

Un an et demi de direction médicale : un bilan extrêmement positif

► M. P. Bonnet, Directeur médical



Avec un bagage de 30 ans de chirurgie vasculaire dans différents hôpitaux de la région et dans le nord de la France, le Dr Philippe Bonnet a repris la direction médicale le 1^{er} janvier 2019. Sa solide expérience médicale et sa connaissance de l'intérieur des institutions de la région sont des atouts de taille dans cette fonction qui se complexifie de plus en plus.

« Un des éléments qui m'a frappé en arrivant ici, c'est la gentillesse des gens. Tout le monde se dit bonjour, et ce, quel que soit le statut de la personne. Ce que j'ai ressenti, c'est un réel esprit d'entreprise », pose d'emblée le Dr Bonnet.

« Aujourd'hui, la fonction de directeur médical est devenue tellement complexe et étendue (constitution des réseaux, soins à basse variabilité, modifications législatives, gestion des plaintes...) que c'est devenu un métier à part entière », estime Philippe Bonnet. « J'ai donc décidé, début de l'année dernière, d'abandonner mon bistouri. C'est un choix. Ce n'est pas simple, car j'aimais beaucoup mon métier. Mais j'ai réorienté ma carrière à 60 ans, ce qui me donne l'opportunité d'accomplir un mandat puisque celui-ci s'étale sur cinq ans. J'ai juste conservé un après-midi de consultation en cabinet privé, en accord avec l'hôpital, ce qui me permet de garder néanmoins un contact avec des patients. »

Un vrai binôme !

Et une aubaine pour l'institution – encore plus les derniers mois avec la crise du Covid - : une mise en synergie des compétences entre le DG et le DM : « Je ne regrette aucunement mon choix d'avoir postulé dans cet hôpital. Grégoire Lefebvre est un directeur général qui a une approche collaborative. De suite, nous avons constitué un vrai binôme et c'est en duo que nous travaillons sur un grand nombre de dossiers. Nous faisons face ensemble aux difficultés. Lui n'est pas médecin, mais est plongé depuis de nombreuses années dans le monde médical. Et pour ma part, j'ai fait une année de gestion hospitalière

et tous les dossiers stratégiques du moment comme les réseaux, l'accréditation Canada, la gestion de crise ou encore les soins à basse variabilité me passionnent. Par ailleurs, avoir fait partie du Conseil de l'Ordre des médecins est aussi une expérience qui m'est fort utile aujourd'hui », relate Philippe Bonnet.

Au terme de cette première année dans cette nouvelle fonction qu'il découvrait, l'ancien chirurgien tire un bilan extrêmement positif. « J'ai le sentiment de mettre réellement mon expérience de médecin hospitalier au profit de l'organisation de l'hôpital, notamment pour la mise en réseau. En effet, le hasard fait que j'ai travaillé dans tous les hôpitaux de notre réseau. Je les connais donc de l'intérieur ».

Maintenant, cette mise en réseau est précisément une des difficultés de la fonction. « Il faut revoir sa propre organisation et pouvoir extraire les aspects positifs de ce changement. Nous avons maintenant un pet-scan. Il est à Tournai, mais pour nos patients, nous avons un pet-scan. Ce n'est qu'un exemple parmi d'autres. Tout l'enjeu n'est pas d'additionner des hôpitaux, mais bien de créer du neuf ».

Ce n'est pas tout : son expertise en tant que chirurgien a facilité la création d'une cellule préopératoire, la réorganisation du département de chirurgie ou encore l'engagement de nouveaux médecins. Le Docteur Philippe Bonnet conclura par : « les excellents rapports avec l'ensemble du corps médical favorisent le développement et l'implémentation de projets. »



Accréditation : « Nous pouvons être fiers de notre deuxième médaille d'or ! »

En 2016, le Centre Hospitalier de Mouscron était le premier hôpital à décrocher l'accréditation ACI Niveau Or. Trois ans plus tard, au terme de la visite d'accréditation qui a eu lieu du 18 au 22 novembre 2019, l'hôpital a décroché une nouvelle fois l'Or.



