 18 mois : Menjugate® : gratuit avec les vignettes du carnet ONE. 5-7 ans : Tetravac® (+ éventuel Priorix®) : gratuit, fait à la médecine scolaire, soit chez le médecin avec les vignettes reçues à la médecine scolaire. 10-13 ans : Priorix® et HB Vax® gratuits avec les vignettes de la médecine scolaire. 14-16 ans : Boostrix® : pas encore remboursé (environ 20 euros).
Diphthérie Tétanos Coqueluche	combiné * Infanrix Hexa®							dTpa Boostrix®	
Haemophilus Influenzae Type B	combiné * Infanrix Hexa®						HB Vax® (si pas encore vacciné)		
Hépatite B	combiné * Infanrix Hexa®								
Rubéole Rougeole Oreillons (Priorix®)				RRO1		RRO1 (si pas encore vacciné)	RRO2	RRO2 (si pas encore fait de rappel)	
Méningocoque C (Menjugate®)					MenC				Remboursé.
Pneumocoque (Prevenar®)	Pn7V		Pn7V	Pn7V					Remboursé.
Rotavirus (Rotateq® ou Rotarix®)	Rota	Rota	(Rota)						Remboursé à 75 %, à obtenir en pharmacie sur ordonnance (10 euros par dose).
HPV (Gardasil® ou Cervarix®)								HPV	Remboursé partiellement UNIQUEMENT avant 16 ans, à obtenir en pharmacie sur ordonnance (10 euros par dose).

NB : Vaccin combiné = une seule injection comprend plusieurs vaccins

La vaccination thérapeutique contre le cancer, où en sommes-nous ?

Interview réalisée par *Pierre Bulpa* et *Isabelle Labar*.



La recherche dans le domaine du cancer est un thème qui revient régulièrement dans l'actualité. Les discours vont souvent dans le même sens : la recherche avance... Oui, mais... pour le citoyen lambda, ces avancées doivent s'accompagner de résultats concrets. Depuis un certain temps déjà, on parle de vaccination thérapeutique contre certains cancers... Qu'en est-il exactement ? Ce type de vaccination représente-t-il un espoir important dans la lutte contre cette maladie ?

Nous sommes allés à la rencontre d'un chercheur qui travaille au cœur de ce problème.

Nicolas van Baren est chercheur dans un laboratoire à Bruxelles, branche de l'Institut Ludwig pour la recherche contre le cancer. Dirigé par le prof. Thierry Boon, ce laboratoire regroupe une petite centaine de personnes. Son travail se partage entre deux pôles : d'une part, les essais cliniques de vaccins thérapeutiques et d'autre part un projet de recherche sur l'analyse de prélèvements tumoraux (essentiellement les mélanomes).

Un petit retour en arrière pour mieux comprendre le présent.

Voici maintenant un siècle qu'est né l'espoir que le système immunitaire puisse éliminer des cellules cancéreuses. Les vaccinations avaient démontré leur efficacité dans la prévention de certaines maladies bactériennes et

virales. On comprenait que le système immunitaire reconnaît et élimine les composants étrangers à l'organisme. L'examen des tumeurs cancéreuses au microscope a indiqué que celles-ci présentent des différences importantes avec les cellules normales. Dans les années 50, l'utilisation de tumeurs transplantables a permis de montrer que des greffes tumorales pouvaient être rejetées chez des souris. Ces rejets étaient dus au système immunitaire et, dans la plupart des cas, à l'action des lymphocytes T, un type de globules blancs responsable de l'élimination de cellules anormales, par exemple suite à leur infection par un virus. L'espoir se précisait à condition que ce qui était observé avec des tumeurs de souris se vérifie avec des cellules cancéreuses humaines et surtout que l'on comprenne comment des lymphocytes T peuvent distinguer les cellules tumorales des cellules normales.*⁽¹⁾

Un antigène spécifique des tumeurs identifié.

