

ORIZONS *médicaux*

le journal des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

n°4 • 2007



Cette année, les Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne fêtent un important anniversaire. En effet, il y a 40 ans, l'Université catholique de Louvain et les mutualités chrétiennes décidaient de s'associer pour transformer le sanatorium de Mont-sur-Meuse en un hôpital général à vocation universitaire et sociale.

Grâce au travail et à la vision des pionniers d'abord, puis à la confiance que nous ont accordée de nombreux médecins généralistes et spécialistes, nous pensons être reconnus aujourd'hui comme hôpital universitaire par nos partenaires médicaux, par le monde universitaire et scientifique et enfin, depuis quelques mois, par le gouvernement qui a définitivement scellé notre statut d'hôpital universitaire dans un arrêté royal.

Cet anniversaire est pour nous l'occasion de tirer un bilan du chemin parcouru, mais aussi d'entamer une nouvelle réflexion stratégique sur notre avenir. Cette réflexion se fera avec l'aide d'un consultant extérieur, la société Antares, de renommée internationale. Cette démarche stratégique ne sera pas seulement interne, mais sera aussi pour nous l'occasion d'écouter et d'intégrer dans notre projet les attentes des médecins généralistes et spécialistes qui nous accordent leur confiance. C'est pourquoi certains d'entre vous seront consultés dans les mois à venir.

Nous souhaitons aussi améliorer notre intégration dans le paysage hospitalier et médical qui nous entoure et accroître les synergies et les collaborations avec les institutions hospitalières partenaires.

Comme vous le verrez dans ce numéro, notre institution continue à faire preuve de dynamisme tout en s'inscrivant dans le processus de changement actuellement en cours à l'Université catholique de Louvain.

Bonne lecture à tous

Professeur A. BOSLY
Adjoint à la direction pour les affaires médicales

Professeur P. DE COSTER
Médecin directeur

SOMMAIRE

LA VIE D'UN SERVICE

- La pharmacie hospitalière p. 4
- L'orthopédie p. 8
- La pédiatrie p. 10

COUP D'ŒIL SUR UNE PROFESSION

- Les kinés p. 14
- Les analystes de gestion p. 17

TOUR D'HORIZON

- Le mammographe p. 18
- L'hôpital de jour gériatrique p. 19
- Présentation des 8 chefs de département p. 21

VOYAGE AU CŒUR DE MONT-GODINNE

- Les travaux p. 25
- Traitement des lymphoedèmes p. 26

LES CLINIQUES EN MOUVEMENT

- L'hôpital de jour gériatrique, l'avis des généralistes p. 27
- Formation continue pour les médecins p. 27
- Des nouvelles du site web p. 28

DOSSIER

- Les approches originales à Mont-Godinne p. 29

OFFICIEL

- L'UCL sur la voie du changement p. 37



P. 11

P. 18



P. 12



P. 18



P. 32



HORIZONS

Bulletin d'informations des cliniques universitaires
UCL de Mont-Godinne
(Solidarité mutualiste chrétienne asbl)
B-5530 Yvoir
Tirage : 5500 exemplaires

Éditeur responsable

Patrick De Coster

Coordination

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

Photo de couverture

© Christian Deneffe

Comité d'information

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

Correction

Philippe Genin, Marcel Malotaux.

Graphisme du titre

Marie-Bernadette Jacquain.

Mise en page et impression

MEDIASCREEN.

La pharmacie hospitalière

La pharmacie hospitalière



Jean-Daniel Hecq
chef de service de l'officine
hospitalière des cliniques.

La pharmacie alimente les cliniques en médicaments et préparations pharmaceutiques, elle est donc indispensable à son bon fonctionnement. Au cœur du dispositif de soins, elle est en relation avec tous les services de la maison.

Nous vous proposons de suivre cette équipe dans ses tâches quotidiennes et dans ses engagements multiples.

La pharmacie hospitalière de Mont-Godinne compte 32 personnes réparties sur cinq secteurs :

- la réception, la commande et le rangement des médicaments,
- les prothèses, les implants et les dispositifs médicaux à usage unique,
- la dispensation,
- la production
- la tarification.

La réception, la commande et le rangement des médicaments.

Point de départ du fonctionnement de la pharmacie : le stock. Arrivée des commandes, rangement, va-et-vient des chariots... si ce ballet impressionne par sa régularité, il est le résultat d'une gestion rigoureuse. Tout est débarrassé, répertorié, pas de place ici pour l'aléatoire ou le hasard.

Les prothèses, les implants et les dispositifs médicaux.

Le travail de la logistique de ce secteur représente une tâche précise et lourde. La gestion de tout le matériel se subdivise en 3 systèmes de stockage :

- le stock où le matériel est rangé ; les livraisons dans les services s'effectuent deux fois par jour, la première à 13h00 et la seconde à 17h00,
- le dépôt à long terme : matériel congné par les firmes (ex. : pacemaker, stent, valve). Une fois l'intervention terminée, la prescription descend à la pharmacie ; chaque jour, le pharmacien commande ce matériel ; le retour du matériel se réalise dans les 24h. Un système de traçabilité est pratiqué avec un code article et un n° de série. On relève plus de 3000 articles individuels différents. La livraison du matériel est à la demande (par le Q.O.) tout au long de la journée,
- le dépôt temporaire : ce matériel est commandé suite à une intervention programmée ; il arrive la veille de l'intervention et les pièces non utilisées retourneront à la firme dès le lendemain. Ce système est utilisé principalement par l'orthopédie et l'endoscopie.

La dispensation des médicaments.

Par médicament, il faut entendre non seulement les spécialités pharmaceutiques mais également les préparations magistrales, les produits pharmaceutiques courants, les antiseptiques et désinfectants, le matériel médico-chirurgical stérile, les implants et prothèses, les médicaments en étude clinique, ... La première tâche qui surgit lorsque l'on essaie d'imaginer le travail du pharmacien hospitalier est bien évidemment la dispensation des médicaments. Lors de l'installation d'une nouvelle unité de soins, il faudra d'abord élaborer un stock de service ou "dotation". L'approvisionnement des médicaments destinées aux patients se fera sur base de prescriptions individuelles, de formulaires préimprimés dans le service d'imagerie médicale, de feuilles de lecture optique ou sur base d'encodages réalisés dans le service même (unité de soins intensifs, quartier opératoire).

La facturation.

Ces différents documents servent non seulement à la dispensation des médicaments et doivent être évidemment obligatoirement signés par un médecin avant dispensation mais permettent également la facturation de même que l'édition de la demande d'attestation pour un remboursement supplémentaire ainsi que la gestion des stocks de l'officine.

Les informations concernant les spécialités pharmaceutiques.

Le pharmacien dispense non seulement des médicaments mais aussi des informations concernant celles-ci : usage, posologie (éventuelle adaptation en cas d'insuffisance rénale ou hépatique), effets secondaires, voie d'administration (per os, intraveineuse, intramusculaire). Ces informations sont diffusées verbalement ou lors de la reprise des médicaments au comptoir, ou encore par téléphone.

Le formulaire thérapeutique.

Le formulaire thérapeutique reprend la liste des spécialités médicamenteuses obligatoirement en stock et disponibles dans l'hôpital. C'est le reflet de la stratégie pharmacologique de l'établissement. Cette liste est disponible dans toutes les unités de soins et est régulièrement mise à jour. La constitution de cette liste est réglée au sein de la commission médico-pharmaceutique, du groupe de gestion de l'antibiothérapie (GGA) ou du comité de liaison alimentation - nutrition (CLAN).

La production.

Les solutions antiseptiques.

La pharmacie assure la production régulière de solutions antiseptiques (alcool chirurgical, alcool iodé, solution de chlorhexidine alcoolique et aqueuse, ...).

Les préparations magistrales individuelles sont également prises en charge.

Les solutions stériles de nutrition parentérale.

Certains patients dénutris ou incapables de s'alimenter doivent absolument être sustentés. Pour cela, les éléments indispensables de la nutrition, à savoir les acides aminés, le glucose et les lipides, leur seront administrés par voie intraveineuse. Le mélange, dit de nutrition parentérale, doit être de formulation précise, être stérile et évidemment prêt à l'emploi. La préparation se réalisera dans une hotte à flux laminaire horizontale, elle-même placée dans un local exclusivement réservé à cet emploi.

Les solutions stériles de cardioplogie.

Elles sont utilisées lors des pontages aorto-coronaires. Dans ce cas également, la préparation doit être d'une formulation précise, stérile et prête à l'emploi. Elle sera également réalisée sous hotte à flux laminaire horizontale.

Les cures de chimiothérapie anticancéreuse.

Le traitement de certains cancers nécessite l'administration intraveineuse d'agents cytotoxiques. À nouveau, la solution doit être d'une composition précise selon une posologie adaptée au poids du patient, stérile et prête à l'emploi. Comme il s'agit ici d'agents dangereux, la préparation se fera sous hotte à flux laminaire verticale dans un local réservé à cet effet, l'UCRC : unité centrale de reconstitution de cytotoxiques. De cette manière, on assure également la protection du préparateur.

En plus de la réalisation d'une préparation de qualité, le pharmacien, à la demande du médecin, réalise un contrôle supplémentaire de la posologie et du schéma de traitement.

Les anti-infectieux intraveineux.

Conjointement à la fourniture de cures de chimiothérapie et de mélanges de nutrition parentérale, notre pharmacie assure également la reconstitution centralisée sous hotte à flux laminaire vertical de certains anti-infectieux intraveineux, dans un local spécifique, réservé à cette fonction (UCRI : unité centrale de reconstitution d'injectables ou CIVAS : centralized intravenous additive service).

Les autres injectables.

Antiémétiques, antiulcéreux et antidouleurs sont également reconstitués sous hotte à flux d'air laminaire vertical (UCRI, CIVAS).

Collaborations.

Le pharmacien hospitalier est amené régulièrement à collaborer avec d'autres acteurs du milieu hospitalier, que ce soient la direction générale de l'hôpital, le médecin-chef, les différents médecins chefs de service, le directeur des services infirmiers, le directeur administratif, le directeur financier, ... et pourra se voir inviter au conseil médical, au conseil infirmier, au comité de concertation ou encore au comité de gestion. Il est également présent dans diverses commissions où son expertise se révèle indispensable.

La stérilisation.

Un service de stérilisation centrale est généralement équipé de stérilisateurs à la vapeur (ou autoclaves). Dans ce secteur, le rôle du pharmacien hospitalier est multiple. Il assurera non seulement le contrôle des cycles de stérilisation à la vapeur, à savoir un minimum de 18 minutes à 134° ou 30 minutes à 121°. Il règlera d'autre part avec l'infirmière-chef de ce service différentes modalités de désinfection et stérilisation en fonction du matériel reçu.

La radio-pharmacie.

Une pharmacienne est en charge de la surveillance des radio-pharmaceutiques (contrôle de qualité, traçabilité et préparation) en collaboration avec la médecine nucléaire.

Le comité du matériel stérile médico-chirurgical.

Ce comité composé de différents médecins et infirmiers décrète des choix concernant le matériel stérile simple ou sophistiqué. Il se réunit généralement 6 fois par an et évalue le nouveau matériel disponible sur le marché.

Le comité d'hygiène hospitalière.

Ce comité est composé d'un ou plusieurs infectiologues, d'un infirmier hygiéniste, de différents médecins et infirmiers, des ingénieurs de l'hôpital ainsi que d'un ou plusieurs pharmaciens hospitaliers. Il veille au respect des normes d'hygiène et établit des règles de conduite en cas d'infections.

L'enseignement.

Le pharmacien participera à l'information et à la formation du personnel infirmier, notamment en prenant la parole lors de journées de formation continue.

Il encadrera également des stagiaires en pharmacie, que ce soient des assistants pharmaceutico-techniques, des étu-

dants de 3e et 5e année ou encore des pharmaciens candidats spécialistes hospitaliers. Au 30 juin 2006, ce nombre s'élevait à 98.

La recherche.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : en 16 ans, ont été réalisés

- 143 exposés devant des publics professionnels, nationaux et internationaux,
- 34 posters scientifiques dans des congrès nationaux et internationaux et
- 88 publications dans la littérature scientifique nationale et internationale.

La formation continue.

Chaque pharmacien hospitalier est tenu également de suivre personnellement une formation continue afin de se tenir au courant des évolutions dans tous les domaines qu'il aborde au cours de son travail.

La gestion financière.

Le budget d'une pharmacie hospitalière correspond généralement à 15, voire exceptionnellement à 20 % du budget global de l'hôpital. Le pharmacien hospitalier chef de service devra réaliser régulièrement des bilans, proposer chaque année un budget d'investissement dans son service. Il doit également établir des relations entre le coût des traitements médicamenteux et les pathologies auxquelles ils sont destinés.

Ce rôle va s'intensifier suite à la mise en place de la forfaitarisation des spécialités pharmaceutiques en milieu hospitalier prévue pour le 1er juillet 2006.

Les gardes.

Le service de pharmacie hospitalière doit assurer une garde 24 h/24, 7 jours sur 7. Celle-ci sera répartie sur les différents pharmaciens hospitaliers de l'équipe.

Les nouveaux développements : la pharmacie clinique.

En septembre 2004, l'UCL a ouvert un DES en pharmacie clinique.

Cette ouverture est l'aboutissement d'une démarche entamée les années précédentes auprès d'universités canadiennes et françaises.

Cette spécialisation va permettre de développer les activités cliniques du pharmacien hospitalier et renforcer la présence pharmaceutique auprès des unités de soins et des patients. Depuis le début des années 70, la pharmacie hospitalière a évolué de façon importante, passant d'une fonction d'acheteur-répartiteur à celle d'une dispensation de médicaments prêts à l'emploi, adaptées aux besoins du patient. La pharmacie est en lien avec tous les autres corps professionnels de l'hôpital. L'arrivée de la pharmacie clinique va la rapprocher du patient.



L'équipe de la pharmacie.

Debout, de gauche à droite :

Florence Rhainotte, Muriel Mary, Anne-Françoise Tonglet, Patricia Gillet, Michel Docquier, Frédéric Danon, Marc Gillon, Géraldine Tombeur, Jean-Daniel Hecq, Francis Wautelet, Elise Brondelet, Nicole Wiame, Nathalie Sternon, Nathalie Lecomte et Sophie Maguin.

Devant : **Didier Cornet,**

Jean-François Palafox, Arnaud Tondou, Mélanie Ruth, Laurent Charlet et Marie-France Manteau.

Didier Cornet, du service technique, assure la gestion du parc de bonbonnes d'oxygène, devenues médicaments depuis quelques mois.

Instantanés... d'une journée à la pharmacie.

8H00 : c'est le tour des services et le ramassage des bacs dans lesquels se trouvent les prescriptions, les retours de médicaments des patients sortis, des flacons vides, ...

8H30 : c'est l'ouverture de la pharmacie, les bacs sont vidés.



8H35 : les prescriptions et les retours sont pris en charge. Qui dit retour dit d'abord tri, ici par Nicole Wiame et Elise Brondelet et ensuite retour dans les petits bacs, avec Nathalie Sternon et Nathalie Lecomte.



9H00 : impression des listes de réapprovisionnement des dotations des services.



9H00 : Déborah Dossogne commence "la cueillette" c'est-à-dire la collecte dans les petits bacs des médicaments qui restaureront les stocks des unités de soins. C'est le circuit "à postériori".



À la même heure mais pris en charge par d'autres membres de l'équipe, la préparation des traitements individuels "à priori".



Tout au long de la matinée, les chariots qui devront partir dans les unités de soins à 12H30 se remplissent.



10h00 : Muriel Bary, pharmacienne, vérifie les posologies des ordonnances et recherche des informations complémentaires sur certains médicaments.



10h30 : La production se déroule toute la journée, production de la nutrition parentérale sous hotte à flux laminaire ou production des injectables.



Danila Lepore pour la préparation de la nutrition parentérale.



Francis Wautelet, unité centrale de reconstitution des injectables.

12h30 : c'est le grand départ des chariots chargés parfois de façon impressionnante... Sur ces chariots se côtoient les médicaments destinés à restaurer la dotation de chaque service, les prescriptions ou encore les prothèses et les implants.





La distribution est terminée, le dernier chariot rentre au bercail, tiré ici par Arnaud Tondou...

En amont de la pharmacie, la tarification où tout ce qui est distribué par la pharmacie (préparations et médicaments) est quantifié et chiffré.



L'équipe de la tarification, de gauche à droite, derrière : Pierre Geonet, Julie Rousseaux, Philippe Sies et Christian Belot, responsable de l'équipe. Devant : Jacqueline Vanhee et Christine Baix.

13h00 : les livraisons arrivent... 1 à 7 palettes par jour (plus de 3 à 4 tonnes de perfusions par semaine), de quoi être occupé puisqu'il faut tout enregistrer, ranger et répertorier.



À l'enregistrement, Anne Wéron.



Au rangement, Jean-François Palafox.



13h30 : une commande arrive par télétube, elle est immédiatement prise en charge et renvoyée par le même canal ou remise en main propre au comptoir.



Prise en charge par Natacha Léonard, pharmacienne hospitalière.

Au comptoir, Frédéric Danon.



14h00 : les opérateurs sont en action et préparent les chimio, en général celles-ci sont non programmées puisque dépendantes des derniers résultats labo.



Laurent Charlet, unité centrale de reconstitution des chimiothérapies.

Michel Docquier, occupé également à la reconstitution des chimiothérapies.



Durant toute la journée se déroule la gestion des stocks des implants et des prothèses

Jean-Michel Evrard, pharmacien hospitalier et deux ETP, assistantes en pharmacie, s'occupent spécifiquement du secteur des prothèses et des implants.



14h30 : Sophie Maguin et Valérie Roland vérifient les factures de commande des prothèses et des implants.



15h00 : Passage de Cécile Philippin, du secrétariat central, qui a notamment en charge le secrétariat de la pharmacie.



17h00 : Les dernières commandes arrivées par télétube sont honorées par le dernier tour de la journée.



Florence Rhainotte est prête pour ce dernier tour.



17h30 : Fin de la première journée de Catherine Pirlot (à droite), pharmacienne engagée pour collaborer à la gestion CeDEC (centre de distribution des essais cliniques) dont la responsabilité incombe à Patricia Gillet, pharmacienne. Mont-Godinne est à ce jour, le seul hôpital belge à disposer d'un CeDEC.

La chirurgie orthopédique

La chirurgie orthopédique

Le service de chirurgie orthopédique et traumatologique de Mont-Godinne compte 5 chirurgiens. Tout en étant polyvalent, chacun a son domaine de prédilection propre. Les collaborations sont multiples, les lieux où ils exercent couvrent un large terrain d'actions et leurs activités diversifiées s'enchaînent à un rythme effréné.