Nous le savons, la qualité réclame énormément d'exigences et la participation de tous. « Ceci est ma première expérience d'accréditation en tant que médecin et directeur médical. Je m'aperçois que c'est réellement un projet fédérateur parce qu'elle fait travailler au jour le jour toutes les équipes à tous niveaux. Cela donne aussi une mission et une perspective bien précises », affirme le Dr Bonnet.

Deux cultures différentes

Le Dr Bonnet a apprécié se soumettre à cet exercice, qui était selon lui « très intéressant, hormis sur quelques points où cela va trop loin, car la culture canadienne est très différente de la nôtre ».

« Il faut savoir que les Canadiens ont au moins une dizaine d'années d'avance sur nous, notamment avec l'implication des patients dans le management hospitalier. Prenons l'exemple des Patients Partenaires. Nous avons un Comité de Patients Partenaires, et nous n'avons par exemple pas de représentant des patients dans notre CA, ce qui est cependant la norme au Canada », explique Philippe Bonnet. « Dès lors, lorsque nous sommes jugés sur des critères 'canadiens', il y a parfois un hiatus ».

Des critères incontournables

Dans le système d'accréditation, il faut satisfaire à une série de critères. « Si certains ne sont pas remplis, d'office, vous ne pouvez pas être accrédité – ou ici obtenir l'étape suivante de l'accréditation (à savoir le Platine à la place de l'Or). Les

Points à améliorer

Parmi les points à améliorer :

- **L'hygiène des mains** « Au CHMouscron, l'hygiène des mains fait partie de nos premières préoccupations mais l'effort doit encore être poursuivi au sein de certains services.
- **L'échelle des escarres** : « Nous suivons l'échelle de prévention des escarres dans tous les services, excepté dans le service de Revalidation qui a décidé de suivre une autre échelle, plus adaptée à leurs spécificités. Sur dix ans, ils ont 0 % d'escarre ! Pour les Canadiens, il existe un manque de cohérence entre tous les services concernant cette prévention ».

Stop ou encore ? Encore !

Dans le nord du pays, nous le savons, beaucoup d'hôpitaux ayant commencé plus tôt ont déjà été accrédités deux, voire trois fois. Certains ont décidé d'arrêter le processus. La question pourrait se poser également à Mouscron.

Mais pour le Dr Bonnet, pas question d'arrêter ! « Ici, nous continuons, car nous sommes persuadés que c'est vraiment un bel outil d'amélioration et de sécurité pour le patient. Et je pense que tous les collaborateurs en sont persuadés ! Et plus encore, nous continuons à viser plus haut : Platine ou Diamant, car nous voulons toujours mieux pour nos patients ».

Rendez-vous maintenant en novembre 2022 !

résultats sont purement mathématiques. C'est parfois difficile à « accepter », mais c'est ainsi », se confie le directeur médical.

Une médaille d'or sertie de diamants

Lors de la remise des résultats, certains membres du personnel manifestaient une certaine déception. « certains critères n'ayant pas été remplis, nous ne pouvions pas accéder au Platine ou au Diamant », commente le Dr Bonnet.

« Néanmoins, nous sommes passés de l'Or au Diamant pour certains points », s'empresse d'ajouter le directeur médical.



Le patient partenaire au CHMouscron

Si la culture de l'implication du patient est plus poussée au Canada, le CHMouscron n'a pas attendu l'ACI pour impliquer les patients, comme en témoigne Laurence Deceuninck, coordinatrice du Comité Patient Partenaire.

Le comité patient partenaire (CPP) est né début 2015, avec un recrutement de patients sur base soignant/soigné. Chaque soignant qui faisait partie du comité amenait un soigné. Ensuite le système a changé et le recrutement s'est effectué à l'aide d'un triptyque et des entretiens de candidature. Ceux-ci permettent de s'assurer qu'il y a une adéquation entre les raisons de l'engagement du PP et les attentes liées à la mise en place d'un CPP. L'implication d'un patient partenaire ne doit pas s'envisager pour résoudre un problème personnel mais plutôt s'entreprendre pour répondre à une démarche d'améliorations collectives.

