

Blueprint

Trimestriel / n° 115 / juin 2015

Belgique – België

PP-PB

B 018

vie des cliniques



Eddy Lambert / service communication

Clinique Notre-Dame Hermalle

Le service des soins palliatifs dans ses nouvelles installations

Le 28 mai dernier, le CHC a inauguré les nouvelles installations de son service des soins palliatifs, à la clinique Notre-Dame Hermalle. C'est l'aboutissement de notre projet de médecine palliative démarré il y a une vingtaine d'années, confie le Dr Ferdinand Herman, médecin chef du service. Un projet profondément centré sur l'humain. Notre objectif est d'offrir les meilleurs soins, confort et soutien au patient.

Pour rappel, la médecine palliative au CHC s'articule autour de deux structures: l'unité de Notre-Dame Hermalle (6 lits) et une équipe mobile intersites. Les patients palliatifs sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire: médecins, infirmières, psychologues, diététiciennes, kinésithérapeute, assistante sociale, esthéticienne sociale. Une équipe de 15 volontaires apporte également son aide.

La nouvelle unité a été inaugurée le 28 mai et présentée au public le 30 mai, lors d'une après-midi portes ouvertes. Elle est opérationnelle depuis le 9 juin.

Le service des soins palliatifs a quitté le 3^e étage de l'aile Marchand pour intégrer ses nouveaux locaux au 3^e étage de la tour technique, spécialement construit pour l'accueillir. Parmi les améliorations, notons:

- une superficie accrue (de 428 à 502 m²)
- une meilleure utilisation de l'espace et ergonomie du travail (salle de garde centrale)
- des chambres plus spacieuses (avec cabinet de toilette et douche chacune) et conçues pour un accueil familial (fauteuil lit pour l'accompagnant et espace bureau)

Nouveauté: le service dispose d'un espace de convivialité avec terrasse. Les patients et leurs proches, qui ont accès à un coin cuisine, peuvent ainsi se retrouver dans un cadre spacieux, confortable et accueillant, et prendre l'air sur la terrasse.



L'espace aéré et lumineux est essentiel au bien-être et à la sérénité des patients, remarque Claudio Abiuso, directeur de la clinique Notre-Dame Hermalle. Le projet se poursuivra par l'aménagement d'un jardin sur le toit de 360 m², au-delà de la partie hébergement.

Cette unité s'inscrit pleinement dans le nouveau modèle de soins palliatifs vers lequel on évolue en Belgique, avec une prise en charge du patient plus en amont et mieux adaptée à sa

situation, ajoute Vincent Baro, coordinateur du service de psychologie du CHC et président de la Plate-forme des soins palliatifs de la province de Liège.

La nouvelle unité de soins palliatifs représente un investissement de près de 2 millions€. Une extension (jusqu'à 6 ou 7 lits) sur la partie non bâtie du toit est envisageable à l'avenir, dans l'éventualité d'une hausse du nombre de lits palliatifs agréés en Belgique.

Parallèlement à la construction de la clinique du MontLé-gia, notre groupe continue d'investir massivement dans ses cliniques non liégeoises, souligne Alain Javaux, directeur général du CHC. Ces 10 dernières années, 21 millions€ ont été investis à Notre-Dame Hermalle. Ces investissements ont généré un net regain d'activité, preuve qu'ils ont été faits à bon escient.



Catherine Marissiaux / service communication

Cardiologie

Saint-Joseph renoue avec le B2

Le service de cardiologie de la clinique Saint-Joseph a renoué avec l'activité de cardiologie interventionnelle de type B2. Les procédures coronaires mini-invasives se font au sein d'un plateau interventionnel harmonisé de deux salles (dont une biplan) de dernière génération, soit un équipement identique à celui des meilleurs hôpitaux universitaires. Une seconde salle était nécessaire pour répondre aux critères de l'agrément (activité programmée et urgences). Ouvert en juin, ce nouvel équipement représente un investissement de 800 000 € et sera partagé avec la neurologie interventionnelle (traitement des AVC). L'équipe de cardiologie est plus motivée que jamais et dispose du meilleur outil pour se repositionner dans le paysage de la cardiologie liégeoise. Rencontre avec le Dr Philippe Marcelle, chef de service.



La cardiologie renoue avec l'activité interventionnelle dans de bonnes conditions ...

Effectivement, l'équipe est heureuse de reprendre cette activité à Saint-Joseph. La salle dédiée à la cardiologie au sein du bloc interventionnel nous permet de réaliser en un même geste l'exploration complète, le diagnostic et le traitement chez les patients souffrant d'angine de poitrine, d'infarctus STEMI ou N-STEMI. Les traitements se font par ballonnet ou par stent (nu-bar metal stent ou stent pharmacologique pour éviter la re-sténose). Nous prenons également en charge les arythmies sévères par étude électrophysiologique et ablations. Trois trajets de soins (patients chroniques, patients N-STEMI et patients STEMI) coexistent au sein d'une même filière où les mêmes médecins et infirmiers assurent ainsi une cohérence sur le plan thérapeutique. Nous avons aussi le projet d'organiser sur le site de Saint-Joseph un bip dédié à la douleur thoracique, partagé entre les cardiologues interventionnels. Cette organisation va augmenter encore la cohérence de la prise en charge (même équipe qui rencontre le patient avant de le traiter au besoin), mais elle nécessite une grande disponibilité des acteurs, notamment pour assurer les gardes.