Des lieux et des activités...

Vous trouverez logiquement les chirurgiens orthopédistes au bloc opératoire. Une salle, voire deux, leur est réservée chaque jour. La chirurgie orthopédique nécessite beaucoup de rigueur et une grande asepsie. Mais le bloc est loin d'être le seul lieu où ils dispensent leur talent.

Ils se rendent également au centre de chirurgie ambulatoire (actes chirurgicaux ne nécessitant pas d'hospitalisation) : chirurgie de la main, arthroscopies du genou et ablation de matériel d'ostéosynthèse (vis, plaque, broches...).

Ils assurent une consultation importante, sont présents en salle de plâtre (pour la traumatologie et les traitements de contention) et bien sûr à l'étage : au 4e A.

Le 4e A, point de départ de toutes les journées du professeur Legaye qui, avec les infirmières et les assistants, fait le tour des patients hospitalisés. Concertation et dialogue, deux priorités du docteur Legaye, récemment nommé chef de ce service... : en témoignent les différentes réunions qui jalonnent l'emploi du temps des orthopédistes, qu'elles soient de service (pour l'organisation interne), en staff (avec l'infectiologue) ou scientifiques...

De plus, chaque chirurgien dispose d'une journée par semaine afin de développer l'activité scientifique et répondre ainsi à notre vocation universitaire. Le prof. Legaye a développé une activité spécifique qui porte, notamment, sur la recherche biomécanique et la modélisation tridimensionnelle des déformations des rachis et l'analyse de l'équilibre sagittal.

Des spécificités...

Comme tout service universitaire, l'orthopédie de Mont-Godinne n'échappe pas à la règle de prise en charge des pathologies plus lourdes.

Toutes les pathologies traumatologiques et orthopédiques sont prises en charge à l'exception de la chirurgie pédiatrique (hors scoliose) et des pathologies oncologiques (tumeurs osseuses). De nombreux patients sont transférés à Mont-Godinne pour des reprises prothétiques et pour des suivis d'infection en collaboration avec l'infectiologue, le doct. Delaere.

Sur le plan des innovations, le service d'orthopédie de Mont-Godinne est à la pointe. Le recours à la navigation pour la chirurgie du genou et de la colonne est une de ses spécificités. Sans oublier les nouveaux axes de développements comme la chirurgie minimale invasive pour la chirurgie prothétique et du rachis, la chirurgie de la spasticité en collaboration avec les neurochirurgiens, la chirurgie traumatique du jeune sportif et la chirurgie de la main et du membre supérieur. Une composition bien cohérente, dynamique et novatrice.

Des collaborations...

De nombreuses collaborations entre les infirmiers, secrétaires, kinésithérapeutes du service se sont mises en place ainsi qu'avec les différents intervenants des autres services des cliniques :

- le bloc opératoire,
- le CCA,
- les consultations,
- les urgences, l'imagerie médicale,
- la rhumatologie (consultation commune),
- la pédiatrie,
- l'infectiologie,
- la médecine interne,
- l'anesthésiologie (plus particulièrement avec le doct. Philippe Dubois, référent pour le secteur orthopédique au bloc opératoire et le suivi des techniques analgésiques postopératoires...).

Les spécialités de chacun.



Pour le professeur Jean Legaye :

1. La chirurgie du rachis, les pathologies dégénératives (arthrose) ou malformatives (scoliose, spondylolyse).
2. Les pathologies dégénératives articulaires (prothèse de la hanche et du genou), ostéotomies.
3. Le développement de la navigation pour la colonne et les prothèses.
4. L'orthopédie générale.
5. La reprise lourde des patients infectés (prothèses de la hanche et du genou).



Pour le docteur Philippe De Cloedt :

1. La prise en charge des pathologies dégénératives (arthrose) avec la nécessité d'un traitement médico-chirurgical et la mise en place de matériel prothétique :
 - les pathologies de la hanche : prothèse totale de hanche ;
 - les pathologies du genou : arthroscopie du genou, ligamento-plastie du genou, prothèse totale de genou, prothèse fémoro-patellaire, prothèse unicompartimentale.
2. La chirurgie de correction de l'avant-pied : hallux valgus et correction des orteils en marteau.
3. La chirurgie de la spasticité : par ténotomie, transfert tendineux ou neurotomie, en collaboration avec le doct. Gustin (neurochirurgien) et le doct. Deltombe (médecine physique).

L'activité du service en quelques chiffres :

Nombre de consultations externes en 2005 : 9017.
 Nombres de consultations traumatologie en 2005 : 1873.
 Nombre d'interventions chirurgicales : 1040 et 246 au CCA.

Les 5 chirurgiens :

- Jean Legaye,
- Philippe De Cloedt,
- Jean-Louis Leflot,
- Patricia Lenfant,
- Hervé Charlier.

LA NAVIGATION EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE.

Explications de Jean Legaye.

La "navigation chirurgicale" est utilisée en orthopédie depuis plusieurs années afin d'améliorer la précision de la pose d'implants tels que des vis dans les vertèbres, des prothèses dans les genoux ou les hanches.

Cette technique permet de travailler sur des images virtuelles numériques reproduisant l'anatomie du patient, sur lesquelles sont figurés les instruments chirurgicaux ou les prothèses, et cela en temps réel.

En plus du gain de précision, le temps d'exposition aux rayons X s'en trouve grandement réduit, ce qui est profitable à la fois pour le patient et pour le personnel soignant infirmier et médical. Utilisée depuis plusieurs années pour la mise en place de vis dans les pédicules des vertèbres, la navigation a permis de réduire de 75% le taux de positionnement inadéquat et les complications inhérentes à cette technique autrefois réalisée à l'aveugle. Divers développements sont actuellement en cours au sein du service pour y adjoindre une aide à la restauration de la cambrure idéale de la colonne vertébrale, appropriée à chaque patient.

Les prothèses du genou bénéficient également de la navigation. En plus d'un positionnement au degré et au millimètre près (alors qu'une variabilité de 6 à 8° est classique dans les techniques traditionnelles), la navigation permet une analyse et un traitement très précis de l'équilibre ligamentaire de l'articulation, facteur de la réussite de l'intervention et de la satisfaction du patient.

Très prochainement, les prothèses de hanche pourront aussi en bénéficier dans le but de limiter les facteurs de luxation ou les différences de longueurs des membres. D'autres interventions, telles que les ligamento-plasties du genou, seront aussi réalisées à l'aide de cette technique d'avenir, pour laquelle le service est à la pointe, non seulement en clinique mais également en recherche.



Pour le docteur Patricia Lenfant :

1. La prise en charge des pathologies du membre supérieur :

les pathologies de l'épaule :

- tendinopathie, acromioplastie, arthroscopie de l'épaule ;
- prothèse d'épaule, prothèse inversée ;

les pathologies du coude :

- tendinopathie, épicondylite ;
- arthroscopie ;
- prothèse du coude ;

les pathologies générales de la main : la chirurgie est principalement réalisée au C.C.A :

- canal carpien, doigt à ressaut, Dupuytren... (excepté la réimplantation) ;

la traumatologie du membre supérieur.

2. La rééducation fonctionnelle est primordiale pour la prise en charge d'une pathologie du membre supérieur et particulièrement dans les tendinopathies. La rééducation fonctionnelle et orthopédique se réalise toujours en collaboration avec l'équipe des kinésithérapeutes.

La thérapie est adaptée à chaque patient (infiltration, kinésithérapie, électrophysiologie).

3. Le développement du traitement par biothérapie. La biothérapie consiste à traiter les douleurs d'arthroses par infiltration dans l'articulation de produits à base de plantes (phytothérapie) ou de médicaments.

Ce type d'infiltration ne se limite pas au membre supérieur et bon nombre de patients lui sont adressés.

La biothérapie est très efficace dans le traitement des tendinites et des douleurs liées à l'arthrose.



Pour le docteur Jean-Louis Leflot :

1. La chirurgie minimal invasive antérieure de la colonne.

L'intervention (arthrodèse lombaire ou prothèse discale lombaire) est réalisée par un mini-abord abdominal préservant les structures musculaires et évitant le passage dans le canal rachidien. Elle évite ainsi tout phénomène de fibrose autour de structures nerveuses.

2. La chirurgie prothétique du disque cervical ou lombaire.

La prothèse discale tente de préserver ou de restituer la fonction du segment rachidien.

3. Le resurfaçage de la hanche, qui préserve le capital osseux du patient jeune, améliore sa proprioception et offre une stabilité optimale.



Pour le docteur Hervé Charlier :

1. Le développement des abords mini-invasifs dans la chirurgie de la hanche. Seuls quelques chirurgiens en Belgique pratiquent cette technique.

Ce type d'abord permet une rééducation plus rapide et une réduction de la durée d'hospitalisation.

2. Le développement de l'arthroscopie des membres inférieurs.

3. L'arthroscopie de la hanche et de la cheville, plus spécifiquement pour les patients jeunes et sportifs.

4. Les ligamento-plasties des ligaments croisés du genou.



Les secrétaires du service : à gauche, Isabelle Sonntag, à droite, Angélique Kucharski et assise, Ludvine Dethier, ravies de travailler au sein de ce service. Disponibilité de tous, convivialité, tels sont les termes employés par ces secrétaires pour décrire l'ambiance de travail. La particularité d'un secrétariat d'un service de chirurgie est l'accueil du patient, c'est en effet à cet endroit que se réalise la programmation opératoire en collaboration avec Eric Burton, coordinateur du programme opératoire. Discrètes et modestes, elles sont pourtant un maillon indispensable au bon fonctionnement du service.

Interview croisée de Brigitte Collin, infirmière-chef du 4e A, de Luc Étienne, kinésithérapeute en orthopédie, et de Marcel Massart, infirmier plâtrier.



De gauche à droite : Valérie Hock, Patrick Callebaut, Katty Mathot, Véronique Dubois et Anne-Marie Vuidar.



De gauche à droite : Brigitte Collin, Mihaela Butnariu, Fabienne Résimont, Christine Carion, Karine Éliard et Monique Gilmard.



Cindy Hinant.



Angélique Leurquin, Camille Jansen et Nadine Honnay.



Les kinés ortho : Nicole Jacqmin, Luc Étienne et devant, Marie-Thérèse Jacquemain, Véronique Hambursin et ...

Si la caractéristique première des chirurgiens en orthopédie générale est la polyvalence, elle l'est aussi pour l'équipe nursing de l'étage. Chacun soigne l'ensemble des pathologies présentes dans le service. À cette polyvalence viennent s'ajouter des compétences spécifiques apportées par les personnes ressources que sont les référents du service (en hygiène, douleur, escarres et manutention). Brigitte Collin aime à répéter que son équipe est soudée et stable (c'est dans son service que travaille l'infirmière la plus âgée de la maison : 63 ans !). Cette stabilité couplée à une chirurgie dite "optimiste" (pas de pronostics sombres) crée une ambiance familiale souvent relevée par les patients. En témoigne, le récent mariage d'un patient "long séjour" du service. Il ne pouvait imaginer pour l'occasion un autre lieu que la chapelle des cliniques rassemblant tout à la fois sa proche famille et les membres de l'équipe.

Le travail des infirmières se répartit entre trois grands types de pathologies ayant chacune ses spécificités :

- l'orthopédie dite classique (75%),
- l'orthopédie septique (15%) et
- l'orthopédie traumatique (10%).

L'orthopédie septique de Mont-Godinne est, depuis longtemps, une activité reconnue et de référence : beaucoup de patients infectés sont transférés d'autres hôpitaux afin d'être pris en charge par notre service. De nouvelles techniques, insufflées par le doct. Bénédicte Delaere et par l'infirmière stomathérapeute Dominique Fripiat, ont été mises en place. Dans un souci de formation permanente du personnel et d'amélioration constante de la qualité des soins, cette dernière a partagé son savoir quant à la mise en place de nouveaux produits détersifs "révolutionnaires" ainsi que de nouvelles techniques de pansements.

Évolution.

Ces dernières années, la durée de séjour a diminué. La moyenne actuelle va de 8 à 10 jours. Le matériel et les techniques opératoires, pour les prothèses de la hanche notamment, ont fortement évolué : elles permettent dorénavant un lever précoce du patient. L'âge croissant des patients, avec des pathologies associées et une autonomie parfois perdue, rend le travail plus long et plus lourd. De plus, depuis la création du CCA, les interventions plus légères telles que les arthroscopies se pratiquent en ambulatoire, conséquence directe : ce sont les pathologies les plus lourdes qui "montent" à l'étage.

Un travail en harmonie...

Grâce à la localisation contiguë du service de kinésithérapie, les kinésithérapeutes travaillent en parfaite harmonie avec l'équipe nursing. Même si les staffs nursing ne sont pas toujours adaptés à l'horaire de tous, les liens sont incontestables. Les rapports concernant les patients sont oraux mais efficaces. Le

souhait des kinés est de pouvoir travailler avec le patient le plus tôt possible en salle de kiné : il est souvent rencontré. L'amélioration de la prise en charge de la douleur et des techniques chirurgicales permet une mobilisation plus précoce du patient, entraînant donc une adaptation du travail du kiné. Outre les patients hospitalisés, les kinés doivent également tenir compte de la prise en charge des patients externes, partie importante de leur travail.

L'informatisation a apporté beaucoup au travail des kinés. L'information relative au patient est directement accessible sur chaque poste de travail.

De son côté, Marcel Massart, infirmier plâtrier, a lui aussi un dossier informatique où figure le rapport médical du patient, ce qui facilite grandement son travail. Il exerce sa fonction de plâtrier en salle de plâtre, située aux consultations B. Auparavant, il travaillait également au 4e et par conséquent se sentait plus intégré à l'équipe de l'étage. Ce déplacement résulte essentiellement de l'évolution de sa fonction : Marcel Massart fait beaucoup plus de traumatologie et prend en charge plus de patients externes qu'hospitalisés. De plus, le nouveau local qu'il occupe permet d'accueillir les patients en lit, ce qui était impossible auparavant.

D'autres intervenants sont indispensables au bon fonctionnement du service. C'est le cas des assistants sociaux. Leur rôle est précieux, ce sont eux notamment qui prendront les contacts nécessaires à la sortie du patient.

Depuis quelques années, une ergothérapeute, un jour semaine, éduque les patients aux activités de la vie journalière (AVJ) et ce, par rapport à certaines interventions, essentiellement la PTH.

L'équipe des soignants en orthopédie incarne plus que jamais ce qu'on appelle "l'esprit Mont-Godinne" : cette savante alchimie entre l'innovation, l'excellence et la convivialité. La sauvegarde de cet esprit sera sans doute le grand défi de ces prochaines années.

Éric Burton, Isabelle Labar, Véronique Nonet et Philippe Trépart



L'infirmier-plâtrier, Marcel Massart.



... Charles Orban.

Interviews réalisées par Dimitri Lionnet, Philippe Trépart et Philippe Genin.

Un premier contact avec le service de pédiatrie à Mont-Godinne, c'est souvent une rencontre avec ... Tintin ! Le professeur Eddy Bodart, chef de département, affiche sa passion pour Hergé jusque sur les murs des consultations, de la salle d'urgence pédiatrique ou du service...

En pédiatrie, on ne rencontre pas que de jeunes enfants, puisque la plage des âges se répartit entre 0 et 18 ans... Du nourrisson jusqu'au grand adolescent, des premières diarrhées jusqu'au mal-être adolescent, le champ d'action



Eddy Bodart,
chef du département
de Pédiatrie.

de ce service est vaste et de nombreuses spécialités incluent une dimension pédiatrique dans leurs activités ...

Allons à la rencontre de la pédiatrie, qui a su développer en quelques années des synergies et des collaborations avec la quasi-totalité des autres services de la clinique.

Une renaissance...

Fin des années 80, avec le départ du docteur Renoirte, le service de pédiatrie entre en léthargie... Durant un an, le docteur Véronique Godding assurera seule près de 1000 consultations et 200 hospitalisations, avec 4 lits mis à sa disposition par le service d'hématologie.

En 1991, l'arrivée du docteur Bodart sonne le réveil ! Celui-ci remet sur les rails une unité de pédiatrie, avec l'aide du doct. Godding et la présence d'un candidat spécialiste. Il y a, au début, de la part du doct. Bodart une volonté de centrer le service sur sa spécialité, la pneumologie pédiatrique. Mais il apparaît rapidement que la sur-spécialisation n'est pas une bonne solution. L'engagement du doct. David Tuerlinckx permet alors le développement de l'infectiologie pédiatrique. Ils seront rejoints par les docteurs Georges De Bilderling et Dominique Beckers.

Actuellement, les quatre pédiatres et les trois candidats spécialistes assurent 9000 consultations et 1000 hospitalisations par an.

Un service tout à la fois généraliste et spécialisé...

Un service généraliste, puisque chaque médecin assure la pédiatrie générale, les gardes d'urgence et les consultations, mais aussi un service très spécialisé dans certains domaines précis, devenus des pôles de compétence en Wallonie.



David Tuerlinckx



Georges De Bilderling

En **pneumologie**, bien sûr, spécialité du prof. Bodart, y compris l'endoscopie interventionnelle (extraction de corps étrangers) ou non-interventionnelle (fibroscopies souples) et du doct. De Bilderling pour le non-interventionnel.

Il est à noter que le service de pédiatrie de Mont-Godinne est le seul service du sud du pays à réaliser des endoscopies bronchiques, interventionnelles ou non.

Le prof. Bodart prend également en charge les urgences pédiatriques, ainsi que l'allergologie, avec le doct. De Bilderling.



Dominique Beckers

Le docteur Beckers s'occupe de l'**endocrinologie pédiatrique**. Ses principaux patients sont les jeunes diabétiques de moins de 18 ans. Au vu du nombre croissant de ceux-ci (environ une cinquantaine actuellement), une convention diabétique pédiatrique pourra bientôt être mise en place à Mont-Godinne, permettant ainsi d'étoffer l'équipe multidisciplinaire (diététicienne, infirmière en éducation diabétique et psychologue). Les autres pathologies rencontrées en endocrinologie pédiatrique sont les problèmes de petite ou grande taille, les pubertés précoces ou tardives, les problèmes de glandes surrénales ou de thyroïde. Le doct. Beckers s'occupe également de la partie médicale de l'école du mieux manger et de la médecine de l'adolescent.