Aujourd'hui, le comité de patients du CHMouscron compte 9 patients et se réunit 4 fois par an. Le groupe est divisé en sous-groupes chargés de projets bien spécifiques comme le site internet, le CHM Mag, le recrutement de patients partenaires... L'idée étant de voir l'impact du patient partenaire dans la concrétisation de projets spécifiques.

Découper l'implication des patients

La volonté est de « découper » l'implication des patients, c'est-à-dire avoir un comité institutionnel de patients partenaires, mais aussi des patients consultants pour des projets plus ponctuels et des patients « coachs » pour des projets sur le plus long terme dans l'idée d'accompagner d'autres patients dans la prise en charge de leur pathologie.

Ces patients consultants et ces patients « coachs » sont l'un des nombreux projets pour 2021. Il ne fait aucun doute que les Canadiens seront séduits par ces améliorations et ces évolutions lors de la prochaine visite en 2022.



« Dans beaucoup de services, nous avons rempli les critères à 90 %. Parmi les critères d'évaluation, nous observons les POR (Pratiques Organisationnelles Requises). Pour celles-là, il faut avoir 100 % pour grimper d'un niveau. Nous avons eu 85 %, donc automatiquement, nous ne pouvions pas espérer décrocher plus que l'Or ».

En outre, il faut aussi préciser que depuis juillet 2019, l'ACI est passée au niveau 4. « Très concrètement, c'est comme si l'accréditation avait fait un bon de vingt ans en avant. La barre a été placée très haut. Notre message au personnel est donc le suivant : 'Soyez fiers d'avoir obtenu l'Or. Les examinateurs nous ont dit que nous nous étions fortement améliorés par rapport à 2017. Et n'oublions pas que certains hôpitaux n'ont pas réussi à obtenir une prolongation de leur première accréditation ».

La Clinique de l'épaule : une prise en charge rapide et efficace



Délais de rendez-vous raccourcis, rendez-vous groupés sur une seule journée, chirurgie en one day, incapacité de travail réduite... Autant d'avantages qu'offre la Clinique de l'épaule du CH Mosucron dirigée par le Dr Jean-François Labrique.

« J'ai commencé la chirurgie de l'épaule dès le début de ma carrière. À l'époque, la chirurgie arthroscopie de l'épaule n'existait pas. Durant ma formation, elle n'était donc pas enseignée. J'ai eu la chance de faire partie des premiers chirurgiens orthopédistes qui se sont vraiment spécialisés dans cette discipline. C'est ensemble et grâce à notre pratique que les techniques opératoires de l'épaule se sont petit à petit développées », se souvient le Dr Labrique.

« Si aujourd'hui, l'arthroscopie de l'épaule est devenue une pratique chirurgicale très répandue, il faut savoir qu'elle date des années 90 et qu'elle a évolué en même temps que notre formation. Les premiers instruments ont été créés au fil du temps avec les diverses firmes médicales ce qui a permis de développer cette chirurgie. Ces instruments se sont petit à petit améliorés, et divers appareils de précision ont vu le jour », poursuit le chirurgien.

Qui est le Dr Jean-François Labrique ?

- Chirurgien orthopédiste au CHMouscron depuis 30 ans
- Ancien président et membre de la Société belge d'arthroscopie
- Co-fondateur avec deux autres chirurgiens de « Nord Epaule » à Lille
- Il a développé la chirurgie de l'épaule en Belgique depuis de nombreuses années via des cours, des formations,
- Membre de la Société française d'arthroscopie
- Membre de l'Association européenne de l'épaule

Par la suite, la prothèse d'épaule a également connu un nouvel essor grâce au travail de deux chirurgiens français. Les modifications, fruit d'un travail important, ont permis de donner aujourd'hui des résultats très fiables. Avec plus de 130 prothèses placées par an, le CHMouscron est l'un des plus gros centres de pose de prothèses d'épaule de Belgique.