L'équipe des cardiologues interventionnels: Drs Finianos, Evrard, Bellekens, Marcelle et Dubois (en médaillon)

A-t-il été facile de remettre en place une telle activité ?

Le retour du B2 à la clinique Saint-Joseph, c'est un combat de 15 années, suite au moratoire qui, à la fin des années 90, a réservé l'activité B2 (interventionnelle) aux hôpitaux qui disposaient du B3 (chirurgie cardiaque). Si notre nouvel agrément a été signé en 2014 (respectivement en juin au niveau fédéral et en octobre au niveau régional), il a fallu le temps nécessaire à l'établissement du cahier des charges dans le cadre d'un marché public ainsi qu'aux travaux de réalisation d'une seconde salle, puisque deux salles sont nécessaires selon l'agrément pour prendre en charge l'activité programmée et les urgences. Ce délai nous a été utile pour structurer les différentes équipes (gestion des lits, département infirmier, imagerie médicale, soins intensifs, unité 3C, urgences) autour du projet. Leur excellente collaboration a été précieuse pour monter le projet.

Qu'en est-il des cardiologues ? Ils ont gardé la main ?

L'expertise de l'équipe de cardiologie (5 cardiologues seniors) est intacte du fait que, depuis le moratoire, l'équipe est restée opérationnelle en travaillant au CHU. Je profite de l'occasion pour remercier les responsables du CHU et du CHC qui ont mis sur pied cet accord de collaboration et remercier également les confrères cardiologues du CHU qui nous ont accueillis dans leur service. Grâce à cet arrangement, l'équipe est restée opérationnelle et a continué de développer son expertise. Notre collaboration avec le CHU est d'ailleurs maintenue tant sur le plan interventionnel (B2) que chirurgical (B3) : l'équipe du CHC garde 2 demi-journées d'activité au CHU. Je voudrais aussi remercier le conseil d'administration et la direction générale du CHC qui nous ont autorisés à pratiquer le *saving life event*. Ce n'est arrivé qu'une dizaine de fois, alors que la vie du patient était vraiment en danger,

Pratiquement

Clinique Saint-Joseph Cardiologie interventionnelle

Garde organisée 24h/24 – 7j/7

5 médecins seniors

- Dr Michel Bellekens
- Dr Christophe Dubois
- Dr Philippe Evrard (électrophysiologie)
- Dr Lucien Finianos
- Dr Philippe Marcelle

3 trajets de soins

- patients chroniques : unité 3C
- patients STEMI : soins intensifs
- patients N-STEMI : unité coronaire, avec les porteurs de pacemakers et les patients souffrant de pathologies cardiaques intermédiaires

Secrétariat : 04.224.89.53



Une nouvelle chambre du CD7



Eddy Lambert / service communication

Clinique Sainte-Elisabeth

Le bloc opératoire et les unités CD5-CD7 ont été inaugurés

Après les soins intensifs et les urgences en mars dernier, la clinique Sainte-Elisabeth a inauguré trois nouveaux services le 5 juin: le bloc opératoire, entièrement rénové, et deux nouvelles unités médico-chirurgicales CD5-CD7, situées dans la nouvelle aile. Cette double inauguration est la continuation du projet d'extension/rénovation de Sainte-Elisabeth démarré en 2008. Projet qui, pour rappel, comprend le déploiement en cours de la nouvelle aile et le reconditionnement à venir de l'ancien bâtiment. L'investissement global dépasse les 40 millions€.

Sainte-Elisabeth dispose désormais d'un bloc opératoire flambant neuf. L'activité a été maintenue tout au long de la rénovation commencée en août 2014. Une prouesse pour tous les services concernés. Coût global: 5,7 millions€. Le bloc, toujours doté de cinq salles d'opération, a réorganisé son fonctionnement et les flux sur base du concept de la «marche en avant». Parmi les améliorations: la position centrale de la salle de réveil, les nouveaux équipements ou encore les nouveaux rangements selon la méthode Kanban. Une visite virtuelle à 360 degrés est disponible sur le site web du CHC.

Deux nouvelles unités de 35 lits

L'ouverture des unités CD5-CD7 (unités mixtes de lits de chirurgie et de médecine) constitue une nouvelle étape du déploiement de la nouvelle aile. Elles offrent toutes deux une capacité maximale de 35 lits: 15 chambres à 1 lit (dont deux chambres d'isolement), 3 chambres à 2 lits face à face et 7 chambres doubles (1 ou 2 lits en fonction du turn-over et des demandes des patients).