Les patients présentant des problèmes infectieux, **immunologiques**, par exemple des infections récidivantes, ou **hématologiques**, seront référés au doct. Tuerlinckx. La consultation d'immunohématologie, en collaboration avec le doct. Christophe Chantrain, du service d'hémo-oncologie de Saint-Luc (Prof Vermeylen), a lieu une fois par semaine à l'hôpital de jour du professeur Bosly. Les pathologies malignes peuvent être diagnostiquées et les enfants atteints y effectuer tous leurs contrôles. La prise en charge

thérapeutique est assurée par le service d'hémo-oncologie des cliniques St-Luc, les pathologies hématologiques non oncologiques étant suivies uniquement à Mont-Godinne. Nos cliniques constituent ainsi un important relais régional en hémo-oncologie, permettant un suivi très personnalisé et proche du patient. À l'hôpital de jour, le doct. Valérie Matthieu, de la consultation d'hémostase, peut prendre en charge les problèmes spécifiques de coagulation, avec l'aide d'un laboratoire d'hémostase performant. À l'hôpital de jour, une salle d'attente séparée avec un éducateur est prévue pour les petits patients.

Le tour de salle du mardi matin, pendant lequel les dossiers des patients sont revus avec tous les intervenants (médecins, infirmière-chef, assistante sociale, éducateurs, psychologues), permet une approche globale de l'enfant, et apporte également de précieuses indications sur son état et son comportement hors contexte "médical".



Le tour de salle du mardi matin, pendant lequel les dossiers des patients sont revus avec tous les intervenants (médecins, infirmière-chef, assistante sociale, éducateurs, psychologues, diététiciennes), permet une approche globale de l'enfant.

Pour garder une "unité pédiatrique", toutes les activités de consultation sont regroupées au même endroit. Dans le même ordre d'idées, la pédiatrie est un des rares services dans lequel les candidats spécialistes n'assurent pas les consultations. Ceci permet un suivi "personnalisé" des patients, assurés de rencontrer toujours le même médecin.

Le département infirmier.

Claudine Toubeau, infirmière-chef de pédiatrie depuis 1992, nous présente son équipe qui se compose de 11 infirmières, d'une AIA, de 3 puéricultrices et d'une aide logistique à mi-temps, en charge d'un service de 18 lits. Les infirmières ont toutes leur spécialité pédiatrique assimilée après 5 ans de pratique ou ont réalisé la quatrième année de spécialisation en pédiatre. Une équipe bien rodée et formée, une équipe pluridisciplinaire aussi. Claudine Toubeau souligne la stabilité de l'équipe, la motivation et l'épanouissement de chacune, la bonne ambiance, et également l'esprit de solidarité qui y règne.

L'équipe infirmière travaille en symbiose avec le corps médical ; les projets sont toujours soutenus de manière commune. Entre ces deux "partenaires" règne une véritable confiance. Chaque année, 2 voire 3 réunions de service, dites "réunions de transparence" sont organisées, elles sont le reflet de la volonté de partage, de collaboration, d'évolution. Y sont abordés tant le vécu de chacun, les situations douloureuses que les décisions et les projets.

Tous les patients âgés de moins de 15 ans sont considérés comme patients pédiatriques et hospitalisés en pédiatrie pour toutes les spécialités médicales et chirurgicales pratiquées au sein de l'hôpital, excepté les patients d'hématologie pour traitement de chimiothérapie. Entre 15 et 18 ans, le choix est possible entre pédiatrie et service adulte.

La charge de travail est importante et varie en fonction des patients hospitalisés ; les urgences pédiatriques sont nombreuses. De plus tous les enfants arrivant aux urgences et nécessitant une hospitalisation montent à l'étage jour et nuit, à l'inverse des autres services, pour offrir un environnement pédiatrique amélioré ainsi la prise en charge. La nuit, l'équipe volante est souvent sollicitée pour faire face à la surcharge de travail imposée par l'arrivée d'urgences. Il faut savoir que le nombre de patients n'est pas le reflet de la charge de travail ; tout dépend de la pathologie de l'enfant, de son autonomie. Un nourrisson demande beaucoup d'attention, de temps et de présence.

Contrairement à une unité de soins classique, le service de pédiatrie va adapter ses horaires de soins à l'enfant ; le respect du patient est le guide, le maître-mot au quotidien. En effet, les besoins du jeune patient sont prioritaires. C'est ainsi que l'on peut faire une toilette, un bain l'après-midi ou le soir si l'enfant a cette habitude à la maison, idem pour les repas, il n'est pas question de prévoir des heures fixes au programme...

Les enfants en âge scolaire primaire sont tenus d'aller à l'école quand leur état de santé le permet. Deux institutrices, détachées de l'enseignement spécial d'Yvoir, assurent dans la clinique un programme complet, de la troisième maternelle à la sixième primaire, avec un horaire scolaire normal. La prise en charge des adolescents est une collaboration entre tous les membres de l'équipe pour gérer leurs activités. Le rapport quotidien est le lieu où les informations sont échangées et permet ainsi faire le bilan du contrat que l'adolescent a signé lors de son hospitalisation. Les éducateurs investissent beaucoup de leur temps dans le suivi de ces adolescents en souffrance.



Claudine Toubeau



Derrière, de gauche à droite :
les deux éducateurs :
**Jacqueline Rucquoy et Patrick
Halloin, Claudine Toubeau,
Amélie Rhainotte.**

Devant, de gauche à droite,
une des deux institutrices:
**Chantal Albert, Brigitte Reculé,
Sylvie Stévenin et
Patricia Costard.**



De gauche à droite,
**Olivier Robaux, assistant,
Patricia Costard,
Pascale De Blaere,
Catherine Remy
et Amélie Rhainotte**



De gauche à droite :
**Virginie Thiry, Gisèle Gilles ,
Marie-Christine Hublet
(institutrice)
et Pascale Thibaut
(technicienne de surface).**



**Dominique Migeot
et Pascale Noël**

En ce qui concerne les médications, la précision est de mise. Les infirmières en pédiatrie sont des pros des dosages. Si vous rencontrez des problèmes pour un calcul, une règle de trois, faites appel à ces spécialistes ! En effet, tout doit être minutieusement dosé, calculé pour les nourrissons, les enfants, aucune erreur n'est permise.

En dehors de la clinique, l'équipe se retrouve régulièrement lors d'activités extra-service (anniversaires, soirée surprise pour les 50 ans de l'infirmière-chef !, resto, bowling, ...) qui soudent encore davantage le groupe.

Spécificités...

Quelques approches particulières de la pédiatrie sont présentes à Mont-Godinne.

L' "école du mieux manger" apporte une approche pluridisciplinaire aux jeunes enfants ou adolescents en surcharge pondérale, abordant ainsi les aspects médicaux, psychologiques, diététiques et physiques du problème.

La médecine de l'adolescent, en liaison avec le service de pédopsychiatrie, récemment reconnu comme service à part entière. Les consultations sont réalisées conjointement par les doct. Dominique Beckers, endocrinologue, Catherine Blondiau et Anne Latteur, pédopsychiatres, et Sabrina Dal Zuffo, psychologue attitrée en pédiatrie. Une candidate spécialiste, actuellement le doct. Laloux, complète le service. La prise en charge du patient peut également se faire à l'étage : six lits de pédiatrie sont plus particulièrement réservés à des hospitalisations pour adolescents. Ces lits sont le plus souvent occupés par des patients atteints de diabète ou de troubles du comportement alimentaire. Les adolescents constituent une part importante des patients de pédiatrie : ils constituent la majorité des **consultations d'endocrinologie**. Les aspects médicaux et psychologiques s'entrecroisent souvent à cette étape charnière qu'est l'adolescence, et tant le pédiatre que le pédopsychiatre ou le psychologue ont leur pierre à apporter à la remise en forme des ados hospitalisés et peuvent répondre aux grandes questions que l'on peut se poser à cet âge sur la sexualité, le rapport aux autres...

La rhumatologie pédiatrique, fruit de la collaboration entre le doct. Tuerlinckx et le prof. Boutsen. Avant la création, voici 3 ans, de cette consultation spécialisée, les appels entre pédiatre et rhumatologue étaient fréquents. L'idée est alors venue de réunir les deux compétences au sein d'une consultation commune, initiative unique à l'époque en Belgique francophone, à présent reprise par d'autres centres hospitaliers. Cette consultation a lieu une fois tous les 15 jours, le mercredi après-midi pour ne pas perturber la scolarité des jeunes patients. Environ 150 patients ont été vus l'an passé. Ce nombre est en croissance, cette structure répond aux demandes des pédiatres et rhumatologues extérieurs, de même que des généralistes, mais aussi aux inquiétudes des parents face aux problèmes rencontrés par leurs enfants. Ces pathologies, telles que pathologies inflammatoires, polyarthrites juvéniles (1 cas

sur 10000 enfants) peuvent parfois prendre des formes systémiques sévères et nécessiter des traitements lourds voire un suivi endocrinologique vu le retard de croissance et de puberté induit par la pathologie et son traitement. Tout ceci peut déstabiliser une famille et avoir un retentissement social important. L'aide d'une pédopsychiatre peut être alors utile aux enfants et à leur entourage.

Un autre avantage de cette prise en charge conjointe réside dans la facilité de relais vers la rhumatologie adulte pour le suivi du patient.



La rhumatologie pédiatrique.
David Tuerlinckx et Yves Boutsen

Et collaborations...

La pédiatrie est loin d'être un service replié sur lui-même. La multidisciplinarité est bien présente, par quantité de collaborations avec d'autres services, afin de pouvoir efficacement combiner les différentes disciplines avec le savoir-faire pédiatrique. Citons ...

L'**ORL**, avec les prof. Lawson et Remacle. L'excellence de la laryngologie pédiatrique à Mont-Godinne dépasse les frontières de l'Europe. Les bilans sont réalisés conjointement, l'hospitalisation se passe en pédiatrie. Le prof. Garin s'occupe de l'otologie pédiatrique et le doct. Collet de la petite chirurgie ORL.

L'ORL pédiatrique représente environ une centaine de patients par an.

La **chirurgie thoracique pédiatrique**, principalement pulmonaire, avec le doct. Eucher. La **chirurgie orthopédique pédiatrique**, avec le doct. Charlier dans le cadre de la chirurgie de la polyarthrite notamment. La **fonction respiratoire** du prof. Delaunois s'est adaptée, grâce à des techniques particulières, aux enfants de plus de 95 cm. La **rythmologie**, avec les prof. De Roy et Blommaert. La technique d'ablation des faisceaux nerveux ne se réalise qu'à Mont-Godinne pour tout l'UCL. La **radiologie**, avec comme référents le doct. Nisolle pour l'osseux, le doct. Lacrosse pour l'abdominal, le doct. De Wispelaere pour l'interventionnel et le doct. De Coene pour le cerveau. Une consultation d'**urologie pédiatrique**, assurée par le doct. Stainier vient d'être mise sur pied.

Enfin une collaboration étroite avec le service de **médecine nucléaire** a permis la réalisation d'études sur l'infection

urinaire et intervient dans la prise en charge des pathologies respiratoires et ostéoarticulaires.

Le service de pédiatrie fait aussi partie de diverses conventions, comme l'IMOC (infirmes moteurs cérébraux) avec le doct. Deltombe.

Des **consultants externes** viennent compléter ce programme : le doct. Sophie Gérard en neuropédiatrie, le doct. Christophe Chantrain en hématologie, les doct. Karine Despontin et Stéphanie Henne en dermatologie.

Les activités d'enseignement ainsi que de recherche dans de nombreux domaines, en collaboration avec d'autres universités belges ou étrangères, sont également présentes.



Les deux secrétaires du service :
Lucie Kulpinski et Jocelyne Dion

Le futur...

Tout en conservant une relation harmonieuse de complémentarité avec les cliniques Saint-Luc à Woluwé, une association interhospitalière vient d'être conclue avec la clinique-maternité Sainte-Elisabeth à Namur. Dans le cadre des bassins régionaux de soins, il s'agit d'optimiser l'offre de soins de qualité pour enfants tout en évitant les doubles emplois, avec un haut niveau de compétence technique du personnel soignant. Une politique de transfert de pathologies particulières sera mise en place, ainsi que des mises au point communes de procédures diagnostiques et thérapeutiques.

Les cliniques de Mont-Godinne apporteront à cette association la maîtrise universitaire de plusieurs spécialités pédiatriques. La coordination médicale de la nouvelle association sera assurée par le prof. Bodart pour un premier mandat de trois ans.

Le service de pédiatrie des cliniques de Mont-Godinne continue donc à se développer, tout en alliant compétences générales et spécialités pointues, médecine de pointe et suivi personnalisé. Qu'on se le dise, mille sabords !!!

*Interviews réalisés par
Dimitri Lionnet, Philippe trépart et Philippe Genin.*

Les kinésithérapeutes.

Les kinésithérapeutes.

Propos recueillis par Luc Etienne et Françoise Montulet.

Gros plan sur cette profession aux mille mouvements.

Les kinésithérapeutes, au nombre de 32 (soit 22 ETP) sont répartis, par spécialité, dans 7 équipes bien distinctes. Les spécialisations rencontrées sont : la douleur chronique, l'hématologie, la neurologie, l'orthopédie, la kiné respiratoire, la kiné vasculaire et les épreuves fonctionnelles vasculaires.

La voie hiérarchique.

Elle est double et quelque peu complexe.

Sur le plan administratif, les 7 services de kinésithérapie dépendent du professeur Philippe Hanson, médecin responsable du service de médecine physique et de réadaptation. Régulièrement, une réunion entre les chefs kinés et le médecin responsable est organisée, où différents thèmes sont abordés tels que les nouveaux changements dans la nomenclature de l'INAMI, l'organisation des services kiné, le budget pour les mandats et le matériel, la rentabilité, les demandes de jobistes...

Sur le plan clinique, ils dépendent des médecins utilisateurs de la kiné, prescripteurs spécialisés. Certains services relient de plusieurs utilisateurs et sont dépendants des besoins de chacun, ce qui pose parfois quelques problèmes de disponibilité.

Doté d'un sacré tempérament...

Dynamique, consciencieux, voulant toujours mettre le patient en première ligne dans ses priorités, le kinésithérapeute se présente parfois comme un personnage doté d'un sacré tempérament d'autonomie et d'esprit critique.

Au nom du travail multidisciplinaire, un certain nombre de kinés sont intégrés dans les différentes équipes soignantes, favorisant ainsi la collaboration, les échanges constructifs pour une qualité des soins optimale.

L'organisation pratique des kinés n'est pas tous les jours une chose aisée : elle est quelquefois modifiée par les examens des patients, les soins du personnel infirmier et la visite des médecins. La souplesse dans la gestion du temps et du traitement est importante.

Emploi du temps bien rempli...

Être kiné aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne implique un emploi du temps bien rempli.

Quelles sont les tâches qui lui incombent ?

- Praticien de la kinésithérapie : il cherche à redonner une autonomie fonctionnelle par la recherche du mouvement tout en veillant à contrôler, voire diminuer la douleur. Statistiquement, la prise en charge du patient par la kinésithérapie permet de diminuer le temps d'hospitalisation et d'espacer les séjours en hôpital. Les nombreuses spécialisations en kiné (voir tableau) offrent au patient la possibilité de continuer les traitements en ambulatoire dans les différentes salles de kiné.
- Consultant : des tests et bilans sont réalisés à la demande médicale, complétant le bilan du patient. Par exemple : les bilans de chute en gériatrie afin de formuler des recommandations pour une locomotion plus sécurisée, les bilans sen-

sitivo-moteurs en neurologie, les bilans neuro-moteurs chez l'enfant infirme moteur d'origine cérébrale (convention IMOC), le test de marche de 6 minutes en transplantation pulmonaire, les bilans vasculaires pré- et postopératoires aux épreuves fonctionnelles vasculaires, le testing musculaire en dynamométrie isocinétique et scaniométrie en orthopédie...

- Maître de stages principalement pour l'université catholique de LLN et les hautes écoles de Charleroi, Bruxelles, Libramont et du Québec. Quinze stagiaires sont accueillis chaque mois.
- Enseignant : cours et formations, congrès, direction de mémoires, commission de stages...
- Producteur et donc à la poursuite de la rentabilité. Selon les codes établis par l'INAMI, chaque séance prestée est facturée.
- Administratif et encodeur : à côté du travail clinique, de nombreuses tâches administratives sont réalisées par chaque kiné. Avant toute tarification des prestations, une demande d'autorisation auprès du médecin-conseil doit être réalisée, pour que le patient bénéficie d'un remboursement. La tenue, au jour le jour, d'un dossier kiné pour chaque patient est obligatoire.
- Démoneur, confident : le fait de passer énormément de temps auprès du patient et de lui demander de se surpasser physiquement amène parfois le kiné à être le confident et parfois le porte-parole d'une situation difficile à vivre.

Les revers de la médaille.

Quelques préoccupations sont cependant présentes...

- Le développement des traitements ambulatoires connaît une expansion considérable en kinésithérapie. C'est pour cette raison que la répartition journalière entre les rendez-vous externes et les suivis quotidiens des traitements internes est une vraie gymnastique, ceci afin d'éviter la cohabitation des patients hospitalisés avec les patients ambulatoires.
- La garde de kiné respiratoire est assurée par une seule personne de l'équipe du service kiné respiratoire durant le WE. Le principal problème rencontré lors de cette garde est le nombre élevé de demandes : chaque prescripteur a, en effet, ses propres exigences de traitement. Cependant, il n'est pas possible de suivre le WE tous les patients pris en charge la semaine. Par conséquent, ces heures prestées le WE sont récupérées la semaine. Ce qui entraîne parfois des difficultés dans la planification des horaires. En dehors des prestations assurées en journée le WE, le kiné est appelable à tout moment, à domicile, sous ordre médical.
- Tout ce qui concerne l'INAMI, à savoir les conventions et les nomenclatures, est en perpétuelle évolution. Le kiné doit régulièrement se tenir au courant des changements éventuels.
- Depuis octobre 2005, les kinésithérapeutes bénéficient à partir de 45 ans de la dispense de prestations. Ainsi, une nouvelle organisation intra- et interservice a vu le jour : la kiné « volante » vient de faire son apparition pour la première fois dans l'histoire de la kinésithérapie à Mont-Godinne. Actuellement, elle se partage entre 4 services.

Y a-t-il un... chef dans les... services ?

Oui, il est présent dans chaque service et a plusieurs tâches à son actif : il est avant tout thérapeute spécialisé à part entière, mais il se doit aussi d'être compétent dans l'organisation et la gestion d'une équipe.

Il répartit les prestations entre collègues, distribue l'information utile au bon déroulement de la prise en charge du patient.

Il entretient des relations transversales tant avec le comité de direction lors des réunions des cadres qu'avec le corps médical soit pour l'innovation de nouvelles approches thérapeutiques, soit pour communiquer des informations nécessaires au bon suivi du patient dans sa globalité. Il favorise le dialogue interdisciplinaire et pluridisciplinaire au profit d'une prise en charge optimale du malade polyopathologique.