30 ans d'expérience

Fort de 30 ans d'expérience de chirurgie d'épaule, et dans le but de répondre aux demandes actuelles des patients, le Docteur Labrique a décidé de créer une clinique de l'épaule au CHMouscron. « En général lorsqu'un chirurgien débutait sa carrière chirurgicale en orthopédie, il n'était pas spécialisé dans un domaine particulier. Aujourd'hui, les choses ont changé. En ce qui concerne la chirurgie arthroscopie de l'épaule, avant d'être à l'aise dans ce type de procédure, il faut avoir réalisé au moins 500 interventions chirurgicales. La courbe d'apprentissage est longue, et l'expérience s'acquiert lentement.

La pathologie de l'épaule se traduit par une symptomatologie très douloureuse et surtout nocturne. De ce fait, des patients sont demandeurs d'une prise en charge assez rapide et complète ».

« Dans ma pratique, j'avais remarqué que les patients m'étaient adressés sans aucun examen au préalable. Lors de la consultation initiale, je prescrivais seulement les premiers examens. Ensuite, le patient devait attendre un rendez-vous pour réaliser l'examen et afin d'obtenir le résultat, obtenait un nouveau rendez-vous pour fixer le traitement final. Il y avait donc un délai important entre la première consultation et le traitement », relève le chirurgien.

La Clinique de l'épaule : tout en un jour

Le principe est le suivant : « le patient remplit un questionnaire, téléchargeable également sur le site CHMouscron, soit lui-même soit avec l'aide de son médecin traitant ou de son kinésithérapeute. Deux examens de base sont programmés et réalisés grâce à la coopération du service d'imagerie médicale : une radiographie et une échographie de l'épaule. Dès réception du dossier complété, le médecin spécialiste analyse ce questionnaire et organise la consultation à la clinique de l'épaule en essayant de ne pas dépasser un délai de 3 semaines.

Dès lors, lorsque le patient se présente à sa première consultation, le médecin dispose déjà de l'anamnèse, des résultats des examens de base et de toute une série d'informations transmises grâce au questionnaire. Le thérapeute réalise l'examen clinique et en fonction de tous ces éléments, il décide des examens complémentaires à réaliser. En règle générale, il s'agit d'un arthroscanner. À cet examen peut également s'associer une infiltration sous contrôle radiologique. Dans ces deux cas, la procédure est réalisée immédiatement,



et le prestataire revoit les patients directement après leur examen pour finaliser leur traitement.

Comment est-ce possible ? « Grâce à la coopération du service d'imagerie, une plage horaire a été dédiée à la pathologie de l'épaule, ce qui permet d'envoyer les patients réaliser leur examen directement après l'examen clinique. Cela représente un gain de temps énorme, et les patients quittent la consultation avec une prise en charge complète en n'étant venus qu'une seule fois ».

Et d'ajouter : « dans certains cas, d'autres examens sont encore nécessaires, comme une scintigraphie ou une résonance magnétique. La prise en charge primaire est déjà faite, le problème déjà bien cerné. Dans 80 % des cas, une consultation suffit pour comprendre la problématique et y apporter une solution ».

La chirurgie en one day

Pour les patients qui nécessitent une chirurgie, celle-ci peut aussi avoir lieu rapidement. Un créneau horaire équivalent à la consultation en hôpital de jour est réservé aux patients qui ont une lésion de l'épaule qui doit être opérée. Nous pratiquons 10 à 12 arthroscopies par semaine qui se font maintenant toutes en hôpital de jour », relève Jean-François Labrique.