Les chambres se situent à la périphérie de l'unité, côté fenêtres. Chacune dispose de sanitaires: 2 lavabos, 2 douches et 2 WC dans les chambres à 2 lits; 2 lavabos, 1 douche, 1 WC dans les chambres doubles.

Au centre de l'unité se trouve la zone de soins, avec desk des infirmier(ère)s, réserve de matériel, salle de bains médicalisée, buanderie, pharmacie, tisanderie, cuisine, bureaux, ... Les stocks sont également gérés selon la méthode Kanban.

Au moment de boucler ce numéro de *Blueprint*, il était prévu que le CD7 ouvre le 17 juin (après la fermeture de l'unité Hospi A dans l'ancien bâtiment) et le CD5 en août (en remplacement de l'Hospi B).

Les équipes ont été réorganisées (sur base volontaire) et redimensionnées en fonction de la capacité de départ. Comme les deux unités prendront en charge tout type de pathologie, les infirmier(e)s chefs et leurs collaborateurs ont rafraîchi leurs connaissances par le biais de rencontres avec des médecins et d'échanges de protocoles de soins.

Ultime précision, importante: les prix des chambres restent inchangés.

mais le CHC avait décidé d'en assurer la couverture juridique, administrative et budgétaire, soit une double perte financière (honoraires et matériel de l'intervention). Le conseil d'administration et la direction générale ont eu une vision à long terme et un engagement extraordinaire dans ce dossier. C'est ce qui a permis de garder l'équipe et son expertise et de redémarrer le B2 plus rapidement dès la fin du moratoire.

Avez-vous le recrutement suffisant ?

L'agrément suppose 300 cas minimum par an, or nous estimons que jusque l'an dernier, environ 450 cas étaient transférés du CHC vers le CHU et le CHR. Dans l'immédiat, nous prenons en charge les patients arrivés à Saint-Joseph, mais également les cas venant de l'Espérance ou Notre-Dame Waremme. Le transport médical intrahospitalier pourrait encore se développer pour que nous puissions accueillir les patients de Notre-Dame Hermalle.

Un mot sur le tout nouvel équipement ?

La première salle interventionnelle Philips dont nous disposons a été upgradée deux fois (l'an dernier et cette année) afin de coller aux évolutions technologiques qui sont très rapides dans ce domaine. Nous avons aussi installé une seconde salle (Philips également, estimée à 800 000€) courant mai, donc nous disposons maintenant de deux salles (dont une biplan), comme les meilleurs services universitaires. Cet équipement amène à la fois une diminution du temps d'examen (2 plans vertical et horizontal simultanés) et une réduction des doses d'irradiation et de produit de contraste. Le CHC bénéficie d'un équipement de pointe. L'exploration du patient peut se faire dans les meilleures conditions, au besoin en différentes étapes: ECG, test d'effort, scintigraphie cardiaque, RMN et coroscanner 320 barrettes Toshiba qui permet une coronarographie virtuelle. On est donc certain que les patients transférés en salle d'intervention correspondent aux critères pour être pris en charge: en cela, nous respectons les règles édictées par la Société européenne de cardiologie. Soulignons encore que l'abord pluridisciplinaire s'est tellement intensifié entre imagerie interventionnelle, chirurgie vasculaire et cardiologie que nous avons des discussions multidisciplinaires tous les 15 jours.



Eddy Lambert et Catherine Marissiaux / service communication

Le CHC vu par les généralistes

Une enquête pleine d'enseignements

Des cliniques de qualité, alliant compétence et proximité, c'est ainsi que les médecins généralistes appréhendent le CHC, selon l'étude réalisée à l'automne 2014. Mais ils soulignent aussi quelques points à améliorer.

Menée en septembre-octobre 2014, dans le cadre d'un benchmark entre 6 groupes hospitaliers⁽¹⁾, cette enquête a été réalisée en collaboration avec BSM management. En province de Liège, un questionnaire a été adressé par voie postale à 840 médecins généralistes, qui ont été interrogés uniquement sur les sites avec lesquels ils travaillent. Le taux de réponse a été de 17 %. Pour le Dr Samy Aouachria, adjoint à la direction médicale, qui coordonnait l'enquête au sein du CHC, l'objectif de la démarche était triple : connaître l'image du CHC et de ses différents sites auprès des médecins généralistes, établir un diagnostic sur une série de critères opérationnels dans la relation de l'hôpital avec les médecins de famille et identifier les attentes non rencontrées actuellement.

Impossible de développer ici l'ensemble des résultats, qui confirment ceux de la première enquête en 2009. D'une manière générale, les cliniques du CHC sont appréciées pour leur qualité, leur compétence et leur proximité. L'image de la clinique Saint-Joseph est celle d'un hôpital sérieux, proche d'un hôpital universitaire. Les cliniques de Waremmes et Hermalle constituent des cliniques de proximité de valeur. Si les généralistes estiment que la collaboration est globalement bonne avec le CHC, ils voient l'hôpital plus comme une série de services avec lesquels ils collaborent que comme une globalité.