Il peut être amené parfois à gérer les conflits entre collègues ou malentendus avec d'autres soignants.

Cependant, la question du temps se pose pour l'investissement dans la formation continue, dans l'organisation de réunions et de congrès afin de mieux faire connaître les spécialisations des différentes équipes, en dehors des murs de la clinique.

L'enseignement et l'encadrement des mémoires sont pratiqués par quelques-uns d'entre nous.

La nomination d'un coordinateur.

La nomination d'un coordinateur des kinés signe la reconnaissance de notre profession par le comité de direction. Celui-ci participe activement aux réunions mensuelles de réflexion avec les membres du comité de direction et tous les cadres stratégiques.

Il se veut avant tout «informateur» de notre métier, surtout «porte-parole» de nos propositions et «échangeur d'idées».



Marie-Françoise Goor,
Patricia Taminiaux et Jacqueline
Frippiat.



Cécile Legrand et Serge Theys.

La kiné vasculaire.

Leurs deux pôles d'action :

les pathologies vasculaires et le syndrome de la fatigue chronique (SFC).

Les pathologies vasculaires avec les lymphoedèmes, les pathologies veineuses (stripping, insuffisance veineuse profonde, syndrome posttraumatique, ulcère) et les artériopathies, rencontrées dans le service de chirurgie vasculaire, bénéficient de soins particuliers de la part des kinés vasculaires.

La prise en charge des artériopathies débute depuis la claudication intermittente jusqu'au stade IV (ulcère).

Le suivi du patient amputé est précoce avec tout un programme de rééducation à la marche avec prothèse.

La salle vasculaire accueille de nombreux patients externes (ils sont hébergés à l'hôtel hospitalier) souffrant de lymphoedème ou d'insuffisance veineuse pour une cure d'1 à 2 semaines à raison de 5H/jour.

De plus, en 2003, s'est ouvert le centre de référence pour les patients souffrant de SFC. C'est dans le cadre de la convention INAMI qu'un programme de rééducation leur est proposé en groupe ou en individuel à raison de 1x/semaine pendant 6 mois (convention à visée pluridisciplinaire).

Les épreuves fonctionnelles vasculaires.

Travaillant en étroite collaboration avec les chirurgiens cardio-vasculaires, les kinés réalisent des bilans vasculaires pré-et postopératoires tant chez les patients hospitalisés qu'ambulatoires.

Outre ces activités cliniques, Serge Theys a également des tâches d'enseignement et de recherche.

La kiné respiratoire.

Présente dans tous les services médicaux et chirurgicaux, l'équipe des kinés respiratoires assure la prise en charge du patient présentant des problèmes respiratoires. Du petit enfant à l'adulte, de l'aérosol au désencombrement, de la ventilation à la révalidation respiratoire, à tout moment du jour et de la nuit, elle répond «toujours prêt» (parole d'un scout) pour secourir toute détresse respiratoire.

La garde pendant le WE assure uniquement la continuité des opérés de la semaine et fonctionne pour les cas d'urgence ayant un encombrement majeur. La gestion de l'aérosolthérapie, en étroite collaboration avec les services infirmiers, fait partie des tâches quotidiennes du service.

La prise en charge de pathologies lourdes, telles que la transplantation pulmonaire (depuis 1991), occupe une place énorme dans l'activité du service : le temps passé auprès d'un greffé séjournant aux soins intensifs peut aller jusqu'à 4H par jour.

Un programme de révalidation pulmonaire en ambulatoire est proposé aux patients BPCO, à raison de 2 à 3 séances d'une heure/semaine durant 6 mois, leur offrant ainsi la possibilité de poursuivre un réentraînement à l'effort.



Assises, de gauche à droite :
Monique Jottard, Hélène Debatty,
Sophie Meunier et Jacqueline Havaux.
Debout : Catherine Duculot
(kiné volante), Florence Mahy et
Françoise Montulet.



Gemma Riu Y Picon.



De gauche à droite :
Jean Millicamp,
Christiane Chauviaux,
Delphine Marchandise et
Céline Stephenne.



De gauche à droite :
Régine Collard, Mie Leeuwerck,
François Peret et
Nathalie Vandenbroeck.

La kiné neurologique.

Ce service est réparti en 3 secteurs : la neurologie, la neurochirurgie et la réhabilitation. Toute pathologie neurologique présente dans les autres unités de soins est également traitée par l'équipe de la kiné neurologique.

La prise en charge des différentes pathologies neurologiques (accident vasculaire cérébral, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, Guillain Barré, tumeur cérébrale, éveil de coma, ...) est réalisée tant en phase aiguë que chronique.

Le travail pluridisciplinaire est de rigueur en réhabilitation. L'apprentissage des diverses techniques de transfert et de manutention vise à l'autonomie maximale du patient.

Les traitements individuels, basés sur des mobilisations passives et actives du patient, nécessitent souvent un travail de longue durée (2 semaines à 6 mois), parfois poursuivi en externe.



Marjorie Layon et
Viviane Jacques.
Absente de la photo :
Françoise Remy qui
complète l'équipe..

La kiné en onco-hématologie et soins palliatifs.

Le travail des thérapeutes auprès des patients hospitalisés dans les services d'hématologie, d'oncologie, de la clinique du sein et des soins palliatifs est principalement orienté vers la diminution de la douleur et le maintien d'une autonomie dans les activités de la vie journalière.

Cette approche globale associe les exercices de désencombrement, de relaxation, de massage et de mobilisation. La kiné est présente aussi à l'hôpital de jour et dans l'équipe mobile.



Nicole Jacqmin,
Luc Etienne et devant,
Marie-Thérèse Jacqmain
et Véronique Hambursin.

La kiné de la douleur chronique.

La prise en charge de patients douloureux chroniques (fibromyalgie, lombalgie, cervicalgie, patient avec des douleurs de type neuropathique) est multidisciplinaire et se déroule soit en ambulatoire par un groupe composé de 10 personnes, soit en hospitalisation (dans un proche avenir).

Les patients en externe bénéficient d'une séance par semaine. Les objectifs à court terme sont de réapprendre à écouter et à sentir ses limites, de réharmoniser l'axe corporel avec la respiration, de confronter le patient à la pratique physique afin de réduire la peur qu'il éprouve face au mouvement (la kinésiophobie), de s'assouplir par des exercices d'étirement, d'apprendre à se relaxer, d'éviter le déconditionnement physique et/ou d'améliorer la tolérance à l'effort par une rééducation sur vélo, tapis de marche...

Les objectifs à long terme visent à une autonomie fonctionnelle et à une amélioration de la qualité de vie.



Jacques D'Hayere et
Anne-Sophie Kroonen.

La kiné gériatrique

Les kinésithérapeutes travaillent dans une approche globale.

Ils assument toutes les prises en charge tant respiratoires que neurologiques, locomotrices et vasculaires de la personne âgée. Le travail en interdisciplinaire est réellement présent.

Régulièrement ils collaborent avec l'unité d'évaluation gériatrique ambulatoire (UEGA).



Etienne Toussaint,
Marjorie Iacovelli et
Gérald Crémer.

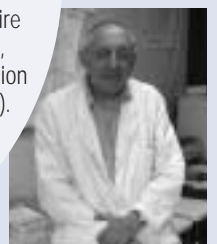
La kiné orthopédique.

Ce n'est pas sur les quais mais au pont supérieur (4^e étage) que l'on trouve les dockers...

De bonnes épaules, de bons bras (jusqu'à présent) sont nécessaires aux «kinés orthos» pour remettre sur pied et assurer le mouvement des opérés en chirurgie orthopédique et des patients ambulatoires (en forte croissance ces dernières années).

Sur le pont inférieur (service de réhabilitation), on les retrouve au sein d'une équipe pluridisciplinaire (avec les ergothérapeutes, logopèdes, infirmières, psychologues, médecins, ...) oeuvrant à la rééducation des traumatisés médullaires (para- et tétraplégies).

Enfin, en cabine, la physiothérapie accueille des patients hospitalisés et ambulatoires pour y bénéficier de traitements locaux d'antalgie ou de stimulation.



Charles Orban.

Les analystes de gestion

Les analystes de gestion ou la preuve par... 3.

ou la preuve par... 3.

Les analystes de gestion ou la preuve par... 3.

Les chiffres... certains les détestent, d'autres les vénèrent... Quels que soient les effets qu'ils produisent sur nous, nous ne pouvons les éviter, ils sont en effet devenus incontournables dans la gestion quotidienne et stratégique d'une institution comme la nôtre. À Mont-Godinne, trois analystes de gestion, dépendant de la direction financière, s'attellent chaque jour à les décortiquer, les interpréter et les analyser. Leur sort est-il enviable ? À vous de juger...

Un rôle capital.

Les analystes de gestion donnent des outils d'analyse financiers et statistiques qui permettent à la direction générale et financière, aux départements et aux services de gérer l'institution et/ou leur domaine d'activité.

Leur travail va de la récolte de données à leur transposition dans des tableaux de bord synthétiques, en passant par leur traitement et leur validation. En quelque sorte, ils digèrent l'information, l'analysent, la croisent, la contrôlent et la structurent, pour la rendre accessible et la transmettre ensuite aux différents responsables. Parallèlement à ce travail de fond, des demandes ponctuelles leur parviennent, c'est le cas par exemple pour l'étude de rentabilité d'un nouvel investissement ou pour le calcul du nombre de prestations pour un service déterminé...

Des analystes de gestion, oui, mais avec en plus, pour chacun, des spécificités...

Ils sont donc trois : Christine Puissant, Véronique Bernard et André Parent. Trois parcours professionnels différents, trois formations différentes : de l'expert comptable au licencié en administration des affaires ou en informatique. Pas de profil précis, mais un goût certain pour les chiffres et, comme la fourmi de la fable, de la rigueur, de la persévérance et de la précision.

Pas question de jouer à la cigale ! **Christine Puissant** le sait bien : si elle se retranche entre novembre et mars, ce n'est pas pour hiberner... Elle est en effet chargée plus spécifiquement d'établir d'une part le budget et d'autre part de participer à l'élaboration du bilan financier de l'année écoulée. Deux terribles échéances hivernales qui la plongent dans les méandres de notre institution. Bilan, perspectives, objectifs à atteindre sont le quotidien de Christine qui a ainsi une vision globale de l'institution. Elle est également en charge du contrôle trimestriel pour les clôtures comptables et s'occupe de la gestion financière des contrats de maintenance et des demandes et enquêtes émanant du SPF santé publique.

Véronique Bernard planche sur une harmonisation des nouveaux tableaux de bord pour les départements et sur la mise à jour du logiciel de trésorerie. De plus, elle est la représentante de la direction auprès de l'OMS qui, via le service public fédéral santé publique, collecte des indicateurs auprès d'hôpitaux volontaires. Au sein des cliniques, elle coordonne la collecte de ces indicateurs. Ceux-ci permettront de se situer

par rapport aux autres hôpitaux belges, mais également étrangers. Travail de bénédictin donc (pour ne pas dire de fourmi), de collecte, de synthèse et de transfert d'informations. Elle gère en plus tous les comptes et tableaux de bord pour les services dits "communs", tels que l'administration, l'informatique, la buanderie, l'hôtellerie,...

André Parent, quant à lui, est le responsable administratif du RCM* (équipe de 5 personnes) avec Bruno Krug. Le RCM centralise toutes les données qui doivent être transmises au ministère concernant les diagnostics qui ont été posés, les techniques utilisées, les examens pratiqués durant le séjour du patient. Une fois transférées au ministère, ces données constituent une des bases de calcul du financement de l'hôpital. Parallèlement, en interne, cette unité transmet notamment aux médecins des cliniques la durée de séjour par pathologie, comparée à la moyenne nationale. André suit également de près l'impact de la nouvelle législation portant sur la forfaitarisation de la pharmacie. En collaboration avec le DHKL*, il évalue les gains engendrés ou les pertes subies suite à la mise en application de cette loi (juillet 2006). Et non, André ne chantait pas cet été... en plus de ce suivi, il s'est attelé à la mise en place d'une Data ware house, véritable bibliothèque où seraient stockées en un même endroit toutes les informations.

Un rôle à jouer au sein des départements médicaux.

Les analystes de gestion font partie intégrante du projet de mise en place des départements médicaux. En effet, chaque département aura son bureau dans lequel on retrouvera bien sûr le chef du département, mais également un adjoint du département infirmier et un représentant de la direction financière en la personne d'un analyste de gestion. Ces bureaux devraient bientôt voir le jour, les analystes de gestion sont en tout cas prêts et enthousiastes à cette idée.

Au fil du temps, la fonction d'analyste de gestion a fortement évolué dans notre institution. Elle offre désormais une gamme de services étoffée : des tableaux de bord plus détaillés, des contrôles plus affinés, des budgets financiers accompagnés d'études de rentabilité...

Partenaires indispensables, ils sont la preuve par 3 qu'une institution hospitalière doit compter sur la compétence, l'efficacité et l'esprit d'équipe d'analystes de gestion pour lui garantir une gestion saine et stratégique.

Isabelle Labar.

* RCM = Résumé clinique minimum

* DHKL pour Bénédicte Delaere, Jean-Daniel Hecq, Bruno Krug et Michel Lejeune.



Les trois analystes de gestion, de gauche à droite, : Christine Puissant, André Parent et Véronique Bernard.

Le point de départ de leur travail est la récolte de données (pas seulement chiffrées), véritable travail de fourmi qui ne peut se faire sans la collaboration d'autres services en aval, citons entre autres la comptabilité, la facturation, les ressources humaines, les services achats (consommation), la pharmacie, l'administration (origine du patient), le RCM (type de pathologies)...



Michel Lejeune et ses adjoints surpris en pleine réunion, de gauche à droite : les trois analystes de gestion, Laurence Mattot (responsable de la comptabilité) et Anne Bauwin (responsable de l'administration).

Un mammographe numérique pour le service d'imagerie médicale.

Un mammographe numérique

Récemment, nous avons remplacé notre mammographe analogique par un modèle numérique (digital) : notre appareil est le premier mammographe numérique du Namurois et le premier de la firme IMS-GIOTTO installé en Belgique.

En mammographie numérique, on utilise des détecteurs soit à conversion indirecte, soit à conversion directe (sélénium), ces derniers étant les plus performants, d'où notre choix pour ce type de détecteurs.

Pour profiter pleinement des avantages du numérique, il faut adjoindre au système une console d'interprétation ergonomique, un système de stockage et d'archivage des examens (PACS) et un système d'aide informatisé au diagnostic (CAD).

Par opposition au système analogique, l'acquisition et l'affichage de l'image sont, dans le système numérique, deux processus indépendants. Ainsi, on peut exploiter la relation linéaire qui existe entre l'intensité du rayonnement X transmise et le signal électronique enregistré par le système (grande dynamique d'exposition), tout en optimisant l'affichage par ajustement de la courbe caractéristique (fenêtrage) avant impression sur film ou lors de la visualisation sur moniteur. En effet, la transmission des rayons X peut être manipulée afin d'améliorer la visualisation des différences tissulaires minimales, subtiles : ceci est important pour analyser les zones problématiques c'est-à-dire celles où la néoplasie est masquée par la densité glandulaire élevée. Le système numérique permet d'ajuster le contraste et donc d'augmenter la visibilité d'une masse subtile ou de foyers de microcalcifications.

Des études ont démontré qu'au niveau de la population générale, la performance est identique entre le système numérique et le système analogique. Par contre, **la précision diagnostique du système digital est nettement supérieure** au

système analogique pour les femmes en dessous de 50 ans, les femmes présentant des seins hétérogènes très denses ainsi que les femmes en pré- ou périménopause. En général, les avantages du système numérique par rapport au système analogique sont l'accès facilité aux images et aux CAD (computer-assisted-diagnosis), la transmission d'images, l'archivage, l'accès aux documents antérieurs, mais également la télé-radiologie. D'autres avantages sont la diminution de la dose d'irradiation moyenne sans compromis et donc sans perte de qualité ainsi qu'un temps d'examen fortement réduit, du fait de la disponibilité rapide sur console sans manipulation des cassettes et donc sans développement. À propos du CAD, on observe une diminution du nombre de faux négatifs, surtout dans les seins denses avec une sensibilité augmentée de 21.2 % selon certaines études ; il faut tenir compte d'un certain nombre de faux positifs, notamment évalués à 0.2 % pour les microcalcifications et 1.1 % pour les masses. Concernant les procédures interventionnelles réalisées en système digital, on note un raccourcissement du temps de localisation de l'aiguille.

Le passage au numérique (acquisition, transmission et relecture) pourrait permettre à l'avenir d'améliorer la gestion du dépistage mammographique du cancer du sein.

Françoise Kayser, radiologie-sénologie.

Trois radiologues se partagent
le secteur de la mammographie



Le mammographe numérique, nouvelle acquisition du service d'imagerie.



Françoise Keyser,
Pascale Collignon

et Jean-François De Wispelaere.

L'unité d'évaluation gériatrique ambulatoire (UEGA) est sélectionnée pour un projet pilote et accueille de nouveaux membres !

Le contexte.

En 2002, nous présentons l'UEGA qui fonctionnait déjà depuis un an et demi. Depuis, cette nouvelle entité s'est développée et accueille de plus en plus de nouveaux patients. Un appel à projet pilote visant à la création de la fonction « hôpital de jour gériatrique » fut lancé fin 2005 par la direction générale de l'organisation des établissements de soins (SPF Santé publique). Environ 45 projets furent retenus, dont celui présenté par le service de médecine gériatrique de nos cliniques. Cette structure s'inscrit de façon plus générale dans le cadre du programme de soins pour le patient gériatrique. Celui-ci se développe actuellement progressivement dans les hôpitaux et deviendra obligatoire par un arrêté royal en cours d'élaboration. Le programme de soins gériatriques comporte pour chaque hôpital (ou ensemble fusionné) les services hospitalisation de gériatrie, les consultations de gériatrie, les hôpitaux de jour gériatriques, la gériatrie de liaison interne et la gériatrie de liaison externe.

Tous ces programmes partagent les points communs suivants : soins spécialisés, travail en équipe multidisciplinaire et travail en réseau. En parallèle au développement de ces programmes, il faut signaler deux éléments qui favorisent le développement de la discipline de médecine gériatrique : d'une part la reconnaissance de la gériatrie comme spécialité depuis le 10 août 2005 et d'autre part la création d'honoraires spécifiques à la spécialité (un honoraire pour l'évaluation multidisciplinaire ambulatoire, pour l'élaboration d'un plan de soins et pour la gériatrie de liaison). Rappelons que dans chaque partie de ce programme, le médecin de famille trouve une place centrale (demande d'évaluation, participation à l'élaboration du plan de soin, proposition de suivi, ...).

Le projet pilote.