Ces progrès en chirurgie de l'épaule sont le résultat d'une étroite collaboration, entre le Docteur Labrique et les anesthésistes. Le traitement antalgique est adapté de sorte que le patient puisse rentrer le jour chez lui le jour même avec bien entendu une surveillance à distance. En effet, l'équipe infirmière de l'hôpital de jour recontacte le patient le lendemain pour prendre de ses nouvelles et détecter le moindre problème. Cette pratique est très appréciée par les patients qui sont très satisfaits du système. Nous allons donc prochainement étendre cette formule à la prothèse de l'épaule pour les cas qui s'y prêtent ».

La pose de prothèse d'épaule sous contrôle GPS

C'est l'année dernière que le Docteur Labrique et son équipe ont posé la première prothèse épaule sous contrôle GPS, une technique aux nombreux avantages pour les patients ayant des atteintes compliquées.

« Cette technique avancée permet de réaliser une étude radiologique et scanographie que de l'épaule avant l'intervention. Ces examens sont envoyés à une firme américaine qui crée un modèle informatique. Celle-ci nous renvoie le modèle avec un programme spécifique qui nous permet de choisir la taille et la meilleure position des implants prothétiques. Lorsque nous pratiquons la chirurgie, tous les instruments sont repérés par une antenne GPS reliée à notre ordinateur, ce qui nous permet de préciser le geste et de positionner les implants définitifs exactement de la manière dont nous les avons étudiés à l'ordinateur préalablement », explique Jean-François Labrique.



Vers un suivi chirurgical par informatique

Et le Docteur Labrique n'est pas en manque d'idées. Il planche désormais avec une firme anglaise sur un système informatique pour le suivi postopératoire du patient. » Ce programme sera disponible pour le kinésithérapeute et le médecin traitant. Il lui permettra d'encoder toutes les informations relatives au patient qu'il suit, en ligne directe avec notre service. Ce programme comporte des alarmes, avec un système qui en cas d'anomalie, informera directement le chirurgien du problème éventuel et lui permettra de réagir en conséquence », à suivre donc.



Le Centre Ouïe et Parole : la pluridisciplinarité qui fait toute la différence

Le Centre Ouïe et Parole existe depuis plus de 45 ans. Or, sa responsable, Nathalie Ramon, le constate : les demandes émanent majoritairement des neuropsychiatres et des Centres Psycho-Médico-Sociaux du réseau. Savez-vous que les patients peuvent y bénéficier d'une prise en charge pluridisciplinaire, soutenue par un pédiatre ?



Nathalie Ramon, logopède, psychomotricienne et thérapeute du développement, travaille au Centre Ouïe et Parole depuis 15 ans. Depuis fin 2012, elle en est devenue la responsable. C'est elle qui est l'intermédiaire entre le Centre et le Centre Hospitalier de Mouscron dont il dépend.

Petit à petit...

Au départ, le Centre ne comptait que deux logopèdes. Puis, petit à petit, il s'est étoffé. « À ce jour, l'équipe est composée de 3 logopèdes (dont 2 sont également psychomotriciennes et 1 également secrétaire), d'une ergothérapeute, d'une psychologue, d'une pédiatre ayant une formation dans les troubles complexes du développement et d'une ORL spécialisée en réadaptation (la présence d'un médecin réadaptateur est l'une des exigences de l'AVIQ pour qu'un centre soit agréé). Enfin, quand le besoin s'en fait sentir, l'équipe peut faire appel à une kiné indépendante pour venir enrichir et compléter la prise en charge des patients », rapporte Nathalie Ramon. « C'est vraiment cette pluridisciplinarité et le regard médical qui font la spécificité d'un centre comme le nôtre ».

Pour qui ?

« Les enfants que nous accueillons ont en moyenne entre 3 et 8 ans, dont la majorité sont encore en maternelle. Ce sont des enfants qui présentent de lourdes pathologies du développement et qui ont besoin de pluridisciplinarité, mais surtout, ils ont tous besoin de logopédie », relève la coordinatrice du Centre.

En effet, tous les enfants qui vont au Centre bénéficient de 2 heures de logopédie par semaine, ainsi que d'1 heure d'ergothérapie ou de psychomotricité. Et si nécessaire, ils peuvent aussi avoir un peu de kinésithérapie.