Selon les généralistes, les indicateurs prioritaires sont l'accessibilité téléphonique, l'efficacité de secrétariat, la communication et la collaboration avec l'hôpital, la transmission d'informations et l'obtention de rendez-vous en urgence. Selon le Dr Aouachria, il faut que le CHC améliore la communication entre médecins hospitaliers et confrères généralistes, notamment en facilitant l'accès direct aux médecins hospitaliers et en envoyant plus vite les rapports de sortie des patients.

Le facteur humain et le dialogue avec l'hôpital sont très importants aux yeux des généralistes. C'est ce qui explique le très bon score des cliniques Notre-Dame Waremmes, Notre-Dame Hermalle et Saint-Joseph, classées respectivement 1^{ère}, 3^e et 4^e sur 11 en terme de satisfaction globale. Pour la province de Liège, le *Blueprint* arrive en 2^e position de lecture, après *Citadoc* et avant *CHUchotis* : près d'un médecin sur deux le lit souvent ou toujours.

Une autre enquête plus ciblée (auprès de 30 généralistes), menée en collaboration avec HEC au même moment, corrobore l'importance du facteur humain, soulignant que les médecins généralistes font confiance aux médecins hospitaliers avec lesquels ils ont déjà travaillé. Pour les généralistes, les rencontres, colloques, congrès, inaugurations sont autant d'occasions de rencontrer les confrères hospitaliers et d'apprendre à les connaître. Pour Samy Aouachria, l'amélioration des liens entre le CHC et les médecins de famille constitue un enjeu pour la qualité de la prise en charge des patients. C'est de cette enquête qu'est née l'idée de structurer et développer une relation personnalisée avec les médecins de première ligne : les généralistes sont demandeurs d'un interlocuteur privilégié pour mieux répondre à leurs attentes. Leur demande a été entendue puisque le Dr Quentin Dulière a rejoint l'équipe de la direction médicale en avril et y est chargé prioritairement des relations avec les médecins généralistes (voir page ci-contre).

⁽¹⁾ CHU Dinant Godinne UCL Namur, CHR de la Citadelle, Grand hôpital de Charleroi, Centre hospitalier Wallonie-Picarde, CHR de la Haute Senne et CHC. Au sein du CHC, la clinique Saint-Vincent n'a pas été incluse dans le panel : les généralistes ne lui réfèrent que peu de patients en raison de son activité spécifique (beaucoup de gynécologie et de psychiatrie, pas d'urgence).

agenda

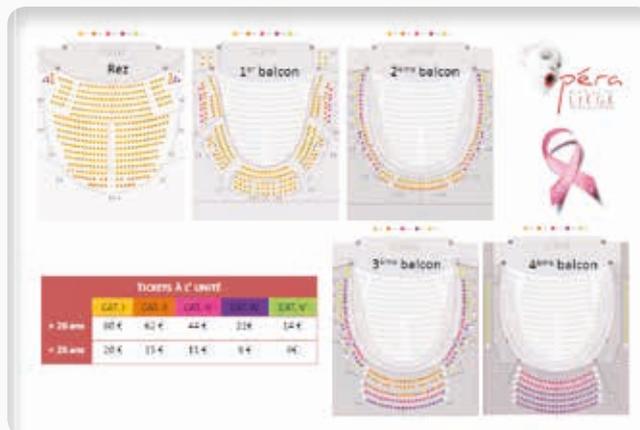
L'Opéra au profit de l'Espace+

Avis aux amateurs d'opéra ! Une représentation exceptionnelle du *Barbier de Séville*, de Rossini, aura lieu à l'Opéra royal de Wallonie le **vendredi 16 octobre à 18h**.

Les places sont vendues au profit de l'Espace+, espace dédié au bien-être des patients oncologiques. De la catégorie 1 à la catégorie 5, leur prix varie de 80€ à 14€ (de 20€ à 4€ pour les moins de 26 ans).

La réservation est obligatoire et sera validée par le paiement préalable.

Informations : audrey.stultiens@chc.be ou (04.224)89.92





Catherine Marissiaux / service communication

Dr Quentin Dulière Relais entre l'hôpital et les généralistes



Il ne faut jamais hésiter à pousser la porte de mon bureau

Mi-avril, le Dr Quentin Dulière a rejoint l'équipe de la direction médicale au sein de laquelle il est chargé prioritairement des relations avec les généralistes. Son engagement répond aux attentes exprimées par les médecins de famille lors de l'enquête réalisée à l'automne 2014 (voir page ci-contre). Le parcours professionnel du Dr Dulière l'a conduit à connaître aussi bien la médecine générale que le monde hospitalier.

Quel est votre parcours professionnel ?