Celui-ci est établi dans la continuité du projet UEGA (hôpital de jour gériatrique) déjà élaboré depuis cinq ans dans notre service et correspond à la définition des normes architecturales. Cette unité, composée de 6 places, comprend trois grands axes : un axe diagnostique (évaluation gériatrique globale), un axe thérapeutique (soins spécifiques) et un axe de rééducation fonctionnelle (place à définir). À ce projet est associée une phase d'évaluation nationale sur base d'un recueil d'indicateurs (population cible, type de soins, données financières, principaux « outcomes »).

La sélection de notre unité dans le projet pilote a permis d'agrandir l'équipe existante de l'UEGA qui comprenait déjà des médecins gériatres (prof. Ch. Swine et doct. D. Schoevaerdts), un infirmier coordinateur (S. Bietlot), un neurologue (doct. É. Mormont), une psychogériatre (doct. G. Mignolet), une psychologue (A. Lahaye) et un kinésithérapeute (G. Cremer).

Les nouveaux membres.

L'équipe s'est donc étoffée de deux nouvelles infirmières (un temps plein et demi), d'une kinésithérapeute (mi-temps) et d'une neuropsychologue (mi-temps).

- Annette Bardare et Mélanie Sentries apportent leur expérience d'infirmières indépendantes, de coordination de soins à domicile et de spécialisation en santé communautaire. Elles participent à l'évaluation globale de la personne âgée (niveau d'autonomie, réseau social, aides existantes), aux soins infirmiers spécifiques et à la coordination de l'unité (programmation des examens, accueil des patients, tâches administratives).

- Marjorie Iacovelli, kinésithérapeute pour un quart-temps, s'occupe de l'évaluation de la marche et de l'équilibre, du risque de chute, des propositions d'aides techniques et des conseils de rééducation.

- Émilie Verreckt, neuropsychologue, apporte son expertise dans les domaines de l'évaluation cognitive et du suivi des patients par la revalidation neuropsychologique.

Après quelques semaines de collaboration, nous pouvons déjà féliciter cette jeune équipe pour son dynamisme et ses qualités d'intégration dans l'unité hospitalière et ambulatoire.

Développements récents et perspectives.

Outre les domaines courants de la médecine gériatrique (problèmes internistiques et syndromes gériatriques), les grands axes de développement récent sont l'évaluation cognitive (en collaboration avec le service de neurologie) et psychogériatrique (démence et troubles du comportement), l'évaluation du patient âgé en perte d'autonomie ainsi que l'approche du patient chuteur.

La prise en charge des patients atteints de démence inclut, outre l'approche diagnostique, l'évaluation des autres problèmes gériatriques associés (dénutrition, chutes, épuisement des proches) et le soutien des familles.

L'approche du patient chuteur inclut le dépistage des personnes à risques, l'approche curative dont la prise en charge du syndrome de désadaptation psychomotrice et la mise en place de moyens préventifs. Des liens avec d'autres filières existant déjà dans l'institution se mettent en place. Par exemple, un pont est créé entre le service de rhumatologie et de gériatrie pour les patients chuteurs atteints d'ostéoporose.

La dénutrition est un problème fréquent et sous-évalué. Des consultations diététiques sont proposées de façon ambulatoire et un quart-temps supplémentaire vient d'être accordé pour cette fonction assurée par Dominique Noël.

Sous l'égide de la Société belge de gériatrie et de gérontologie fut créé un groupe de travail sur les hôpitaux de jour gériatriques coordonné par le doct. D. Schoevaerds. Celui-ci réfléchit aux programmes d'évaluation à mettre en place, aux indicateurs à relever et aux modalités de financement,...

Quelques exemples de situations vécues prises en charge à l'UEGA :

- une patiente se plaint de perdre la mémoire et ses proches la voient décliner,
- un patient qui chute de façon répétée,
- une patiente qui refuse l'hospitalisation alors que quelques examens sont nécessaires,
- un problème de troubles de comportement,
- une famille épuisée,
- un bilan internistique spécifique à la personne âgée.

Grâce à ce nouveau financement qui vient valoriser tout le travail déjà réalisé, l'équipe de l'UEGA s'agrandit. Nous souhaitons la bienvenue à tous ces nouveaux membres. Qu'ils partagent les valeurs déjà développées, comme l'accueil et la convivialité, la rigueur, le travail interdisciplinaire et le travail en réseau.

Didier Schoevaerds et Serge Bieltlot.



De gauche à droite : Christian Swine, Émilie Verreckt et Anne Lahaye.

Photo K. Beerens.



Éric Mormont et Didier Schoevaerds.



De gauche à droite : Gaétane Mignolet, Serge Bieltlot, Dominique Noël, Mélanie Sentries, Annette Bardare, Gérald Crémer et Didier Schoevaerds.

Photo K. Beerens.

Les huit chefs de département

Les huit chefs de département de Mont-Godinne.

Les huit chefs de département

Le prof. Yuri Glupczynski pour le département de biologie clinique et anatomie pathologique.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

Diplômé en médecin à l'ULB en 1980, puis spécialiste en biologie clinique en 1985, avec une compétence plus particulière dans les domaines de la bactériologie et de l'hygiène hospitalière. J'ai d'abord exercé à l'hôpital Brugmann à Bruxelles jusqu'en 1993, puis à l'hôpital André Vésale (Montigny-le-Tilleul). Engagé à Mont-Godinne en juin 1997, je cumule depuis les fonctions de chef de service du laboratoire, responsable du secteur microbiologie et de médecin hygiéniste.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

La bactériologie clinique en général, plus particulièrement les thèmes centrés sur le diagnostic rapide, l'apport de la biologie moléculaire, l'épidémiologie et les mécanismes de résistance aux antibiotiques.

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

En coordination étroite avec les autres responsables des différents secteurs et services, faire mieux comprendre aux autres départements (et à la direction !) les spécificités et particularités propres au département de biologie clinique et d'anatomopathologie.

H. : Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?

Comme une opportunité permettant d'améliorer la communication et les liens transversaux inter-services (départements) et inter-métiers au sein de l'institution.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

- 1) Améliorer le dialogue avec les cliniciens (par ex. : prescription informatisée, développement d'outils de communication sur intranet,...).
- 2) Accroître les activités transversales dans tous les secteurs et développer des synergies avec d'autres départements tant au plan clinique que dans le cadre d'activités de recherche.
- 3) Assainir la situation financière du laboratoire par le biais de restructurations internes et par le développement de partenariats et de collaborations externes.
- 4) Œuvrer à la mise en place ou au renouvellement d'accréditations et agréments qui seront indispensables pour la reconnaissance ou le maintien comme centre de référence dans différents domaines d'activité (par ex. : centre de transfusion, centre de diagnostic moléculaire).



- 5) Assurer dès à présent et de façon progressive un renouvellement du personnel technique et médical sous peine de perdre rapidement les atouts et la richesse actuelle du département en terme de pôles d'excellence.

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Un hôpital universitaire ... à dimension humaine.

Le prof. Erwin Schröder pour le département cardiovasculaire.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

Une formation en médecine interne et en cardiologie (1978-1983) dans les hôpitaux du réseau de l'UCL et au Kantonspital Basel (Suisse), ensuite une formation complémentaire en recherche clinique (1983-84) au Uniklinikum Eppendorf, Hambourg (Allemagne et en cardiologie expérimentale (1984-1985) au Cardiovascular Research Center, University of Iowa, IA (EU). En 1985, nomination comme résident à Mont-Godinne, responsable de la gestion de la cardiologie interventionnelle, directeur médical adjoint de 1997 à 2006, chef de service en 2005 et chef de département en 2006.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

- Indicateurs de qualité en cardiologie interventionnelle,
- résultats à long terme après angioplastie coronaire,
- analyses coût-efficacité en cardiologie interventionnelle,
- épidémiologie de l'infarctus.

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

Une expérience d'analyse et de gestion des équipes.

H. : Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?

Favoriser les collaborations entre nos deux services dans le cadre du département cardiovasculaire (premier projet du type filière patient) et nos interlocuteurs privilégiés (soins intensifs, urgences, imagerie, anesthésiologie, médecine nucléaire, pneumologie, neurologie,...).

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

Encourager l'excellence du travail clinique et scientifique par une politique incitative, réussir l'intégration dans le bassin de soins.

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Au croisement des chemins en matière de relations UCL/cliniques St-Luc Woluwé et en matière de collaborations régionales.



Le prof. Francis Lorge et le département de chirurgie et services associés.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

- 1983 : docteur en médecine UCL ;
- 1989 : spécialiste en chirurgie urologique ;
- 1989-1990 : spécialisation complémentaire en microchirurgie et chirurgie de l'impuissance à Paris et à Toulouse;
- 1990 : résident au service d'urologie des Cliniques Universitaires de Mont-Godinne ;
- 1991 : chef de clinique adjoint;
- 2000 : chargé de cours clinique;
- 2001 : chef de service d'urologie;
- 2005 : chef du service de chirurgie;
- 2006 : chef du département de chirurgie et services Associés.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

La chirurgie oncologique des voies génito-urinaires, le traitement des lithiases par laser Holmium, la chirurgie de l'incontinence et la chirurgie de l'impuissance.

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

Dans ma nouvelle fonction, je souhaiterais aider tous les chefs de service à garder une excellence clinique et à concrétiser leurs projets de service dans un climat de respect et d'écoute des personnes, avec le souci du maintien d'un bon équilibre financier.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

- 1) Préserver une excellence et une constance dans la qualité des soins;
- 2) accroître "l'attractivité" des différents services, non seulement pour les patients mais aussi pour les médecins généralistes et les jeunes médecins spécialistes;
- 3) promouvoir la recherche clinique;
- 4) intensifier les activités chirurgicales au centre ambulatoire;
- 5) accroître la collaboration entre les différents services de notre institution en développant des consultations multidisciplinaires ;
- 6) promouvoir des activités professionnelles en dehors des cliniques de Mont-Godinne et établir des collaborations avec d'autres hôpitaux.

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Notre institution a toujours accordé la priorité à une prise en charge centrée sur le patient. Il s'agit là d'une priorité noble



qu'il convient, bien évidemment, de sauvegarder à l'avenir. Néanmoins, la compétence seule ne suffit plus même quand elle est associée à une structure universitaire dotée d'un plateau technique de haut niveau. C'est pourquoi l'institution doit axer ses efforts pour "attirer" davantage la patientèle mais aussi les jeunes médecins spécialistes et garder ainsi une excellence clinique.

Le prof. Alain Mayné et le département de médecine aiguë.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

Je suis arrivé dans l'institution et plus particulièrement dans le service d'anesthésiologie en 1984.

Le service a connu une évolution lente mais certaine. Actuellement, il compte 14 permanents et 14 assistants en formation.

Mon titre clinique actuel est chef de service associé.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

L'ambulatoire, la pédiatrie, l'ORL et l'urologie. Et maintenant la coordination des 3 services composant le département.

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

Une meilleure compréhension mutuelle entre les différents services, une coordination optimisée entre ceux-ci avec des arrangements au fur et à mesure du temps et des moyens et des problèmes rencontrés ; un suivi des diverses carrières avec attention.

H. : Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?

En trois mots : coordination, communication et présence.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

Améliorer l'existant pour permettre à chacun de s'épanouir.

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Une évolution exceptionnelle dans le temps, une qualité remarquable du personnel environnant le patient.



Le prof. Michel Melange et le département de médecine interne et services associés.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

J'ai été engagé à Mont-Godinne pour créer le service gastro-entérologie en 1981, il y a exactement 26 ans. Après des études d'humanités au Collège Saint-Michel à Bruxelles, j'ai entamé mes études de médecine en 1965 à Leuven et suis devenu médecin en juillet 1972. J'ai entamé ma spécialisation en médecine interne et me suis consacré à la gastro-entérologie sous la houlette du prof. Ch. Dive. Spécialiste en 1977, j'ai passé une année à Lyon, puis je suis devenu résident aux services universitaires UCL de l'Institut chirurgical de Bruxelles.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

La colo-proctologie constitue toujours mon domaine de prédilection, en particulier les maladies fonctionnelles du périmètre, les affections inflammatoires idiopathiques du tube digestif et les tumeurs colo-rectales.

Le service de gastro-entérologie des cliniques UCL de Mont-Godinne aborde tous les secteurs de la discipline grâce à l'excellente collaboration de Th. De Ronde et J.-P. Martinet, chefs de cliniques, A. Bourgeois et D. Lejeune, consultants et M. Noubibou, assistante spécialiste. Pour les cinq prochaines années, l'échoendoscopie, l'impédancemétrie, la cancérologie digestive, la mise au point des affections inflammatoires du tube digestif et le développement encore plus marqué de l'ambulatoire constituent des enjeux principaux.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

Le département de médecine interne et services associés est composé de services performants, dirigés par des chefs de services actifs et dynamiques. Le rôle du chef de département est d'encourager toutes les actions menées par ces services et d'en assurer la synergie. Lien étroit et décisif avec la direction, il doit promouvoir et parrainer les carrières des plus jeunes et favoriser la création de ponts cliniques avec les hôpitaux voisins. Avec les Cliniques UCL Saint-Luc, il doit maintenir un climat de dialogue et d'émulation, dans la perspective de la création de bassins de soins. Avec la Faculté et l'Université, il doit contribuer à ce même dialogue, dans la double mission d'enseignement et de recherche propre à tous les médecins universitaires.

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Les Cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne fêtent leurs 40 ans, en 2007. C'est l'occasion de rappeler le formidable dynamisme de tout le personnel médical, infirmier,



paramédical, administratif, informatique, technique et bénévole. C'est le moment de remonter l'irrésistible progression des services, la dimension humaine et solidaire de l'institution, les progrès de la médecine, et tous les acquis universitaires de notre maison, en dépit de certaines réticences aujourd'hui obsolètes. C'est surtout la nécessité de ne pas se contenter du passé et de relancer une nouvelle stratégie 2007-2017, plan d'actions à 10 ans qui construit principalement une structure hospitalière UCL en Wallonie, au moins autant en collaboration avec les hôpitaux voisins qu'avec notre homologue bruxellois.

Le prof. Patrice Laloux et le département de neuropsychiatrie et pathologies spéciales.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

J'ai d'abord été nommé 'responsable local' du service de neurologie en 1986 puis chef de service en 1996 renouvelé en 2006. Sur le plan académique, agrégé en 1997, je suis professeur clinique à l'UCL depuis 2001 et professeur aux facultés Notre-Dame de la Paix à Namur depuis 2000.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

J'ai pu développer l'un des trois pôles prioritaires du service de neurologie, à savoir une unité neurovasculaire spécialisée ('stroke unit') pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et leur traitement en phase aiguë par la thrombolyse ainsi que la prévention secondaire. La clinique des céphalées est une expertise secondaire en ambulatoire avec la collaboration du centre de la douleur chronique.

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

Une expérience dans la gouvernance médicale et financière d'un service avec le développement de pôles prioritaires associant l'expertise médicale pointue et la recherche scientifique.

H. : Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?

Le département comprend dans les limites géographiques actuelles les services de médecine psychosomatique, médecine physique, neurologie, ORL et ophtalmologie, ainsi que l'unité de pédopsychiatrie. Ma fonction en relation étroite avec les chefs de service visera le déploiement d'une activité médicale d'excellence universitaire au service des patients en associant l'expertise médicale à la recherche au sein de pôles prioritaires et cela dans le cadre stratégique et financier des cliniques. Une autre fonction est de renforcer un espace de communication réciproque entre les chefs de service, les médecins du cadre et la direction. Sur le plan opérationnel, une collaboration se développera au sein du bureau de département avec le nursing et le département financier ainsi que tout autre métier intéressé.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

Le département propose déjà actuellement de nombreux pôles médicaux de pointe monodisciplinaires, intradépartementaux, ou interdépartementaux et il y a de nombreux projets en développement ou à venir. Les projets multidisciplinaires seront encouragés au sein du département mais aussi

avec les services ou unités des autres départements, notamment autour d'un pôle 'neurosciences cliniques'. Comme déjà décrit plus haut, les pôles prioritaires seront ceux qui associent une médecine de pointe à la recherche clinique ou fondamentale. Actuellement, au sein du département, l'oncologie ORL devrait être soutenue par l'OHR et dans ce cadre le soutien psychologique des patients devrait se poursuivre avec une unité de psycho-oncologie (service de médecine psychosomatique, unité de psychologie). Pour l'axe 'neurosciences', l'otologie (dépistage et traitement de la surdité, implants cochléaires, troubles vestibulaires, rééducation), le centre neurovasculaire et celui de la spasticité sont à soutenir, alors que la pédo-audiologie, la neuro-ophtalmologie et un centre des rétinopathies (diabète, dégénérescence de la macula liée à l'âge) sont à développer. Enfin, le département, avec les services d'ORL et d'ophtalmologie, collaborera à la mise en route d'un centre de l'allergologie.



H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Les cliniques restent prioritairement centrées sur les soins aux patients dans un esprit qui demeure encore convivial. Malgré certaines contraintes liées à sa situation géographique et son volume de recrutement, les cliniques parviennent à se maintenir à un niveau universitaire grâce à la motivation, l'enthousiasme et le dynamisme de l'ensemble du personnel : à méditer et à préserver ...

Le prof. Eddy Bodart et le département de pédiatrie.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

Docteur en médecine UCL LPGD en 1985, spécialiste en pédiatrie en 1990, résident étranger des Hôpitaux de Paris 1990-1991, président du groupement belge de pneumologie pédiatrique 1999-2001, chargé de cours 2001, chef de service 2002, membre du bureau du Cremec de Namur 2006, chef de département 2006.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

L'endoscopie des voies respiratoires du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (techniques rigide et souple). Les études épidémiologiques nationales (bronchiolite, prise en charge de l'asthme, asthme à l'exercice...), l'éducation dans l'asthme de l'enfant et de l'adolescent.

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

Un support actif (sens critique et constructif) au comité de direction.

H. : Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?

Une participation aux grandes décisions médicales de l'institution - analyse des enjeux loco-régionaux avec l'Université et avec Saint-Luc.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

La poursuite du développement de l'ambulatoire - mini-hôpital de jour pédiatrique (tests divers, mise au point courte...)

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

Toujours en mouvement...



Le prof. Jean-Paul Trigaux et le département d'imagerie médicale.

Horizons : Quel est votre parcours clinique?

Diplômé médecin en 1974, assistant en radiologie à Leuven puis à Louvain-la-neuve de 1974 à 1980, entrée en fonction à Godinne dès 1980.

H. : Quels sont vos thèmes de prédilection (médical)?

La radiologie thoraco-abdominale (CT).

H. : Que pensez-vous pouvoir apporter dans votre nouvelle fonction?

Mieux faire comprendre aux autres départements les spécificités du département d'imagerie.