Le centre accueille des enfants qui présentent un retard global de développement. Cette étiquette peut représenter des tableaux très différents : trisomies, problématiques génétiques, déficits cognitifs, les « dys » (dysphasiques, dyspraxiques...)...





Un centre très prisé

« Notre difficulté, c'est que nous drainons toute la population de Mouscron-Comines et que nous sommes le seul centre dans la région. Les autres centres francophones les plus proches sont ceux de Tournai. Nous avons donc une très longue liste d'attente. Pour l'instant, nous accueillons 27 enfants et nous avons une liste d'attente d'une quarantaine d'enfants », indique Nathalie Ramon.

« Dès lors, nous invitons les familles et les médecins à amorcer un début de stimulation en attendant une place chez nous ! Il y a quand même moyen d'avoir des remboursements chez les prestataires de soins individuels (kinés, psychomotriciens, logopèdes...) », poursuit la responsable du Centre. Et de conclure : « Nous souhaiterions pouvoir accroître notre capacité d'accueil. Hélas, l'heure n'est pas à l'acquisition de

Une guidance parentale : pas un luxe !

La prise en charge au Centre inclut aussi systématiquement une guidance parentale. « Notre psychologue essaie de voir chaque enfant une fois par mois, et les parents le mois suivant. La progression de l'enfant est partagée à la famille afin que celle-ci puisse envisager les adaptations les plus pertinentes à réaliser à la maison. Toutes ces réflexions sont utiles pour stimuler davantage cette évolution et encourager au mieux l'enfant », souligne Nathalie Ramon.

Et d'ajouter : « Comme nous sommes souvent en première ligne de la découverte de l'ampleur de la pathologie de leur enfant, les parents ont souvent grandement besoin d'être soutenus et guidés par rapport aux démarches à réaliser, tant sur le plan médical par notre pédiatre que sur les plans social, éducationnel et scolaire (travail de collaboration important avec les Centres PMS) par notre psychologue ».

nouveaux subsides. L'AVIQ devrait se pencher sur nos subventions à partir de 2021... Dans l'attente, nous serions ravis d'établir des collaborations avec d'autres structures afin de ne pas laisser stagner la liste d'attente car ces enfants ont besoin d'être pris en charge et plus les prises en charge sont précoces, meilleurs sont les résultats. »

Les prétrajets en diabète : le MG et le patient gagnants sur toute la ligne !

Le Dr Vincent Delecluse, médecin généraliste à Mouscron, et Cathy Vanpaemel et Laurence Lupant, respectivement infirmières de l'ASD et de la CSD spécialisées en diabétologie, ont pu accompagner des patients diabétiques de type 2 dans le cadre du pré-trajet en diabétologie dès leur introduction et ils en retirent de nombreux points positifs. Voici des retours d'expérience plutôt encourageants !

Pour rappel : Les pré-trajets sont destinés à des personnes qui souffrent d'un diabète de type 2, âgées entre 15 et 69 ans, présentant un risque cardiovasculaire accru en raison d'une obésité (IMC supérieur à 30) et/ou d'hypertension artérielle. « Ces patients peuvent bénéficier de séances d'éducation par une infirmière : conseils par rapport au traitement, à l'alimentation, l'activité physique... Et ce, même s'il n'y a pas encore de traitement médicamenteux instauré », indique Cathy Vanpaemel. « Ici, l'essentiel est de leur faire comprendre que les règles hygiéno-diététiques sont le premier traitement du diabète », insiste le Dr Delecluse.

« En tant qu'infirmière éducatrice, nous avons un programme à suivre où nous leur expliquons la pathologie, les modes d'actions des médicaments qu'ils prennent, ce qu'est une hypoglycémie... et nous leur demandons leur façon de s'alimenter. Sur cette base, nous leur proposons certaines adaptations, sans pour cela changer toute leur vie. S'ils veulent s'acheter un glucomètre, nous les encourageons à tenir un cahier de suivi avec leurs valeurs et nous les analysons avec eux quand nous les voyons », rapporte Cathy Vanpaemel.