J'ai étudié la médecine aux Facultés ND de la Paix à Namur puis à l'UCL. On m'a encouragé à faire une spécialisation et j'avoue que j'ai un peu hésité, mais j'avais commencé mes études en souhaitant être médecin de famille et j'ai gardé mon cap. J'ai été médecin généraliste dans la région de Malonne et j'en ai été heureux pendant 12 ans, avant d'être rattrapé par l'envie de changer d'air. Plusieurs éléments m'ont amené à me repositionner : l'envie de travailler en équipe à une époque où mes confrères de la région n'y étaient pas prêts, le sentiment de solitude face à une charge de travail et une demande de disponibilité croissantes, le besoin de rééquilibrer ma vie professionnelle et ma vie familiale. Toujours est-il que lorsque j'ai appris que la FIH recherchait un conseiller médical, j'ai postulé sans réfléchir... et j'ai été engagé. J'y ai travaillé pendant un an et demi, période pendant laquelle j'ai aussi fait un DES en gestion hospitalière. J'ai ensuite été débauché par un de mes anciens maîtres de stage, qui m'a proposé d'assurer la direction médicale de l'hôpital de Malmedy (151 lits). J'y ai assumé la fonction pendant 8 ans. En même temps, j'ai obtenu un certificat interuniversitaire de gestion et management stratégique des institutions de soins.

Comment êtes-vous arrivé au CHC ?

Vu la taille de l'hôpital de Malmedy, la fonction de direction médicale y est un peu solitaire et après 8 ans, je restais un peu sur ma faim par rapport au travail en équipe. A 45 ans, c'était aussi un bon moment pour bouger. J'avais parlé de mes hésitations aux Drs Olivier et Bertrand, c'est pour cela qu'ils m'ont proposé de rejoindre l'équipe de la direction médicale du CHC et de prendre en charge les relations avec les médecins généralistes. Un univers que je connais bien et pour lequel j'étais fort impliqué dans un projet similaire à Malmedy.

Comment envisagez-vous cette mission ?

J'ai la conviction que pour augmenter la qualité des soins, il faut intensifier la collaboration avec la première ligne : le généraliste connaît son patient de manière globale. Il dispose d'une mine d'informations et surtout, il assure l'après-hospitalisation. Il faut donc décloisonner la médecine intra- et

extrahospitalière par une prise en charge globale du patient. Médecins hospitaliers et médecins de famille doivent jouer la complémentarité. D'autant que nous devons composer avec l'environnement actuel de la santé en Belgique (coupes budgétaires, lits justifiés, concurrence entre hôpitaux, ...). Pour se différencier, il faut avoir une vue globale du service : non seulement bien soigner, mais aussi satisfaire le patient, en tenant compte d'éléments comme le temps d'attente, le parking, le relationnel, l'intendance, ... qui sont aussi importants.

Pratiquement, comment allez-vous démarrer ?

Je voudrais d'abord remercier les médecins généralistes qui ont répondu à l'enquête réalisée durant l'automne 2014 (voir page ci-contre). Les éléments qu'ils ont soulignés ont été entendus. Mon souhait consiste maintenant à rencontrer ces confrères, soit en face à face, soit via les groupements professionnels, pour prioriser avec eux les points d'amélioration possibles. Je souhaite aussi discuter avec eux de solutions à valider en commun.

Personnellement, comment vous présenteriez-vous ?

J'ai 45 ans, je suis marié et père de trois grands adolescents. Je pratique le tennis et le VTT, je suis passionné aussi de photographie. Je suis quelqu'un qui apprécie énormément les échanges, les rencontres. Il ne faut jamais hésiter à me solliciter ou à pousser la porte de mon bureau... Je me sens enthousiaste face à ce nouveau défi qui se présente à moi.

Contact

04.224.80.37

quentin.duliere@chc.be

Son bureau est situé au 5^e étage de la clinique Saint-Joseph



Dr Philippe Olivier / président RSW

Réseau Santé Wallon

Bilan de la quinzaine liégeoise

Du 16 au 27 mars 2015 était organisée, pour l'ensemble des hôpitaux liégeois⁽¹⁾, la quinzaine du Réseau Santé Wallon (RSW), première grande initiative pour faire connaître cet outil au grand public.

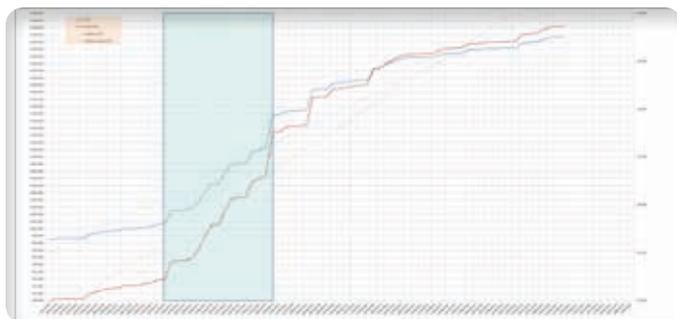
A la manœuvre, l'ALTEM (association liégeoise de télématique médicale), relais liégeois du RSW, dont le but était d'accélérer l'inscription volontaire des patients en déployant des stands dans chaque hôpital, stands desservis par des hôtesse formées spécifiquement pour pouvoir interagir avec le public.