H. : Comment voyez-vous votre nouvelle fonction?

Être le relais auprès de la direction et des autres chefs de départements des desiderata et propositions des membres du département d'imagerie et - en retour - transmettre à ceux-ci les attentes des autres départements.

H. : Quelles sont les priorités pour votre département?

L'achat d'une 2^e IRM.

H. : Comment qualifieriez-vous les cliniques de Mont-Godinne?

L'hôpital universitaire, tête de pont de l'UCL au sein de la Wallonie profonde.



Philippe Lardinois

Depuis le dernier numéro de "Horizons médicaux", les travaux ont été menés bon train partout dans et autour de la clinique.

De nombreux travaux d'aménagement ou réaménagement intérieur ont été réalisés avec notamment : l'hôpital de jour hémato-oncologique, une nouvelle salle ultramoderne de cathétérisme cardiaque, les nouvelles consultations et le réaménagement des bureaux du service social et l'aménagement de nouvelles cabines de consultations au niveau 0 dans le couloir à gauche de l'accueil central, la rénovation de certains ascenseurs, et le remplacement des groupes de froid pour une climatisation optimale des services des soins intensifs. En ce qui concerne les locaux intérieurs, 2007 aura vu enfin la finalisation du centre de référence de la douleur chronique (CRMDC) qui trouve maintenant place en dessous de l'hôtel hospitalier avec de nouveaux bureaux, de nouveaux cabinets de consultation et locaux d'exams.

Les services techniques ont eu fort à faire en déménageant deux services : ainsi le 3^e B accueille maintenant la médecine interne et l'ORL, alors que le 3^e C accueille quant à lui les services de rhumatologie et de révalidation remis à neuf avec deux salles d'eau dotées de toutes les commodités pour les personnes moins valides.

À l'extérieur, ce sont des travaux d'envergure qui sont mis en œuvre, à commencer par l'aménagement complet du parking. Les Cliniques sont maintenant prêtes à recevoir plus de 700 véhicules au quotidien. L'ancien parking dit "du bois" a été totalement repensé et désormais les allées ordonnées aideront à rationaliser la place disponible. À noter que tous les arbres devenus dangereux ou malades ont été abattus et remplacés par de jeunes pousses pour reconstituer cet espace vert sur notre site verdoyant. Le parking "bois" est aménagé sur une surface totalement perméable, ceci afin de respecter les normes environnementales, et signalons enfin que l'accès au parking restera gratuit contrairement à de nombreux autres établissements hospitaliers de la province.

Fin de cette année, la nouvelle guérite de surveillance devrait être opérationnelle; servant de local de veille, elle est dotée de toutes les alarmes techniques et incendie de l'hôpital mais aussi d'une centrale téléphonique ; elle sera en outre équipée d'une barrière à commande automatique et/ou manuelle afin de sécuriser l'entrée du site.

À l'entrée proprement dite, un rond-point va être érigé avec à proximité un nouveau terminal du TEC et toutes les galeries couvertes menant à l'accueil central vont être réaménagées.

Le gros morceau est sans conteste la "phase II bis" ou aile miroir. Les excavations sont terminées, les habitués des Cliniques auront remarqué les blocs de pierre à l'entrée de la route menant aux Cliniques et... faire carrière à Mont-Godinne fut possible cette année, en effet, ces cailloux ont été concassés sur place et ont servi à l'aménagement du parking et d'autres allées. Le lot gros œuvre vient de commencer et les premières paillasses et coulées de béton ont fait leur apparition début juillet. Ci-contre, nous vous livrons la présentation du chantier tel qu'elle nous a été donnée par Madame Crivisqui coordinatrice du chantier et des services techniques.

Présentation du chantier.

• Bureaux d'études.

Architecture : A.A. Ravestijn – Beersel
Stabilité : Van Wetter – Bruxelles
Techniques spéciales : D. Fagnart – Thy-le-Bauduin
Bureau de contrôle : Seco – Bruxelles
Coordination sécurité : Abcis – Namur

L'élaboration du projet, la coordination et le suivi des travaux sont assurés par L. Ravestijn qui a réalisé l'ensemble des bâtiments, rénovations et extensions des Cliniques depuis 1978. Les études de stabilité sont réalisées par le bureau d'études Van Wetter de Bruxelles.

• Représentante du maître de l'ouvrage :

C. Crivisqui : coordinatrice ST et chantiers.

• Terrassements.

Les terrassements ont commencé au printemps 2004. Les travaux de terrassement ont été très difficiles à cause de la nature du sol rocheux.

Pendant les travaux, une nouvelle analyse du sol a permis de modifier le type de fondation prévu au départ (Jet Grouting) par un système de fondation plus classique et donc moins onéreux. Cependant, il a fallu réaliser quand même quelques injections pour renforcer le sol et placer des "bouchons" d'empierrement dans les failles. De plus, il a été décidé pendant les travaux d'ajouter un niveau -2. C'est pourquoi les terrassements ont été terminés le 30/04/2007.

• Gros œuvre.

Le lot gros œuvre a été mis en adjudication en suivant les délais légaux imposés par la loi des marchés publics. La direction des cliniques a désigné comme adjudicataire la société BAGECI (filiale de CFE) à Naninne. Les travaux ont commencé le 15/06/07. La fin du gros œuvre est prévue pour le 27/08/2008 (hors intempéries).

• État d'avancement des travaux.

Pour vous permettre de visualiser l'évolution des travaux, nous publierons régulièrement des photos.

• Estimation des travaux.

Le montant total des travaux est estimé à 42 millions d'euros.

• Programme.

Le bâtiment sera réalisé sur 7 niveaux. Nous occuperons ces différents niveaux de la manière suivante :

- o niveau -2 : vestiaires et locaux techniques,
- o niveau -1 : cuisines,
- o niveau 0 : accueil et consultations,
- o niveau +1 : CMCA, centre médico-chirurgical ambulatoire,
- o niveau +2, +3, +4 : 3 unités d'hospitalisation.

Ce programme permettra l'amélioration des conditions d'hygiène, d'accueil et de confort que nous voulons offrir à nos patients.

Terminons cette rubrique des travaux entrepris en vous donnant rendez-vous sur le site des Cliniques www.uclmontgodinne.be où, dans la rubrique News-travaux, vous serez tenu au courant des derniers avancements en matière de travaux par des photos et quelques courtes infos.



Le traitement des lymphoedèmes.

Le traitement des lymphoedèmes.

Interview de Thierry Deltombe, chef de clinique associé du service de médecine physique et réadaptation.

Vous avez dit lymphoedème ?

Le lymphoedème est le gonflement du bras ou de la jambe consécutif à une altération de la circulation lymphatique.

Ce défaut peut être d'origine congénitale - le lymphoedème primaire congénital de la jambe - ou d'origine chirurgicale - le lymphoedème après chirurgie du cancer du sein -.

On estime que 15 à 25% des patientes opérées du cancer du sein développeront un lymphoedème. C'est une des raisons pour laquelle est si intéressante la technique du ganglion sentinelle *(utilisée pour le cancer du sein) qui permet d'éviter de retirer inutilement des ganglions.

*Voir Horizons n°9.

Traitement unique en Belgique...

Depuis 30 ans, à l'initiative du professeur Schoevarlds et du docteur Clérin, le service de kinésithérapie vasculaire propose un traitement intensif unique en Belgique. Il consiste en un drainage lymphatique (massage spécifique), en une pressothérapie pluri-étagées (par brassards gonflables) et en un port de bas.

Une quinzaine de patients suivent ce traitement chaque semaine, 1/3 de ceux-ci sont flamands.

Les patients sont référés par les médecins traitants et spécialistes (d'autres hôpitaux) et vus à la consultation du docteur Deltombe. Si un traitement intensif est indiqué, le patient est pris en charge par l'équipe de kinésithérapie vasculaire : Marie Goor, Patricia Taminiaux, Jacqueline Fripiat, Cécile Legrand et Catherine Duculot.

Outre l'activité clinique, le service développe une activité scientifique (sous la forme de publications et de mémoires kinés), notamment par l'entremise de Serge Theys qui, nul n'est en prophète en son pays, est considéré en France comme "Monsieur Lymphoedème".

Concrètement à Mont-Godinne ?

Ce traitement consiste en 5 heures de pressothérapie par jour pendant une à deux semaines. La pressothérapie peut éventuellement s'accompagner d'un drainage manuel.

En fin de journée, des bandages élastiques sont placés afin de compléter le traitement. Les patients ambulatoires n'habitent pas à proximité logent à l'hôtel hospitalier.

Avant et à la fin du traitement (le lundi et le jeudi), le lymphoedème est mesuré afin d'évaluer l'évolution. Une diminution de volume mais surtout un assouplissement du bras générateur de confort est constaté. Ceci permet de réduire les complications infectieuses fréquentes. Le traitement est palliatif non curatif, le patient devra donc revenir régulièrement (4 à 5 mois plus tard, en fonction des résultats).

Bien que les effets ne soient ni miraculeux ni définitifs, les patients restent assidus au traitement au vu du confort qu'il apporte dans les mois qui suivent et de l'amélioration de la qualité de vie.

Isabelle Labar



De gauche à droite :

Thierry Deltombe, Serge Theys, Jacqueline Fripiat, Patricia Taminiaux, Cécile Legrand, Marie-Françoise Goor.

Hôpitaux de jour gériatrique : l'avis des médecins généralistes.

Dans le cadre de son mémoire, une étudiante en licence hospitalière de l'école de santé publique, Marie-Laurence Biyavanga, s'est intéressée au degré de satisfaction des médecins généralistes par rapport aux hospitalisations de jour gériatriques.

Rappelons-le, les **hôpitaux de jour gériatrique** visent à réunir toutes les ressources disponibles pour favoriser et prolonger l'autonomie du patient âgé. Ils mettent à disposition l'expertise de l'équipe multidisciplinaire de gériatrie pour évaluer des problèmes et des situations (diagnostic gériatrique et plan de soins) sans devoir hospitaliser le patient.

Les médecins généralistes sont des interlocuteurs de premiers plan puisque ce sont eux qui adressent les patients ou qui recommandent une hospitalisation de jour gériatrique à d'autres personnes. De plus, ils ont une connaissance profonde non seulement de la maladie du patient mais aussi de tous les aspects de ce dernier.

Les objectifs de l'étude visaient non seulement à évaluer la perception des médecins traitants mais également à trouver des pistes pour améliorer la satisfaction de ceux-ci.

L'enquête de satisfaction fut réalisée dans 3 hôpitaux différents dont deux en milieu urbain et un en milieu plus rural (UCL, Mont-Godinne).

Cinq dimensions ont été retenues : l'accessibilité, la communication et l'information, l'interdisciplinarité, la compétence technique et l'efficacité des soins.

Les résultats reposent sur la réponse de 83 sur 150 médecins des zones géographiques entourant les hôpitaux interrogés.

Et quels sont les résultats ?

Les aspects positifs de l'enquête sont la satisfaction globale des médecins (ils trouvent une réponse adéquate dans 88% des cas), le délai rapide de la prise en charge dans la semaine qui suit la demande, la qualité de l'information transmise, la disponibilité du personnel et ses compétences techniques.

Les points à améliorer sont : le délai de transmission du rapport d'évaluation, l'implication du médecin de famille dans l'élaboration du plan de soins, la communication du travail multidisciplinaire et l'équilibrer à trouver entre la nécessité de réaliser les examens en peu de temps et le risque d'épuiser le malade.

Suite à cette enquête, des efforts furent mis en oeuvre afin d'optimiser la rapidité dans la circulation de l'information, la diversification des canaux de communication et la transparence du travail multidisciplinaire.

Isabelle Labar.



Marie-Laurence Biyavanga entourée de Christian Swine et de Didier Schoevaedts

Formation continue

pour les médecins généralistes.

Le 3 mars, les cliniques ont organisé, en collaboration avec la Commission de l'enseignement continu de la Faculté de médecine de l'UCL (ECU UCL), une journée de formation continue à l'intention des médecins généralistes.

Durant la matinée, les participants ont analysé un cas clinique intriqué, en détaillant les volets digestifs, rhumatismaux, ophtalmologiques et psychosomatiques des affections inflammatoires du tube digestif. Une discussion interactive était animée par quatre experts, Y. Boutsen, M. Hoebeke, Ch. Reynaert et M. Melange, et deux modérateurs, D. Vanhuynne et P. Canivet.

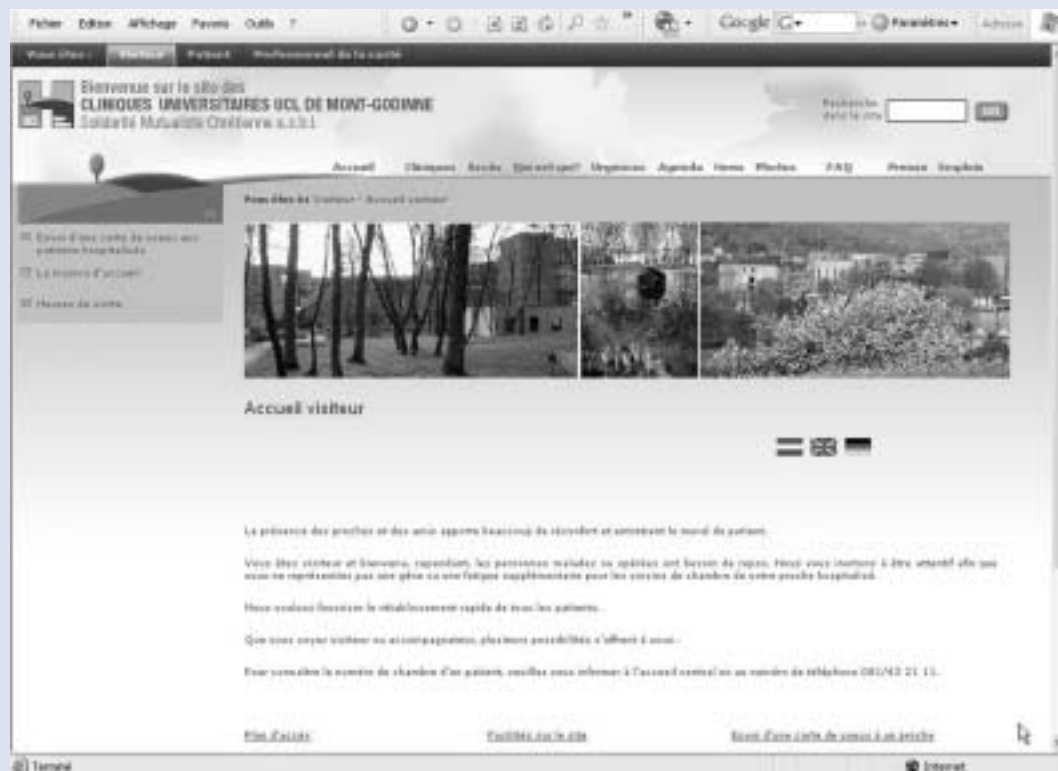
Dans l'après-midi, l'optimisation de la prescription en kinésithérapie était commentée par différents médecins des services de médecine physique et de pneumologie, en collaboration avec plusieurs kinésithérapeutes de notre institution.

Les médecins et le personnel paramédical de Mont-Godinne étaient cordialement invités à ces séances.

M. Melange, président de l' ECU UCL.

Des nouvelles Des nouvelles du site web.

Des nouvelles



Depuis janvier 2007, les cliniques ont leur site Internet à l'adresse www.uclmontgodinne.be.

Sobre et convivial, à l'image des Cliniques, ce site a pour objectif de renseigner les visiteurs, les patients mais aussi et surtout les médecins. Les trois sections distinctes offrent des services différents mais complémentaires.

Les pages du site Internet offrent au visiteur ou au patient, une information qui se veut la plus complète possible sur les services administratifs ou médicaux ; les visiteurs pourront découvrir toutes les facilités mises à leur disposition, un aperçu de tous les services d'hospitalisation et une foule de renseignements utiles lors d'un séjour dans notre hôpital. Nous avons également pensé à la famille et aux personnes accompagnant le patient, avec par exemple des informations sur la maison d'accueil Pierre Jansen, des indications de l'équipe de soutien oncologique et soins palliatifs ou encore tout simplement la possibilité d'envoyer, de manière totalement gratuite, une carte de vœux virtuelle à un patient hospitalisé.

Les **médecins** ont leur **section distincte** et, après avoir rempli une simple **demande d'accès**, ils pourront accéder au contenu des pages dédiées aux **professionnels de la santé**.

Dans cette rubrique, ils pourront consulter l'annuaire complet des Cliniques par service ou encore par nom et ils y trouveront les **coordonnées complètes** de la personne recherchée avec le numéro de téléphone et l'adresse email. L'ouverture d'un lien permet de diffuser en continu des reportages mis à jour hebdomadairement sur différents

sujets médicaux issus de plusieurs universités. Enfin, les médecins inscrits au service d'échange **télématique meXi**, téléchargeable via notre site, peuvent recevoir en toute **sécurité** (fichiers cryptés) les **résultats de leurs patients** hospitalisés à Mont-Godinne.

Quelques **publications, abstracts et cours** dispensés sont en outre téléchargeables dans cette section avec les services désireux d'étoffer leurs pages réservées aux professionnels.

Quelques news et un **agenda des activités scientifiques et médicales** complètent l'information publiée sur le site des Cliniques.

Depuis son lancement officiel en janvier, le site des Cliniques reçoit plus de 5000 visites mensuelles et pas moins de 250 professionnels y sont inscrits. Plus de 3000 pages sont visitées quotidiennement sur le site.

Ce nouvel outil au service du patient et du médecin s'avère nécessaire voire indispensable dans notre région...

www.uclmontgodinne.be c'est bon pour la santé.

Philippe Lardinois,
Gestionnaire des sites Internet et Intranet des Cliniques.

Les approches thérapeutiques originales

Les approches thérapeutiques originales
à Mont-Godinne.

Les approches thérapeutiques

Le dossier d'Horizons s'attardera cette fois sur les approches thérapeutiques originales proposées à Mont-Godinne. C'est ainsi que nous parlerons plus particulièrement de :

- **l'impédancemétrie** avec le docteur Jean-Paul Martinet ;
- **la photothérapie dynamique** avec le professeur Georges Lawson ;
- **les techniques particulières de soins de plaies** avec madame Dominique Fripiat ;
- **l'hypnose** avec les docteurs Valérie Algrain, Valérie Dewilde et madame Cécile Hansez ;
- **la lumniothérapie et la relaxation** avec le docteur Denis Jacques ;
- **l'homotoxicologie** avec le docteur Jacques Deneef.