Coaching

En outre, l'infirmière éducatrice a également un rôle de coach : « Nous encourageons le patient. L'idée est que nous fassions équipe avec lui pour qu'il aille mieux. Le fait qu'il existe un relais que le patient peut directement contacter en cas de problème est aussi un élément fort apprécié. Enfin, nous le stimulons aussi à aller consulter régulièrement son généraliste. A ce stade, il n'est pas suivi par un diabétologue », précise Cathy Vanpaemel.

Au terme des 4 séances d'éducation, l'infirmière éducatrice envoie un rapport au généraliste. « Pour nous, c'est aussi une aide précieuse car nous n'avons pas le temps de nous pencher sur tous ces aspects en consultation. C'est une formule de coaching, un partenariat qui est maintenant à notre disposition et que nous apprécions grandement », indique le Dr Delecluse.



Avantages et inconvénients du prétrajet

Le patient a droit à... sur ordonnance médicale	Le patient n'a pas droit à...
<ul style="list-style-type: none"> - 2 séances de podologie/an (sous certaines conditions) - 2 séances de diététique/an - Max. 4 séances d'éducation au diabète/an (séances soit individuelles de 30 min. soit en groupe de 2 heures soit combinaison des deux), et ce, pendant 3 ans. 	<p>La prise en charge du matériel d'autocontrôle, c'est-à-dire</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remboursement du glucomètre - Remboursement des tiges - Remboursement des lancettes

Orchestration des rendez-vous

Une autre tâche de l'infirmière éducatrice consiste à veiller à ce que le patient prenne bien tous les rendez-vous chez les différents prestataires de soins (ophtalmologue, médecin généraliste, prise de sang, podologue, diététicienne...), ou s'il s'avère nécessaire, elle peut aider le patient dans ses démarches.

Attention : pour que le patient puisse bénéficier d'un pré-trajet diabète, le médecin généraliste doit obligatoirement notifier un code Inami auprès de la mutuelle. Par contre, il n'y a pas de contrat à signer (à la différence des trajets de soins).

Normalement, le diabétologue n'intervient pas à ce stade du diabète. « Par contre, s'il y a une escalade thérapeutique, on peut alors passer au trajet de soins, en partenariat avec le diabétologue. Mais pour ce faire, le patient doit avoir au moins une injection d'insuline ou d'incrétinomimétique par jour ou par semaine, ou du moins, cela doit être envisagé », précise le Dr Delecluse.

Et Cathy Vanpaemel de conclure : « En plus de tous les avantages précités du pré-trajet pour le patient, un autre point important est que cela le conscientise par rapport à son problème de santé. Dès le diagnostic, il reçoit ainsi toutes les informations nécessaires à une bonne autogestion de sa maladie ».

La notion d'éducation thérapeutique du patient par rapport à sa maladie est précisément au cœur de la politique de ce nouveau centre. L'éducation du patient en diabétologie en est une parfaite illustration.



Séances d'éducation en groupe

Le médecin généraliste peut prescrire des séances de kinésithérapie pour favoriser la remise en forme physique de son patient. Le Centre permet par exemple d'organiser des séances d'éducation en groupe. Ce sont alors des groupes de maximum 10 patients.

Un exemple concret de projet qui a pu voir le jour grâce au CSAS : « Le 12 mars dernier, nous avons organisé une éducation en groupe sur le thème de l'activité physique, où nous avons travaillé avec un kiné. La séance a débuté par un petit cours sur l'importance de l'activité physique. Ensuite, les patients ont eu le choix entre deux activités : soit l'utilisation des appareils de la salle de sport, accompagnés par un kiné, soit une marche de 4 km, avec mesure de la glycémie avant et après. Les retours ont été très positifs », se félicite Cathy Vanpaemel.

Des résultats qui font plaisir !