Dans le même temps, les hôpitaux étaient invités à communiquer vers les médecins hospitaliers pour leur montrer concrètement les avantages que peut représenter la consultation, via Omnipro (dossier électronique du CHC), du RSW pour un patient donné: tous les protocoles, courriers, résultats sont en effet disponibles avec un résumé actualisé en permanence du dossier du médecin traitant.

En 10 jours, cette campagne, bien relayée par la télévision locale, la presse écrite et les radios, a permis d'engranger plus de 5000 inscriptions supplémentaires. Effets de bord: le RSW a été invité au Salon Papillon aux halles des foires de Coronmeuse et un stand a été installé à l'occasion du bal annuel de médecine, à la demande des étudiants.

Plus on inscrit de patients, plus on publie de documents: l'impact de la quinzaine sur le niveau de publication du CHC est illustré par le graphique ci-dessous: 7 fois plus de documents publiés pendant l'action RSW. Sur les mois de mars et d'avril, le CHC a publié quotidiennement près de 5 protocoles, résultats, courriers,... par lit hospitalier, ce qui le place en tête de peloton! Bientôt 10% des wallons seront inscrits, pour lesquels 10 millions de documents sont disponibles, via le RSW dans Omnipro et de manière sécurisée.

Une action commune avec toutes les mutuelles francophones est en cours de préparation afin d'augmenter encore ces chiffres et assurer ainsi, tous ensemble, une meilleure prise en charge des patients, car quand l'information circule, il y a plus de sécurité et de qualité.



⁽¹⁾ 17 sites hospitaliers soit les 6 sites du CHC, les 4 du CHU, les 3 du CHR, les 2 du CHBAH, le CHRH et la clinique André Renard.



Marianne Lebrun / service communication

A la rencontre des nouveaux médecins: deuxième volet

A l'initiative de la direction médicale, la journée du 5 décembre 2014 avait été consacrée aux nouveaux médecins du CHC, agréés en 2013 et 2014, soit 42 médecins et dentistes. Cette rencontre fut un succès, partiel peut-être pour ce qui était du nombre de participants (mais 50% tout de même), mais total en ce qui concernait l'appréciation du contenu et du «contenant».

Au terme de cette première rencontre, la direction médicale avait annoncé son intention de proposer une seconde journée durant le deuxième trimestre 2015, davantage orientée vers les besoins personnels d'information et de développement. Elle a eu lieu le 22 mai à l'hôtel Crowne Plaza à Liège.

Au travers de 3 exposés (*Le médecin indépendant, l'enfer ou le paradis?*; *Le burn out chez les médecins: mythe ou réalité?*; *La communication: l'enjeu dans l'épanouissement personnel et professionnel*), dont le dernier était agrémenté de mises en situation par une équipe de comédiens, l'objectif de la journée était d'attiser la curiosité des participants vis-à-vis de ce qui peut contribuer, à court, moyen et long termes, à leur épanouissement personnel et professionnel.

Cette fois encore, le succès était au rendez-vous.

nouvelles agrégations

A152 (Les Cliniques Saint-Joseph)

- Dr Estelle Deseyn, gynécologie
- Dr Thaïs Ribera-Jorba, pneumologie
- Dr Caroline Van Durme, rhumatologie

A158 (CHVE – Centre hospitalier Saint-Vincent – Sainte-Elisabeth)

- Dr Estelle Deseyn, gynécologie
- Dr Marek Klinkenberg, chirurgie de la main
- Dr Marli Lessa De Sousa, cardiologie



Dr Sylvie Van Snick / neurologie

Clinique de l'Espérance

La clinique de la mémoire fête ses 10 ans !

Tout a commencé il y a donc 10 ans par une motivation sans faille de ses deux fondateurs : le Dr Philippe Desfontaines, neurologue et Anne Quittre, neuropsychologue. Outre la mise au point diagnostique, la clinique de la mémoire a été créée afin d'apporter, aux patients souffrant d'une maladie d'Alzheimer à un stade débutant, la possibilité de bénéficier d'une revalidation cognitive. A l'époque peu répandue sur Liège en dehors de l'équipe du Pr Salmon, le CHC a fait le choix audacieux d'investir dans cette prise en charge novatrice qui place le patient au centre des préoccupations de toute une équipe.

La première étape de la revalidation cognitive est l'identification des situations problématiques qui entravent l'autonomie du patient à l'occasion d'une séance d'information. Sur base des capacités cognitives préservées établies lors du bilan neuropsychologique, des techniques spécifiques et adaptées à chaque patient sont mises en place. En fonction des plaintes, le patient se voit proposer une prise en charge personnalisée. Sur le versant neuropsychologique, nous travaillons les réflexes d'utilisation d'aide mémoire, de consultation d'outils (horloge spécifique, smartphone, tablette, ...), mais aussi différentes stratégies cognitives qui visent à diminuer l'impact des oublis sur la vie quotidienne. L'approche de notre ergothérapeute est complémentaire et visera l'automatisation des tâches devenues

Au premier rang, de gauche à droite : Carine Meunier, Stéphanie Dethier, Marie Lecloux et Anne Quittre.
Au deuxième rang, de gauche à droite : Dr Philippe Desfontaines, Catherine Guillet, Dr Sylvie Van Snick, Emilie Veys et Héléne Turine



laborieuses (utilisation d'un GSM, d'un GPS, d'un four micro-ondes, d'une chaîne hi-fi, ...) en essayant de rester la plus écologique possible (transfert des acquis au domicile des patients si nécessaire).