En 1989, le laboratoire du prof. Boon identifie les premiers antigènes tumoraux, appelés MAGE. Ces antigènes sont exprimés par les cellules cancéreuses, dans de nombreux types de cancers différents, comme le mélanome, mais pas par les cellules normales. Si la cellule cancéreuse porte l'antigène, elle peut servir de cible à une attaque par les lymphocytes T. L'administration de cet antigène dans l'organisme pourrait dès lors induire ou augmenter une réponse immunitaire antitumorale et éliminer ainsi le cancer. On parle alors de vaccination thérapeutique (par opposition à la vaccination prophylactique – qui prévient une maladie bactérienne ou virale). Mais tout n'est évidemment pas aussi simple... Tous les cancers n'expriment pas nécessairement des antigènes MAGE. Avant d'envisager une vaccination, il faut au préalable, en analysant un prélèvement tumoral congelé, déterminer si c'est le cas.

L'équipe du professeur Boon a commencé son programme de vaccination en 1993. Les vaccins testés jusqu'à présent comprenaient surtout des peptides (des fragments de protéines) qui correspondent biochimiquement aux antigènes présentés à la surface des cellules. Les chercheurs ont également expérimenté une protéine MAGE complète, ainsi qu'un virus vivant atténué, qui force les cellules qu'il infecte à exprimer MAGE.

Ce programme de vaccination a été mis sur pied initialement par le doct. Marie Marchand,

et est maintenant développé conjointement par Nicolas van Baren et par le professeur Jean-François Baurain, médecin oncologue, chercheur clinicien aux Cliniques universitaires St-Luc.

Les résultats des essais cliniques de vaccination.

Au total, plus de 300 patients atteints de cancer à un stade avancé, principalement de mélanome, ont reçu un vaccin expérimental dans le cadre de ces essais cliniques. Tous les vaccins testés ont été dans l'ensemble très bien tolérés par les patients vaccinés. On a constaté des phénomènes de régression tumorale chez 10 à 20 % des malades. Toutefois, un bénéfice pour le patient, c.à.d. la disparition complète ou quasi complète de ses lésions, n'est jusqu'à présent observé que dans environ 5% des cas, ce qui est insuffisant pour considérer la vaccination comme une approche thérapeutique efficace dans l'état actuel de nos connaissances.

Un besoin d'études randomisées.

Ces résultats ont été obtenus chez des malades à un stade avancé de leur cancer, ce qui interfère peut-être avec l'action du vaccin. Dans la plupart des cas, il n'est toutefois pas possible à ce stade de faire autrement, puisque ces traitements sont expérimentaux, et qu'il n'est pas acceptable éthiquement de les proposer à des patients pour lesquels des traitements conventionnels existent. Certains éléments indiquent que les vaccins antitumoraux pourraient trouver leur place à des stades plus précoces de l'évolution de la tumeur. La plupart des observations de régression tumorale ont été faites chez des patients dont la maladie n'était pas encore trop avancée, d'évolution plutôt lente. D'autre part, un vaccin MAGE développé par la firme GlaxoSmithKline Biologicals a montré des résultats encourageants dans le cancer du poumon, lorsqu'il était donné aussitôt après le traitement chirurgical de la tumeur pulmonaire, chez des patients à haut risque de rechute. Il convient de réaliser que le seul moyen de démontrer l'efficacité d'un traitement dans la réduction du risque de récurrence est de faire une étude randomisée, dans laquelle un grand nombre de patients reçoit soit le vaccin, soit rien, un placebo ou un traitement de référence. La comparaison entre les deux groupes en terme de taux de récurrence et de survie, réalisée souvent après plusieurs années, permet d'en juger l'efficacité.

MAGE se trouve sur une majorité de mélanomes, sur les cellules cancéreuses de la vessie, des poumons, de la tête et du cou. Mais d'autres cancers, comme la leucémie, n'expriment pas du tout cet antigène.

*⁽¹⁾ Source : Principes généraux et premiers essais cliniques de vaccination thérapeutique contre le cancer – Jean-François Baurain, Pierre van der Bruggen, Benoît J. Van Den Eynde, Pierre G. Coulie et Nicolas van Baren.

Un nouvel espoir.

Il existe un nombre croissant d'observations qui indiquent que les personnes atteintes de cancer développent spontanément des réactions immunitaires contre leur tumeur, mais que celle-ci parvient à leur échapper en développant des mécanismes de résistance. Ces derniers demeurent largement mal connus, mais des découvertes récentes

en laboratoire permettent de mieux les comprendre et d'envisager des contre-mesures, qui, en bloquant cette résistance, pourraient rendre la tumeur plus sensible à l'action des lymphocytes T. C'est le cas par exemple pour l'IDO (indoleamine-2-dioxygénase), une enzyme qui est exprimée dans certaines tumeurs, et qui y bloque la prolifération et l'action des lymphocytes T. Des molécules inhibitrices de l'IDO sont en

cours de développement. Certaines ont déjà montré une activité antitumorale dans des modèles de cancer chez la souris.