*Dossier réalisé par Anne Bauwin,
Geneviève Dehareng, Isabelle Labar
et Marie Claire Laroche.*

On sait aujourd'hui qu'il s'agit plutôt d'un trouble d'origine neurologique. Le mécanisme principal du RGO est la fréquence trop élevée de relaxations transitoires de ce muscle appelé le sphincter inférieur de l'œsophage. Ce dérèglement serait responsable de près de 80 % des cas de RGO. D'autres études identifient des écarts diététiques et la réduction des heures de sommeil, observée depuis 30 ans, comme ayant un rôle très important sur le mécanisme du reflux.

Comment diagnostique-t-on habituellement le reflux ?

Soit le patient se plaint de différents symptômes dits typiques, à savoir le brûlant, des régurgitations acides ou des douleurs au niveau de l'œsophage.

Dans la plupart des cas, une gastroscopie est réalisée et confirmera le reflux anormal de liquide gastrique si l'on note des lésions de l'œsophage (oesophagite), qui sont alors traitées de manière adéquate (anti- H², ou IPP², plus puissants).

Mais d'autres patients ne présentent que des plaintes au niveau de la gorge (douleur, raucité de la voix), des sinusites à répétition, voire une toux chronique, mais n'ont pas d'oesophagite.

Des investigations sont alors entreprises afin de détecter un reflux plus sournois...

Une pH-métrie est réalisée : elle consiste à mesurer, pendant 24 heures, la fréquence et la durée des reflux acides par la mise en place d'une sonde passant par le nez et la gorge jusque dans l'œsophage. S'il dépasse un certain seuil, le reflux sera considéré pathologique et traité comme tel.

Mais tout n'est pas parfait pour autant... Certains patients continuent à avoir des plaintes respiratoires ou ORL (gorge nouée, toux, suffocations nocturnes, ...) malgré un traitement de bon aloi.

Il convient alors de dépister un reflux résiduel, qui, même non acide, pourrait causer cette irritation ; c'est là qu'intervient la pH-impédancemétrie oesophagienne de 24 heures. Le principe en est simple. Très proche pour le patient de la simple pH-métrie, cet examen mesure, grâce à une sonde en apparence semblable, la conduction électrique dans l'œsophage. Comme tous les liquides de notre corps sont ionisés et donc conducteurs d'électricité, les différents capteurs d'impédance se trouvant le long de la sonde enregistrent tout type de reflux, acide ou non, liquide ou même gazeux (les éructations), que le patient soit sous traitement ou non.

En cas de reflux liquide, on va constater que l'impédance chute au niveau des capteurs, d'abord du plus bas, puis, de proche en proche, vers le plus haut : le liquide qui reflue améliore la conductance électrique de l'œsophage du bas vers le haut. Ensuite, le liquide reflué redescend dans l'estomac et l'impédance remonte alors de haut en bas (voir schéma).

La pH-impédancemétrie dans le diagnostic du reflux "atypique".

Interview de Jean-Paul Martinet, gastro-entérologue.

La pH-impédancemétrie est une méthode permettant de diagnostiquer le reflux gastro-oesophagien, parfois difficile à mettre en évidence avec les méthodes habituelles que sont la gastroscopie ou la pH-métrie conventionnelle.

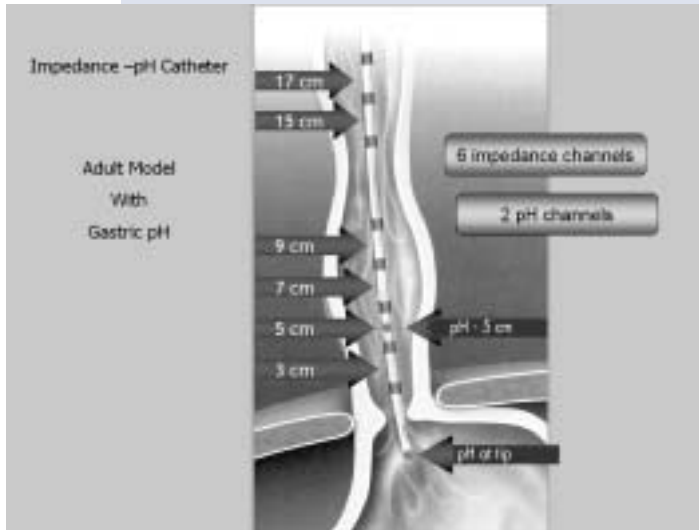


Jean-Paul Martinet

Commençons par le début

Quelle est la cause d'un reflux gastro-oesophagien ?

Il a longtemps été considéré comme un trouble mineur de l'estomac provoqué par de mauvaises habitudes alimentaires, par le stress ou encore un mode de vie inadapté.



Le but de cette technique est un traitement adapté : on peut presque parler de traitement sur mesure. Environ 85 à 90 % des personnes souffrant de reflux voient leurs symptômes améliorés par la prise en charge standard (gastroscopie, traitement adapté).

Mais pour les 10 à 15 % des autres patients, plusieurs cas de figure sont possibles : soit augmenter la posologie des médicaments, à savoir doubler ou tripler les doses pendant

une période plus ou moins longue, soit faire barrage au reflux par des moyens mécaniques, à savoir une intervention chirurgicale ou endoscopique. Malheureusement, le traitement chirurgical (la classique intervention de Nissen, même sous coelioscopie) n'est pas une panacée. Après la satisfaction des premières années, des récurrences surviennent trop fréquemment (lâchage de suture,...).

Le versant thérapeutique mérite donc des développements. Ainsi de nouvelles techniques, chirurgicales mini-invasives et endoscopiques, sont en train d'être développées. Les manifestations du reflux gastro-oesophagien concernent aussi les médecins ORL, les pneumologues, les psychologues et également les diététiciennes, avec qui nous travaillons. Chacun a un rôle important afin de détecter l'origine des symptômes et d'en corriger les causes.

Des moyens diagnostiques plus fins, tels la pH-impédancemétrie, disponible en Wallonie, à Liège et dans nos cliniques, donnent aux patients l'accès à des traitements sur mesure et plus spécifiques.

De plus, ils nous aident à mieux comprendre les causes premières des maladies, ici le reflux gastro-oesophagien.

¹ Bloqueurs des récepteurs de type 2 à l'histamine.

² Inhibiteurs de la pompe à protons.

La photothérapie thérapie dynamique (PDT) dans le traitement des tumeurs "tête et cou".

Interview du prof. Georges Lawson, ORL.

La photothérapie thérapie dynamique (PDT) est une technique novatrice ; elle joue un rôle dans la prise en charge du cancer avancé, après échec des traitements conventionnels.



Prof. Georges Lawson

La PDT est un traitement médical qui utilise la lumière en la combinant à un médicament photosensibilisant qui entraîne une réaction cytotoxique au niveau des tissus cancéreux. L'effet thérapeutique passe par la production d'espèces oxygénées réactives, un processus qui dépend de l'interaction intracellulaire entre le photosensibilisant, la lumière et l'oxygène (*photo page 6*).

À Mont-Godinne, cette technique est utilisée dans les cancers tête et cou chez les patients dont la maladie a atteint un stade très avancé, et qui ont déjà suivi un traitement par chirurgie, radiothérapie ou chimiothérapie (les possibilités thérapeutiques étant souvent épuisées ou limitées par des traitements antérieurs lourds).

Les objectifs de ce traitement sont de préserver le fonctionnement des organes, de procéder à la destruction locale de la tumeur, de soulager ou diminuer les symptômes, d'atténuer la douleur et d'éviter les complications (hémorragies, bourgeonnement cellulaire, douleur, blocages physiques empêchant la mastication et la déglutition,...)

Ce traitement, moins agressif, a des effets secondaires moindres, ce qui permet de l'utiliser à plusieurs reprises dans certains cas. Il améliore la qualité de vie du patient mais n'a pas le pouvoir de guérir complètement quand il est utilisé dans un cadre palliatif.

Cette technique est également utilisée lors du diagnostic précoce de petites masses tumorales au niveau de la tête et du cou (tumeur entre 10 et 15mm). Elle permet d'éradiquer complètement la tumeur et peut être appliquée en dehors de la chirurgie, de la radio- et/ou chimiothérapie dans des cas très sélectionnés.

En quoi consiste cette technique ?

Il s'agit de la photoactivation de l'activité antitumorale de la témoporfine par la lumière du laser.

Dans un premier temps, le patient va être hospitalisé dans une chambre "équipée"³, pour éviter l'exposition à la lumière directe, soleil ou lumière artificielle (sauf lampe au sodium), afin de ne pas déclencher une réaction de sensibilisation inopportune. Un photo-sensibilisant est injecté (la témoporfine), qui se fixe aux membranes cellulaires. Après administration par voie intraveineuse, la témoporfine pénètre dans l'espace interstitiel cellulaire, et en quelques heures, elle diffuse dans tout le cytoplasme.

À la 96^e heure, c'est-à-dire au moment de l'illumination, la témoporfine est fixée aux membranes cellulaires. L'illumination est alors appliquée, soit sous anesthésie locorégionale, soit sous anesthésie générale si l'accès à la zone tumorale est difficile.

Elle consiste en une activation de la réaction de photosensibilisation par une lumière laser à une longueur d'onde prédéterminée. La réaction chimique intracellulaire qui en découle va détruire les cellules tumorales en les nécrosant. La pénétration dans les tissus se fait de façon maximale sur une profondeur de 10 à 15 mm ; la réponse au traitement (nécrose tumorale) est alors efficace.

Cette technique est appliquée différemment dans le cas de masses tumorales plus importantes.

Sachant que la pénétration de la lumière est efficace sur une zone de 10 à 15 mm, un artifice va être utilisé : au lieu d'illuminer la tumeur superficiellement, des fibres transportant la lumière vont être introduites à l'intérieur de la masse tumorale, à plusieurs endroits, pour couvrir un rayon plus large et pour tenter d'exposer l'entièreté de son volume à la lumière.

Au stade palliatif, cette technique de dernier recours est préférable à une ultime chirurgie mutilante qui pourrait occasionner plus de dégâts que de bénéfices pour le patient dont le confort doit être au centre de nos préoccupations.

Toutes les alternatives (y compris la limitation de la prise en charge dans la cadre des soins de confort) sont proposées au patient en fonction du stade et du développement de sa maladie.

Pour chaque problème, la solution la moins pénible et la plus efficace est apportée, dans le but d'augmenter son confort et si possible sa durée de vie.

Selon certaines études, sur des séries limitées, la survie et l'amélioration du confort sont supérieures par rapport à d'autres patients n'ayant pas bénéficié de ce procédé.

Il n'est pas exclu que ce procédé puisse être utilisé dans d'autres types de localisation (par exemple cutanée, bronchique) mais actuellement, à Mont-Godinne, il n'est appliqué qu'aux tumeurs de la tête et du cou.

³ Dans le nouveau service d'ORL, deux chambres sont dédiées à cette technique.

Les soins de plaies.

Interview de Dominique Fripiat,
infirmière stomathérapeute

Dominique Fripiat : "Infirmière particulière, infirmière un peu sorcière...", sur l'air d'une chanson de Bob Morane.

Par sa façon originale de traiter les plaies, avec du miel au thym, Dominique surprend.



Dominique Fripiat

Actuellement, elle suit des cours sur les conseils infirmiers en soins esthétiques. Cette formation complète celle concernant la prise en charge **des patients stomisés**, des patientes mastectomisées, qui a eu lieu à Lyon, dans le cadre de la clinique du sein. Enfin, le certificat interuniversitaire en plaies et cicatrices vient s'ajouter à ses connaissances.

En stomathérapie (Consultations C), Dominique reçoit des patients envoyés par les chirurgiens de l'hôpital, pour le suivi des plaies, et des patients envoyés par les médecins traitants, désirant un avis et/ou des soins infirmiers.

Aux cliniques, elle collabore étroitement avec le doct. P. Lenfant, chirurgienne en orthopédie.

Et, en extérieur, avec les médecins traitants, intrigués par les traitements atypiques. Un climat de confiance s'installe aussitôt les résultats positifs. Ils écoutent les procédés de

Dominique qui réclame un avis médical lorsqu'elle estime la situation particulière. Elle ne s'engage jamais dans l'inconnu.

Si un doute s'annonce sur le traitement, l'infectiologue Bénédicte Delaere apporte ses compétences. Ainsi, parfois, des examens complémentaires s'avèrent nécessaires. Son travail s'inscrit aussi dans la collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (chirurgiens, oncologues, psychologues, infirmières, assistantes sociales, diététiciennes, kinés, pharmaciens, bandagistes, etc.)

Maintenant que le protocole "escarres" a été revu et amélioré, une meilleure prise en charge du patient se fait à l'étage. Les infirmières disposent d'un code de conduite, avec un arbre décisionnel. Elles font appel à Dominique uniquement lorsque la plaie n'évolue pas bien.

Pansements au miel.

En illustration, la guérison de plaies au bras survenues lors d'un accident de voiture et ce, en 17 jours. De nombreuses plaies avaient été suturées et une détersion du tissu nécrotique fut nécessaire. L'application d'un tulle gras, imbibé de miel au thym, fut sensationnelle. Cela se comprend aisément, vu les vertus cicatrisantes, désinfectantes, bactéricides, hyperosmolaires et antalgiques de ce pansement.

Le miel est utilisé depuis plus de 4000 ans dans le traitement des plaies et des ulcères cutanés. Il est composé de 17 à 20 % d'eau, de 79 % de glucides (fructose, glucose, maltose, saccharose), de 4 % de substances diverses (protéines, minéraux, vitamines, etc.). Il a des vertus cicatrisantes, antiseptiques (hyperosmolarité, pH acide), une action nutritive, il maintient la plaie en milieu humide et diminue le processus inflammatoire et la douleur. Il agit en réduisant l'hyperhémie et en stimulant le tissu de granulation. Il existe un risque théorique de botulisme de la plaie lors de l'utilisation de miel non médical.

Ce traitement simple, efficace, peu onéreux et avec de rares effets secondaires mérite d'être mieux connu et intégré dans la panoplie de traitements de plaies.

À l'hôpital, l'application de miel au thym ne se fait que sur indication médicale.

L'asticothérapie.

Auparavant, l'asticothérapie, ou larvothérapie ou maggot therapy fut pratiquée à l'hôpital. Dominique faisait équipe, alors, avec le Dr Vincent Scavée. Les larves d'asticots, stérilisées, déposées **dans le lit de la plaie**, étaient recouvertes de compresses humides. Et le travail opérationnel des larves commençait. Avant de devenir des pupes, en l'espace de 6 jours, les crochets des larves décrochent la nécrose et la fibrine. Les asticots ont la particularité de se nourrir des bactéries, de la nécrose, de la fibrine... donc de faire peau neuve.

Avec ce pansement aux asticots, chatouillements et douleurs sont au rendez-vous, signes de guérison. Après enlè-

vement des larves, la plaie se présente granuleuse, bien rouge.

Cette thérapie est vivement indiquée chez les personnes diabétiques.

L'asticothérapie est la procréation naturelle de la mouche à des fins thérapeutiques. Ses buts sont : le débridement, la désinfection et la stimulation du tissu de granulation.

Cette technique de soins remonte à plusieurs siècles, voire plusieurs milliers d'années chez les aborigènes australiens. En 1557, au siège de St-Quentin, Ambroise Paré observa l'existence de larves d'insectes qui semblaient avoir empêché la suppuration sur de vieilles plaies.

Pendant la guerre 14-18, la même constatation eut lieu. Des soldats, demeurés plusieurs jours entre les lignes de combat, avaient leurs plaies infestées de larves d'insectes. Ils ne développèrent pas d'infection, allant jusqu'à guérir exceptionnellement vite.

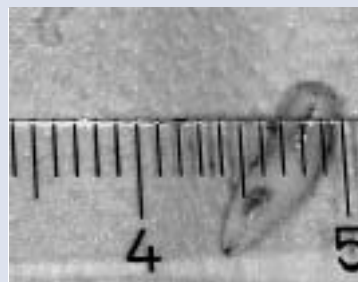
C'est le doct. Robinson, au Mount Alto Hospital de Washington, qui découvrit, en 1935, l'allantoïne, substance cicatrisante dont les larves sont riches.

Sur 120 000 espèces de mouches, seule la *Lucilia Séricata* ou *Phaenicia Séricata* convient parfaitement à la production de larves qui se nourrissent exclusivement de tissus morts.

La larve liquéfie les tissus nécrotiques par la production d'enzymes protéolytiques sans destruction des tissus vivants. Sa consommation personnelle journalière est de 15 grammes de tissu nécrotique.

L'absorption, la digestion et la neutralisation des bactéries par le tractus digestif des vers qui sécrètent des substances antibactériennes (ammoniacale, carbonate de calcium...) font augmenter le pH de la plaie. Un certain nombre de micro-organismes sont ainsi éliminés.

Les **asticots** sont retirés de la plaie à l'aide d'une pince, par rinçage au sérum physiologique. Ils seront ensuite détruits par congélation ou incinération.



Une larve qui a grossi

L'utilisation de cette technique de détersion est contre-indiquée :

- dans les plaies mal vascularisées car bien que les larves éliminent la nécrose, l'absence de constitution du tissu de granulation et d'épithélialisation entraînera le retour de la nécrose après l'ablation des larves ;



Avant traitement



Après traitement

- dans les plaies à proximité des organes vitaux ou de gros vaisseaux, à cause d'éventuelles perforations par les enzymes sécrétées par les larves ;
- chez les patients présentant des troubles de la coagulation, naturels ou thérapeutiques.

Cette technique de déterision non-invasive peut être une alternative à un parage chirurgical.

Le grand souhait de Dominique serait qu'un médecin sensibilisé aux méthodes originales, puisse reprendre cette initiative, très couramment pratiquée en France, en Angleterre, en Israël, en Nouvelle-Zélande, au Danemark, **et utilisée dans d'autres hôpitaux en Belgique...**

Emploi d'huiles essentielles

La dernière nouveauté est l'utilisation des huiles essentielles (H.E.), ou aromathérapie afin de désinfecter et cicatriser une plaie, **mais aussi des huiles naturelles pour l'hydratation des peaux sensibles...**

Les H.E. sont issues de plantes aromatiques et contiennent maintes molécules chimiques naturelles. Très concentrées, biochimiquement définies, elles montrent leur remarquable efficacité dans de nombreux domaines : pathologies virales, bactériennes, parasitaires quelle que soit leur localisation au niveau des organes...

L'hypnose.

Interview des docteurs Valérie Algrain (médecine psychosomatique), Valérie-Anne Dewilde (douleur chronique) et de madame Cécile Hansez (psychologue).

Réflexion du docteur V. Algrain.