En outre, parce que la qualité de vie et l'estime de soi passent aussi par le loisir, l'équipe relance ou stimule la reprise d'activités épanouissantes adaptées aux difficultés de chacun (peinture, mosaïque, photos, ...).

Grâce au Fonds sponsoring du CHC, la clinique de la mémoire peut ainsi prendre en charge plus de 20 personnes par an pour une durée moyenne de 3 mois.

Au fil des années, l'aide proposée s'est petit à petit étoffée. Le patient et son entourage peuvent ainsi faire appel à l'aide d'une assistante sociale (transport, démarches administratives, aide logistique, ...). L'entourage, essentiel au succès d'une prise en charge et à l'épanouissement du patient, peut, s'il le souhaite, faire l'objet d'un soutien spécifique.

Progressivement, l'équipe a mis son expérience au service de patients souffrant d'autres affections neurologiques responsables de troubles cognitifs telles que la sclérose en plaques, les traumatismes crâniens, les accidents vasculaires cérébraux, ...

Les projets et défis ne manquent pas pour les dix ans à venir ! L'équipe aimerait apporter son aide aux patients souffrant de la maladie de Parkinson et utiliser son expérience pour développer des activités de loisir adaptées à ses patients (ateliers créatifs).

Enfin, pour fêter les dix ans de la clinique de la mémoire, nous vous convions d'ores et déjà à notre soirée-symposium sur le thème : *Maladie d'Alzheimer : quelles avancées diagnostiques, thérapeutiques et prises en charge en 2015?* qui se tiendra le 30 septembre 2015 (plus d'informations seront prochainement disponibles sur notre site www.chc.be).

La clinique de la mémoire en quelques chiffres :

- 3 neurologues
- 4 neuropsychologues
- 1 ergothérapeute
- 3 logopèdes
- 1 assistante sociale
- 1 secrétaire



Marianne Lebrun / service communication

Agrément 152 - Renouvellement du Conseil médical

C'est le mercredi 20 mai 2015 qu'ont eu lieu les élections pour le renouvellement du Conseil médical de l'agrément 152 « Les Cliniques Saint-Joseph ». En voici les résultats.

Les **17 membres effectifs** sont, par ordre décroissant du nombre de voix remportées :

1. Dr Philippe Devos, anesthésiologie-réanimation
2. Dr Arnaud Colard, gastroentérologie
3. Dr Constant Jehaes, chirurgie abdominale
4. Dr Pascal Leclercq, anesthésiologie-réanimation
5. Dr Michele Braccio, anesthésiologie-réanimation
6. Dr Olivier Lhoest, anesthésiologie-réanimation
7. Dr Olivier Plomteux, gastroentérologie
8. Dr Pierre Reginster, imagerie médicale

9. Dr Philippe Biquet, urologie
10. Dr Bénédicte Daenen, imagerie médicale
11. Dr Michèle Yerna, urgences
12. Dr Denis Brisbois, imagerie médicale
13. Dr Pierre Philippet, pédiatrie
14. Dr André Mulder, pédiatrie
15. Dr Philippe Marcelle, cardiologie
16. Dr Pierre Leroy, chirurgie orthopédique
17. Dr David Francart, chirurgie abdominale

Les **5 membres suppléants** sont, par ordre décroissant du nombre de voix remportées :

1. Dr Anne Dawance, chirurgie vasculaire et thoracique
2. Dr Frédéric Fiévet, pneumologie

3. Dr Danaï Karsera, cardiologie
4. Dr Roland Gilles, chirurgie maxillo-faciale
5. Dr Geoffrey Brands, médecine de l'appareil locomoteur

Les votes pour la composition du **Bureau** du Conseil médical ont eu lieu lors du 1^{er} « nouveau » Conseil médical le mardi 2 juin. Le Dr Constant Jehaes reste président, le Dr Philippe Devos est vice-président, le Dr Bénédicte Daenen est la nouvelle secrétaire et le Dr Arnaud Colard devient trésorier.



Embolisation des artères utérines pour fibromes utérins symptomatiques

Enquête auprès des patientes ayant bénéficié de ce traitement à la clinique Saint-Joseph depuis 2005

Les fibromes utérins sont des lésions bénignes très fréquentes. Elles peuvent être symptomatiques (hémorragies, douleurs pelviennes, ...) dans près d'un tiers des cas. Dans certains cas, les traitements hormonaux ne peuvent en venir à bout.