Il faut encore tester la tolérance et la toxicité de l'inhibiteur. Mais ce nouveau tournant permet, après une période difficile, de rebondir sur une nouvelle stratégie : celle de proposer un vaccin associé à un médicament qui bloquerait les résistances.

■ Isabelle Labar.

À propos de la grippe...

Une interview du *prof. Glupczynski* par *Pierre Bulpa* et *Philippe Genin*.

On l'oublie trop souvent, la grippe est un véritable fléau : une centaine de décès, principalement de personnes âgées, sont à déplorer chaque année, hors grosses épidémies.

Dans le meilleur des cas, une « bonne » grippe (qui n'a de bonne que le nom !), vous clouera au lit pour une semaine. Dans les formes plus sévères, une hospitalisation s'impose parfois pour soigner les complications, telle une pneumonie consécutive à l'infection par le virus *Influenza*. Une recommandation s'impose : la vaccination dès l'automne, pour les plus de 65 ans, plus fragiles et plus susceptibles de complications, ainsi que pour les groupes considérés à risque : les personnes vivant en institutions, les personnes présentant une affection chronique (pulmonaire, cardiaque, hépatique, rénale...), les femmes enceintes à partir du deuxième trimestre de grossesse, le personnel de santé, les éleveurs professionnels de volailles et de porcs, les personnes entre 50 et 64 ans considérées à risque par leur médecin (fumeurs, obèses...). Pour tous ces groupes, le vaccin est partiellement remboursé (40 %).

Tous les 3 à 5 ans apparaissent des pics épidémiques plus importants, et une épidémie majeure survient environ tous les 10 ans. En 1989, on a estimé l'incidence de la grippe à 10 000 décès supplémentaires par rapport à une année « normale ». Ces pics sont généralement dus à l'arrivée d'une souche plus agressive et plus transmissible. Les grandes pandémies, comme celle de 1918 qui a tué des millions de personnes (plus que la première guerre mondiale !), sont toujours de l'ordre du possible, mais il faut rappeler que les populations étaient très fragilisées après des années de guerre, contexte favorable au développement d'une pandémie.

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) coordonne, via des réseaux sentinelles nationaux et internationaux, la surveillance de l'épidémiologie des virus de la grippe au niveau planétaire. Ceci permet d'adapter de façon adéquate le contenu du vaccin aux souches les plus courantes qui circulent dans la population. Chaque année, le « cocktail vaccinal » comprend 3 souches de virus *Influenza A* et *B*. Les statistiques de l'OMS montrent que 3 souches suffisent à obtenir une protection efficace contre tous les virus de grippe, grâce aux parentés antigéniques de ces souches avec les autres virus. Un avantage dans nos régions : l'hémisphère nord bénéficie de l'expérience des 6 mois précédents de l'hémisphère sud.

Le but du vaccin, mis à part la protection personnelle, est aussi de prévenir et de limiter l'extension de la maladie en ciblant les groupes à risque soit qui en subissent les conséquences, soit qui sont les véhicules de transmission du germe, et c'est ici que la vaccination du personnel médical et paramédical des hôpitaux et des maisons de repos prend toute son importance.

Le milieu hospitalier est un endroit de pré-diffusion de contamination indirecte des personnes à risque. Hors du milieu hospitalier, il faut rappeler que les enfants, vivant souvent en communauté (crèche, école...) sont des facteurs importants de dissémination de nombreux virus, y compris de la grippe.

Malgré l'intérêt du vaccin contre la grippe, celui-ci a encore trop souvent bien mauvaise presse, et on l'accuse de tous les maux : « Ça ne sert à rien, j'ai quand même fait la grippe... » Les réticences ont la vie dure... Il faut rétablir la vérité ! D'autres viroses aiguës peuvent donner le même tableau grippal et on peut ainsi avoir une fausse impression d'avoir fait la grippe. Une autre idée tenace : « J'ai fait une réaction au vaccin... » Mis à part les personnes présentant un tableau allergique important

(surtout aux protéines d'œufs sur lesquels est cultivé le virus), les réactions allergiques sont mineures : il s'agit plutôt d'intolérance locale (douleurs musculaires transitoires au site d'injection).