Cathy Vanpaemel ne cache pas sa joie face aux résultats obtenus avec la plupart des patients avec ces prétrajets. « Il m'arrive d'avoir des patients qui, après quelques séances d'éducation, se tracassent parce qu'ils sont certains jours à 140 mg/dl de glycémie. Je leur dis alors : 'auriez-vous oublié qu'au début vous étiez à plus de 300 mg/dl ? C'est magnifique que vos plus hautes valeurs soient à de tels niveaux !' ».

Connaissez-vous notre CSAS (Centre de Soins Ambulatoires Spécialisés) pour malades chroniques ?

Le CSAS est une structure non hospitalière, mais qui dépend du Centre Hospitalier de Mouscron. Elle a été créée dans le but de compléter et d'améliorer la prise en charge des patients actuellement proposée en milieu hospitalier.

« C'est un des avantages du CSAS (voir encadré ci-contre). Toute la partie administrative est gérée par le secrétariat du Centre. Cela allège considérablement la charge administrative des infirmières et des médecins », souligne l'infirmière éducatrice en diabétologie.

Outre les bâtiments modernes, le matériel de remise en forme dernier cri est aussi plus fourni et diversifié.

Facile d'accès, et avec des horaires plus adaptés, le CSAS offre un cadre sportif, accueillant et spacieux, ainsi qu'un accompagnement par des professionnels de la santé. Il est l'endroit idéal pour permettre à vos patients de retrouver un maximum de leurs capacités physiques.



Centre Hospitalier de Mouscron



ADRESSE

**CENTRE DE SOINS
AMBULATOIRES SPÉCIALISÉS**
Rue de la Barrière Leclercq
7700 Mouscron

QUOI
DE
NEUF?

ARRIVÉS

Docteur Dany KHODR, médecin spécialiste en anesthésie, a rejoint l'équipe des anesthésistes : Dr W. BRUYNEEL, Dr H. HUYGHEBAERT, Dr D. JOB, Dr D. KAMIDI, Dr K. MEDJAHED, Dr D. ROME et Dr K. RUSSELL

Docteur Ina SINTOBIN, médecin spécialiste en ORL, a rejoint l'équipe des ORL : Dr J. DELVAUX, Dr K. GHYSELEN, Dr J. SIMÕES et Dr S. VLAMINCK

Docteur Nicolas DUHAMEL, consultant externe spécialiste en pneumologie, a rejoint l'équipe des pneumologues : Dr A. BETANCURT, Dr M-O. BLEUZE, Dr C. DOYEN, Dr A. VEGA ARIAS, Dr S. VINTILA et Dr A. STRECKER (consultant externe)

DÉPARTS

Docteur Abdi Fozi MOUSSA, médecin spécialiste en néphrologie



QUOI
DE
NEUF?

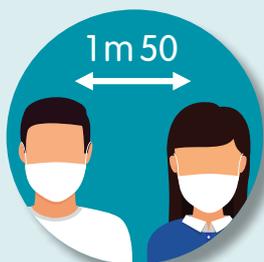
COVID-19 | Conseils de prévention POUR LA SÉCURITÉ DE TOUS !



Portez
obligatoirement
un masque



Désinfectez-
vous les mains
et toussiez dans le
pli de votre coude



Gardez vos
distances



Payez
uniquement par
carte bancaire



PublicMed est une publication du CHMouscron, Avenue de Fécamp 49 – 7700 Mouscron
www.chmouscron.be

Éditeur responsable : Grégoire LEFEBVRE, Avenue de Fécamp 49 – 7700 Mouscron

Coordination : Laurence DECEUNINCK (responsable de Communication), Sophie DEWAELE (service Communication)

Conception graphique et réalisation : Véronique LUX

Illustrations : CHMouscron, L. DECEUNINCK, S. DEWAELE, Adobe Stock

Rédaction : CHMouscron, France DAMMEL

Collaborateurs : Dr P. BONNET, Dr V. DELECLUSE, Mme N. RAMON, Dr J.-F. LABRIQUE, M^{me} C. VANPAEMEL