Le traitement par embolisation des fibromes utérins symptomatiques, implémenté dans l'unité de radiologie interventionnelle du CHC depuis plus de dix ans, s'est imposé dans notre expérience et dans la littérature mondiale comme une alternative peu invasive à la chirurgie radicale (hystérectomie) – en particulier pour les fibromes inaccessibles de manière sécurisée, à la résection ciblée (myomectomie), avec peu d'inconfort, très peu de complications et d'excellents résultats sur la symptomatologie, même à long terme, tout en conservant l'utérus.

Une enquête rétrospective visant à évaluer la qualité de vie et la satisfaction des patientes vis-à-vis de ce traitement a été réalisée entre le 5 et le 30 avril 2015. Un questionnaire auto-administré a été adressé par courrier aux 108 patientes ayant bénéficié d'une embolisation des fibromes utérins (EFU) entre les mois de mai 2005 et mars 2015. Nous avons obtenu un taux de réponse de 45,3%.

Il n'y avait pas de différence significative entre les patientes non-répondantes et les patientes ayant répondu au questionnaire selon la catégorie d'âge et la date du traitement (voir tableau ci-dessous).

Caractéristiques des répondantes

Caractéristiques	Répondantes (n= 49)	Population des patientes traitées depuis 2005 (n=108)	p-value
Catégorie d'âge			
< 30 ans	0 (0%)	2 (1,8%)	
30-45 ans	17 (34,7%)	38 (35,2%)	0,95
> 45 ans	32 (65,3%)	67 (62,9%)	0,74
Date du traitement			
• Moins de 6 mois	3 (6,1%)	3 (2,8%)	
• 6 mois à 2 ans	12 (24,5%)	23 (21,3%)	0,65
• Plus de 2 ans	34 (69,4%)	82 (75,9%)	0,38

Dans notre étude, l'indication de l'embolisation était les pertes de sang dans 57% des cas. Il faut savoir que c'est classiquement le symptôme le plus fréquemment amélioré par le traitement.

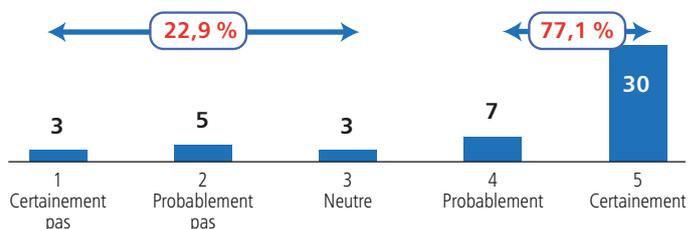
Par ailleurs, 28 patientes, soit 58,3%, jugent l'intensité de la douleur ressentie pendant le séjour à l'hôpital modérée, légère ou insignifiante, alors que dans les semaines qui ont suivi l'EFU, 85% des patientes ont estimé que cette intensité était modérée, légère ou insignifiante. 2 patientes se plaignaient d'une douleur insupportable lors de l'hospitalisation.

Toujours selon notre étude, 2 patientes sur trois (65%) estiment avoir été améliorées par le traitement. 26,5% des patientes ont quand même été hystérectomisées après l'embolisation des fibromes utérins pour persistance ou réapparition des symptômes. Ce pourcentage est très proche de celui des grandes études telles que EMMI¹ et REST².

Aussi, nous constatons que 19% des patientes de moins de 45 ans ayant bénéficié d'une EFU à la clinique Saint-Joseph ont pu donner naissance à un enfant sans complication.

La prise en charge médicale lors de l'EFU a été jugée assez satisfaisante ou très satisfaisante par 67% des patientes et plus de 3 patientes sur quatre (77%) recommanderaient certainement ou probablement l'EFU à leurs amies ou leurs parentes.

Recommandation de l'EFU par la patiente aux parentes et amies



Cette enquête montre bien que l'amélioration de la qualité de vie est considérable et est ressentie comme nettement améliorée par les patientes de l'étude. Leur satisfaction est très encourageante. Cependant, la gestion de l'analgésie pendant le séjour hospitalier reste un point à travailler. Pour ce qui est de la fertilité post-EFU, elle ne semble pas gravement compromise dans cette étude. Le choix thérapeutique conservateur existe, il doit être clairement présenté aux patientes souffrant de fibromes utérins symptomatiques.

Nous remercions les Drs Paul Magotteaux, Jean-François Goyers et Olivier Cornet pour leur collaboration dans le développement de cette technique de traitement à la clinique Saint-Joseph.

Références

¹ W. J. K. Hehenkamp, N. A. Volkers, P. F. J. Donderwinkel et al., Uterine artery embolization versus hysterectomy in the treatment of symptomatic uterine fibroids (EMMY trial): peri- and postprocedural results from a randomized controlled trial, American Journal of Obstetrics and Gynecology, vol. 193, no. 5, pp. 1618–1629, 2005.

² REST Investigators. Uterine artery embolization versus surgery for symptomatic uterine fibroids. NEJM 2007;356: 360-370.