L'efficacité du vaccin est variable selon l'âge : elle est globalement meilleure chez les jeunes et diminue chez les plus de 60 ans, chez qui la prise immunitaire décroît. Dans le cas où la grippe se déclare après vaccination, la durée et la sévérité de la maladie développée sont cependant nettement moindres qu'en l'absence de vaccin. Pour une protection efficace, le vaccin doit être administré deux semaines avant de rencontrer le virus. L'idéal est de se faire vacciner au début de l'automne ; les impératifs de production font que le vaccin arrive généralement sur le marché vers fin septembre – début octobre. La protection assurée par le vaccin couvre environ 6 mois, de quoi passer l'hiver sans risques ! À noter que cette protection semble augmenter lorsque la vaccination est effectuée régulièrement chaque année : la mémoire immunitaire intervient et accroît la résistance face à la grippe.

On estime que, pour assurer une protection efficace des patients hospitalisés ou séjournant dans une maison de repos, 70 % du personnel devrait être vacciné. À Mont-Godinne, comme dans la majorité des autres hôpitaux, ce chiffre n'est habituellement pas atteint, malgré les campagnes répétées pour promouvoir la vaccination (NB : le taux global de vaccination en 2007 était de l'ordre de 40 % du personnel, en majorité administratif ou médicotechnique). Pourquoi un tel manque d'intérêt ? Mystère... Un manque de temps pour se faire vacciner, la crainte des effets secondaires, le manque de confiance dans l'efficacité du vaccin ou la perception de la grippe comme une affection banale sont les arguments les plus souvent évoqués par les personnes réfractaires à la vaccination... À signaler que le vaccin est partiellement rem-

boursé pour le personnel soignant dans les institutions de soins, le solde étant pris en charge par la clinique. L'intervention financière du Ministère souligne la volonté de soutenir le corps médical dans ses efforts de vaccination.

Quelques commentaires sur d'autres virus et vaccins...

Le virus H5N1, virus de la grippe aviaire, est un virus *Influenza* particulier, plus virulent, mais dans des conditions sociétales particulières comme en Afrique ou en Asie, là où la promiscuité avec les animaux, et les volailles en particulier, est très importante. Les contaminations ne s'appliquent pas à un mode de vie européen, mis à part dans des situations très particulières, comme celles d'élevages intensifs où le personnel est en contact avec des millions d'oiseaux.

Un autre virus dont on a beaucoup entendu parler il y a quelques années est un variant d'un coronavirus respiratoire, responsable du SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère). Ce virus a virtuellement disparu, après l'abattage de milliers de civettes (petits mammifères ressemblant à un gros chat), réservoir du virus. Une mutation avait permis le passage de la civette à l'homme.

Ces deux virus, SRAS et H5N1, ne sont pas adaptés à se maintenir chez un hôte humain dans des conditions d'hygiène normales.

En 2006, les alertes répétées dans les médias concernant ces virus ont eu un effet secondaire positif sur le taux de vaccination contre la grippe. Il y a eu au sein de la population une prise de conscience du fléau potentiel que pouvait représenter la grippe. Le vaccin contre la grippe ne protège pas contre le virus H5N1, mais la limitation de propagation de la grippe diminue la probabilité de réassortiment entre les deux virus.



Un vaccin important chez l'adulte, particulièrement dans le personnel médical: le dTpa (diphtérie - tétanos - coqueluche), incluant le vaccin acellulaire contre la coqueluche. On a constaté ces dernières années une résurgence de la coqueluche à partir des personnes âgées qui n'ont plus un niveau de protection suffisant. Une appréhension existe cependant vis-à-vis de ce vaccin, souvenir des importants effets secondaires de l'ancien vaccin, maintenant totalement disparus. Le calendrier vaccinal recommande le dTpa pour la vaccination des adolescents et des rappels pour les personnes âgées susceptibles de transmettre la bactérie coquelucheuse aux enfants en bas âge (en particulier les nouveaux-nés et les nourrissons dans la tranche d'âge 0 à 2 mois, âge de début de la vaccination).

■ Philippe Genin