L'hypnose est un outil utilisé dans le but de provoquer des changements qui permettront au patient d'apprendre à mieux gérer certains symptômes. Elle est également utilisée dans le cadre d'un **développement de capacité**. Elle peut constituer une aide précieuse chez certains patients pour se relaxer, se détendre, mieux gérer certaines douleurs, maîtriser le stress, reprogrammer les cycles de sommeil, résoudre les problèmes de poids et de tabac.

L'état d'hypnose est un **état modifié de la conscience**, une passerelle créée entre le conscient et l'inconscient. Cela va d'un état très légèrement modifié, comme "être dans la lune", jusqu'à un état très modifié, par exemple ne plus percevoir la douleur.

L'autohypnose permet de jouir des bienfaits de l'hypnose, tout en laissant à la personne le plein contrôle de ce qu'elle implante dans son subconscient. Elle est une façon naturelle et efficace de s'autoprogrammer positivement, sans avoir à buter contre les limites, les paradigmes, les peurs et les doutes de l'esprit conscient.

Étant donné la multirésistance des bactéries aux antibiotiques, l'aromathérapie est salvatrice. Ajoutées en complément aux pansements pour le soin des plaies, elles démontrent leurs puissantes vertus thérapeutiques.

Par exemple, l'H.E. de lavande vraie (*Lavandula angustifolia*) possède, entre autres, de remarquables propriétés cicatrisantes, régénératrices cutanées et antalgiques.

"Médicus curat, natura sanat."

"Le médecin administre le traitement, la nature produit la guérison."

Les conditions de réussite consistent à avoir de bonnes ressources mentales et à être ouvert à la technique. Il faut aussi fixer un objectif, indispensable pour qu'il soit atteint. Aucun hypnotiseur ne peut faire entrer une personne en transe hypnotique sans son plein consentement et sa participation volontaire -car l'hypnose n'est pas une prise de possession- mais bien un état de concentration. L'hypnotisé peut, en tout temps et en toute liberté, décider de sortir de son état d'hypnose.

Il n'y a aucun danger de ne pas "se réveiller" suite à une séance d'hypnose, car un signal est donné pour indiquer le moment de "se réveiller". La séance terminée, dès que l'hypnotisé ne reçoit plus de suggestions, il passe automatiquement du sommeil hypnotique à un sommeil normal. Dès lors, même s'il ne reçoit pas de signal de réveil, il se réveille dès que son corps est suffisamment reposé. Il n'est donc pas plus dangereux de se réveiller après une séance d'hypnose qu'après une sieste d'après-midi ou un sommeil nocturne. Dans le cas de l'autohypnose, si la personne ne se réveille pas de sa séance, elle passe sur le mode de sommeil naturel, comme pour une sieste.



Valérie Algrain



Cécile Hansez
et Anne De Wilde

Les thérapeutes ayant recours à l'hypnose dans notre institution sont les docteurs Algrain et Dewilde ainsi que madame Hansez.

Le docteur Valérie Algrain reçoit en général des patients suivis par d'autres médecins qui lui sont adressés pour des symptômes psychosomatiques, troubles psychologiques, douleur, gestion du stress ou développement personnel. Elle analyse les demandes, propose des solutions et réoriente les patients si elle considère que l'hypnose ne leur convient pas. Elle propose également des stages qui ne rentrent pas dans le cadre médical strict mais extra-médical (pour toute personne voulant développer une capacité). L'objectif de ces stages est que les personnes ressortent avec un package complet et suffisant pour pouvoir travailler sur elles-mêmes.

Réflexion du docteur V.A. De Wilde et de madame C. Hansez.

Le docteur Valérie-Anne De Wilde et madame Cécile Hansez suivent actuellement une formation à l'hypnose dans le but d'aider les patients traités dans le cadre de la douleur chronique.

Nous en reparlerons dans un prochain numéro d'Horizons.

La relaxation et la luminothérapie.

Par le docteur Denis Jacques,
service de médecine psychosomatique.

Je ne saurais dire si ces méthodes sont particulièrement originales mais en tout cas, elles auraient plutôt tendance à être méconnues. Elles suscitent souvent de l'intérêt dans la mesure où elles constituent un moyen de "traitement" non pharmacologique.

Concernant la relaxation, son indication la plus fréquente s'inscrit dans la gestion du stress. Le "stress", terme un peu à la mode, qui est utilisé aussi à tort et à travers, n'est a priori ni bon ni mauvais. Les excès dans un sens comme dans l'autre (trop ou trop peu) sont par contre délétères. Le stress implique une balance entre "ce qui m'est demandé" et "ce que je suis ou me crois capable de faire". Quand cette balance, toujours en mouvement, connaît un déséquilibre trop marqué et durable, des troubles peuvent apparaître. Une partie du travail thérapeutique est centré sur l'aspect psychologique : identifier la manière dont on se représente les problèmes à affronter et le regard que l'on a sur ses capacités à faire face.

Un autre point important est un décodage de "sa procédure personnelle de résolution de problème". Ainsi par un exemple simple, si je "traite" dans mes pensées quatre problèmes en même temps, le risque de vivre "un stress plus grand" est augmenté.

L'hypnose comme "anesthésie" dans les interventions.

La technique d'hypnose est notamment utilisée dans le cadre d'anesthésies lors de petites interventions. Cela permet d'éviter, ou en tout cas de réduire les produits toxiques de l'anesthésie, de récupérer et de cicatriser plus rapidement et de diminuer le stress. Cette technique n'est pas encore utilisée dans notre institution. Dans le futur, des anesthésistes comptent se former à cette technique. À suivre dans un prochain numéro ...



Docteur Denis Jacques

Au-delà de l'aspect psychologique, il existe bel et bien une réalité physiologique.

Rappelons qu'au départ le stress est un mécanisme adaptatif qui, archaïquement, vient en réponse à un danger ou une menace vitale. La perception d'une situation dangereuse entraînant la peur déclenche une réaction de l'organisme, qui vise à le préparer à se défendre ou à fuir. Concrètement, le rythme cardiaque s'accélère ainsi que le rythme respiratoire, une mise en tension musculaire apparaît, la glycémie est majorée, bref un "tonus" physiologique global augmenté est disponible pour que l'on puisse affronter le danger ou lui échapper.

Dans une situation concrète, comme faire face à un chien enragé, on visualise bien comment ce "tonus" va être utilisé... Par contre, dans une situation comme une surcharge professionnelle ("J'ai encore quatre dossiers à traiter et il

ne me reste plus qu'une heure devant moi"), si ici le tonus mis en action est équivalent à une réaction face à un danger vital, il est clair qu'on ne pourra "décharger" toute cette tension, qui devient alors excédentaire et inutile.

C'est dans ce cadre qu'intervient la relaxation. Au préalable, il est bon de rappeler qu'il existe de nombreuses techniques dites de relaxation. Comme relaxations naturelles et spontanées, on retient évidemment un bon fou rire, l'écoute d'une musique douce ou encore un bon bain chaud... Si l'on regarde de plus près ces situations, elles créent au final une détente musculaire, mais amènent également à "distraire" l'esprit ou à le centrer sur une seule information (comme une sensation physique).

De manière simplifiée, on pourrait parler de relaxation "passive" (quelque chose vient me détendre sans que je le conscientise vraiment) et "active" (je conscientise ce bien-être ou j'essaie de le recréer).

Il n'existe pas de techniques de relaxation miracles qui feraient disparaître l'excès de stress comme par enchantement, la relaxation relève d'un apprentissage régulier dans la durée. Elle se pratique d'abord justement dans des situations non stressantes, pour découvrir son "propre tonus", les zones corporelles plus tendues ou plus réactives et pour, progressivement, intervenir dans la régulation de ce "tonus".

Dans un second temps, il devient alors possible d'y recourir en situation stressante.

Dans le champ psychothérapeutique, la technique dite de "Jacobson" est souvent utilisée et a été investiguée scientifiquement. Elle est basée sur des exercices d'alternances de contractions et de décontractions de groupes musculaires, le but étant, par l'observation des contrastes ressentis, d'arriver à se représenter ce qu'est un état de relaxation.

Comme je le disais, les techniques disponibles sont nombreuses; les kinésithérapeutes ou les soignants formés au travail corporel sont certainement les personnes ressources pour évaluer ou renseigner le type de travail qui peut être envisagé par une bonne évaluation individuelle.

La relaxation est donc avant tout une occasion de bien-être et peut être stratégiquement utilisée dans le cadre de troubles anxieux ou, comme adjuvant, dans des pathologies plus lourdes où le stress constitue un facteur aggravant (asthme, pathologies cardiaques, douleur...). Le point commun des différents processus de relaxation consiste en deux points importants : la régulation adéquate de l'activation physiologique en fonction de la situation et le développement d'une capacité à pouvoir se centrer sur l'instant en se déconnectant de pensées "parasites" ou envahissantes. Il s'agit là de la création d'une alchimie toujours délicate entre "maîtrise" et "laisser-aller".

Pour ce qui est de la luminothérapie, à nouveau son originalité ne réside peut-être que dans le fait qu'elle "remet en lumière" une évidence naturelle. Depuis près de 30 ans, on a décrit l'existence de troubles dépressifs dits "saisonniers". Des données épidémiologiques ont clairement

démonstré que les zones du globe où la durée d'exposition à l'ensoleillement en période hivernale était la plus basse, se révélaient les zones où l'incidence d'épisodes dépressifs, pendant cette saison, était la plus haute.

L'organisme est régi par l'adaptation à l'environnement, ainsi que par "une horloge biologique interne", mécanisme neuro-endocrinien complexe. Le rythme veille-sommeil dépend en partie d'une hormone sécrétée de manière cyclique : la mélatonine.

Ainsi, au niveau de la rétine, des cellules spécialisées (qui ne sont pas impliquées dans la vision) captent l'exposition à l'ensoleillement ; ce qui constitue un signal envoyé à l'organisme ("la journée commence") et influence la sécrétion de mélatonine.

En période hivernale, la durée d'ensoleillement est raccourcie. L'organisation sociale et professionnelle nous impose souvent de nous lever avant la lumière du jour ; nous nous mettons en action sans que l'organisme ait perçu ce "signal". La comparaison est un raccourci mais on peut se référer aux animaux qui entrent en hibernation : à l'approche de l'hiver, ces animaux mangent plus et font des réserves caloriques ; une fois l'hiver arrivé, ils dorment... La symptomatologie observée dans les troubles dépressifs saisonniers est, à ce niveau, parlante : envie de glucides, fatigue, perte d'élan et hypersomnie. La différence pour nous, par rapport au monde animal, est qu'effectivement le "rythme social" ne s'adapte pas, les horaires de travail restent les mêmes.

Les appareils de luminothérapie diffusent une lumière qui est la plus proche de la lumière du soleil et du ciel. Les études ont démontré que c'était la longueur d'onde de la lumière qui était le paramètre le plus opérant, ainsi la lumière bleue (longueur d'onde la plus proche de la lumière du ciel) montre des résultats meilleurs dans le traitement du trouble dépressif saisonnier. Il ne s'agit donc pas d'une "lampe de bronzage" ou d'une "simple ampoule de 40 watts". En fonction du modèle d'appareil, un temps d'exposition matinale de 20 à 30 minutes est recommandé, avec éventuellement une réexposition début d'après-midi si sensation de fatigue.

Les indications sont bien évidemment les troubles dépressifs saisonniers, les troubles du sommeil, mais aussi pour personnes qui ont un travail à horaire décalé avec alternance de périodes de nuit et de jour (personnel soignant, chauffeurs routiers,...) ou qui sont soumis au décalage horaire (pilotes, hôtesses de l'air,...). La luminothérapie est également étudiée comme adjuvant dans le traitement des troubles dépressifs "non saisonniers" en complément du traitement antidépresseur et psychothérapeutique.

Tant pour la luminothérapie que pour la relaxation, même si elles sont toutes deux contributives à un mieux-être, elles ne font pas l'économie d'un suivi et d'une évaluation médicale rigoureuse de toute symptomatologie problématique...

L'homotoxicologie ?

Par le docteur Jacques Deneef,
médecin référent à Gand.

Le mot homotoxicologie est issu de trois mots : homo, qui signifie 'homme', toxico, dérivé de toxicon ou 'toxine' poison, et 'logos', qui signifie "mot, connaissance, étude".

L'homotoxicologie est l'étude de l'influence des substances toxiques pour l'homme, et la façon dont l'organisme réagit en leur présence.

L'influence de ces toxines se réduit le plus souvent à l'apparition d'une maladie. Celle-ci a comme but l'élimination de ces toxines. L'intensité de la "maladie" ne dépend pas que du type de toxine, mais surtout de la durée de son effet sur l'organisme. Un produit peu toxique, présent depuis longtemps, a d'abord un effet nocif insidieux qui finit en action destructive à long terme.

Une substance inoffensive au premier abord peut devenir une toxine par la quantité présente dans l'organisme. Cette substance peut-être endogène ou exogène. Pensez, par exemple, à l'acide lactique, à l'urée, à l'excès de certaines hormones (endogène) et à la fumée de cigarette (exogène).

Un autre exemple est le calcium : élément indispensable à une bonne calcification osseuse, mais, pour le lithiasique, il forme avec l'acide oxalique des lithiases oxalocalciques qui sont stockées dans le rein en tant qu'homotoxines endogènes, jusqu'à ce qu'elles se détachent des calices rénaux et entament leur descente torturante.

Il apparaît, enfin, que chaque organisme réagit différemment à la présence d'une même toxine. La sensibilité est le quatrième facteur important. Elle explique aussi bien l'"immunité" que l'"allergie".

La réaction de l'organisme à la présence perturbatrice des homotoxines est à l'origine des symptômes. Il est donc peu utile de réprimer ou d'inhiber ces symptômes vu que cela ne change rien à la cause réelle de la maladie, notamment la présence des homotoxines.

L'homme sain est donc celui qui est apte à se débarrasser des homotoxines présentes, par une "excrétion". Quand de nouvelles homotoxines se présentent, ce qui est continuellement le cas dans le "système fluide" qu'est le corps humain, l'organisme doit immédiatement les neutraliser et les drainer, via les canaux d'excrétion accoutumés, sans mobiliser les systèmes de défense supplémentaires.

Si l'organisme n'est pas capable de se débarrasser d'une façon normale des homotoxines, des "mesures d'urgence" sont prises (inflammation, p. ex.) et la maladie se déclare, c'est-à-dire une réaction biologique efficace due à la présence des homotoxines. La maladie commence, par conséquent, avec les phases de réaction, avec la mobilisation de la défense.

Le but thérapeutique est ainsi nettement délimité, notamment, garder ou recouvrir l'aptitude naturelle d'excréter ou, enfin, l'optimiser.

Appliquons ce raisonnement aux maladies ostéoarticulaires dégénératives, comme l'arthrose chez le sportif de haut niveau.

Les microtraumatismes répétés vont provoquer une inflammation de la membrane synoviale. Via des processus enzymatiques (lipo-oxygénase et cyclo-oxygénase), on observe un endommagement de la matrice du cartilage.

Si on prescrit des inhibiteurs de ces enzymes (COX2 ou AINS), d'autres paramètres du même processus seront stimulés.

En homotoxicologie, on administre des IRD (inflammatory regulating drugs) tels Traumeel, qui, grâce à leurs composants à base de protéines végétales, favorisent la formation de Th reg qui régularise l'inflammation sans effets secondaires néfastes.

Si, avec les années, une arthrose s'installe, on fera appel, entre autres, à Zeel qui a un effet régulateur, tant sur la 5-lipoxygénase que sur la cyclo-oxygénase.

L'action de ces deux produits est prouvée par de nombreuses études, tant en double aveugle qu'en études cliniques d'observation.

À Mont-Godinne, Patricia Lenfant, chirurgienne orthopédiste, utilise ce type de produit en infiltration ou en complément per os pour toutes pathologies ostéoarticulaires. Cette thérapie est efficace dans le traitement des tendinites et des douleurs liées à l'arthrose.



Patricia Lenfant.

L'UCL sur la voie du changement...

En février, l'université a choisi de se doter d'une nouvelle structure organisée autour de trois secteurs dénommés "sciences humaines", "sciences et technologies" et "sciences de la santé". Ces trois secteurs seront placés sous la responsabilité d'un vice-recteur, devenant membre du conseil rectoral. Des entités distinctes d'enseignement et de recherche sont créées au sein de chaque secteur.

La gouvernance des secteurs comprend :

- un bureau du secteur,
- un conseil sectoriel de l'enseignement et
- un conseil sectoriel de la recherche.

Dans le secteur des "Sciences de la santé", notre médecin directeur, le professeur De Coster, siègera au sein du bureau du secteur. Celui-ci comprend en effet les médecins-chefs des cliniques universitaires.

Une nouvelle université...

En mars 2007, les quatre universités catholiques francophones ont annoncé qu'elles entameraient dès septembre des négociations en vue de créer une université nouvelle : l'Université catholique de Louvain.

Par cette décision, les quatre partenaires estiment que leur intégration en une seule université nouvelle constitue une opportunité unique

- d'accroître leur visibilité internationale,
- de leur faciliter l'accès aux grands réseaux de recherche européen et internationaux et
- de renforcer leur engagement dans les trois missions de l'université que sont l'enseignement, la recherche et le service à la société.

Même si les négociations ne commencent qu'en septembre, certaines informations dessinant les contours de cette nouvelle université semblent certaines.

En effet, le nom est connu : Université catholique de Louvain (UCL) et chaque site s'identifiera par une dénomination spécifique à convenir (telle que UCL/Namur ou UCL/site de Mons). Son statut juridique sera celui de l'actuelle UCL.

Cette université n'aura qu'un seul conseil d'administration. Sa composition qui reste encore à déterminer garantira un équilibre entre membres intérieurs et extérieurs ainsi qu'une représentation adéquate de chaque site.

Les valeurs de cette nouvelle université seront celles partagées par les quatre partenaires, valeurs issues de la tradition humaniste et chrétienne et vécues dans un esprit d'ouverture, de tolérance et d'attention à l'autre.

La mise en œuvre de ce projet garantira le maintien, voire le développement, sur chaque site, de programmes d'enseignement pour tous les cycles pour lesquels le site bénéficie de l'habilitation, de pôles de recherche d'excellence liés à ces programmes et de service à la société.

Dans quels délais ?

Les quatre partenaires expriment leur volonté de rendre l'intégration possible dans un délai de trois ans, tout en permettant à chacun de rejoindre cette université à son rythme et, au plus tard, en 2015.

Les 4 universités catholiques francophones :

Université catholique de Louvain (UCL),

Facultés universitaires de Saint-Louis,

Facultés universitaires Notre-Dame de la paix de Namur (FUNDP),

Facultés universitaires catholiques de Mons (FUCAM).

le journal des cliniques universitaires UCL de Mont-Godinne

