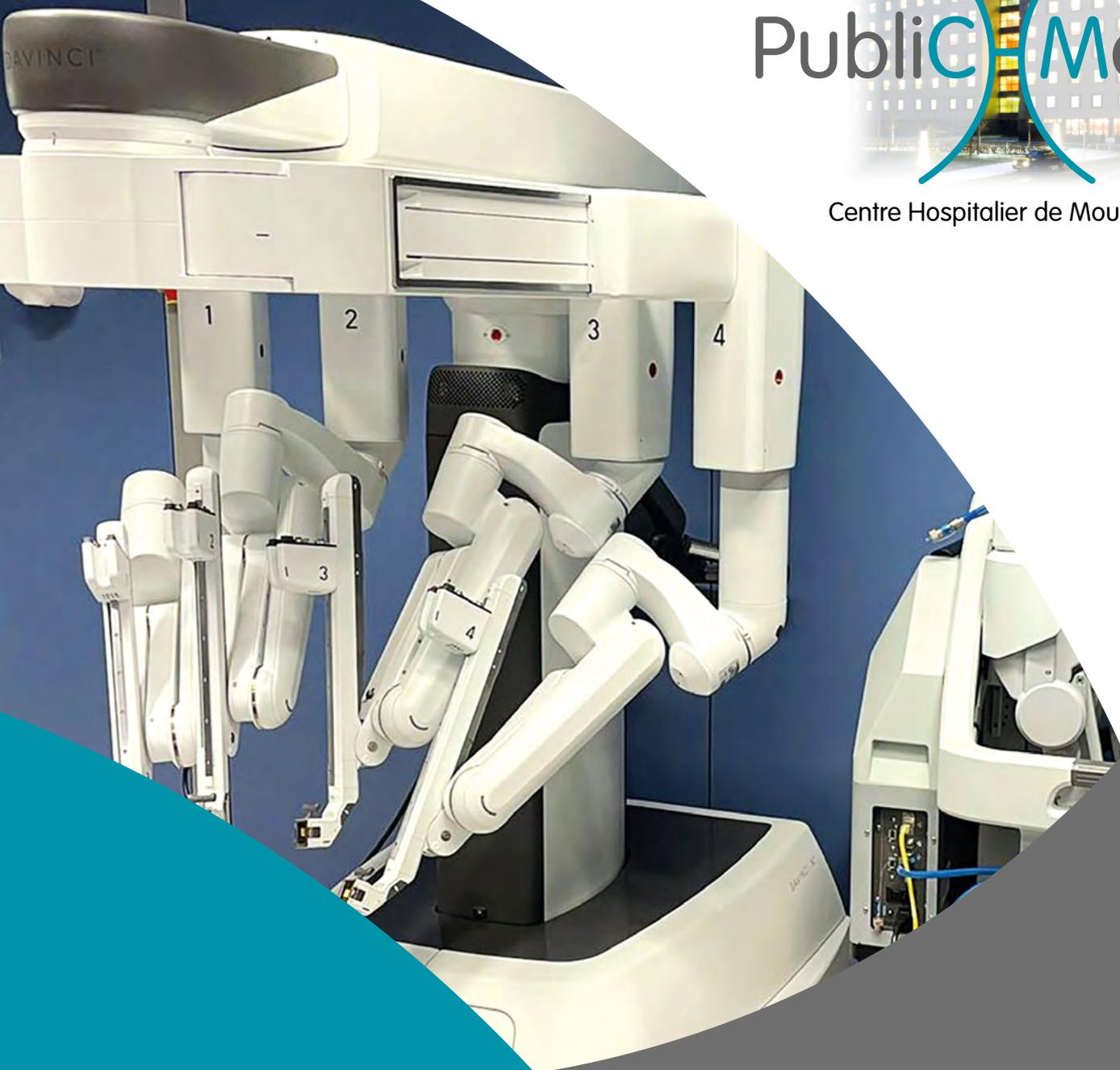




Public Med

Centre Hospitalier de Mouscron



N° 12

PUBLICATION DESTINÉE AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ

SEMESTRIEL - PARUTION NOVEMBRE 2021

Une nouvelle approche des soins | p. 4

Chirurgie robotique versus laparoscopie | p. 6

Gériatre et généraliste, un duo gagnant
pour les patient.es ! | p. 8

La précieuse pompe à insuline | p. 10

Quand demander une scintigraphie
osseuse ? | p. 12

Lettre ouverte | p. 14

RESPECTER

le patient, son entourage
et les collaborateurs

ACCÉDER

aux soins pour tous

S'ADAPTER

aux besoins de
la population

QUALITÉ
SECURITÉ
EFFICIENCE

FORMER

nos professionnels
actuels et futurs

GARANTIR

la prise en charge globalisée
et le secret professionnel

COLLABORER

avec le médecin de famille,
les structures hospitalières
et non hospitalières

chm
mouscron

Centre
Hospitalier
de
Mouscron
srl

ENSEMBLE, FAISONS VIVRE NOS VALEURS

Édito

► Cellule Qualité
Marc NICKMILDER, PhD
Philippe GADISSEUX, MD
François RENARD, MSc



La volonté de toujours vouloir faire mieux

Depuis plusieurs décennies, le Centre Hospitalier de Mouscron se montre particulièrement pro-actif pour parfaire la qualité des soins apportés à ses patients avant, pendant et après leur passage à l'hôpital. La volonté de toujours vouloir faire mieux est menée à bien grâce à l'assiduité de tous les professionnels de l'hôpital, qu'ils soient médecins, infirmier(e)s, paramédicaux, administratifs, personnel logistique...

Portée par les différentes directions, cette détermination de chacun est soutenue par trois piliers qualitatifs :

- la « culture qualité » : elle correspond à l'ensemble des valeurs du CHMouscron auxquelles chacun se réfère pour garantir l'amélioration continue de son travail quotidien. Ces valeurs sont promues partout à l'intérieur du bâtiment : respecter, s'adapter, garantir, accepter, former, collaborer. Défendre ces valeurs, cela assure le meilleur accomplissement possible de ses missions vis-à-vis des patients : soigner, former et agir localement.
- la « démarche qualité » : elle se définit comme l'approche organisationnelle permettant un progrès permanent dans le traitement de la non-qualité. Dans l'hôpital, cela se marque par la prise en compte du niveau de satisfaction des patients, de leurs plaintes et par la résolution d'événements indésirables déclarés tant par les professionnels que par les patients ou leur famille.
- le « système de management (gestion) de la qualité » : c'est l'ensemble des actions mises en place par l'hôpital pour réaliser sa démarche qualité. Pour ce faire, l'hôpital dispose d'une « cellule qualité » dont le rôle est de coordonner la démarche d'amélioration continue de la qualité des soins prodigués aux patients. Toute l'institution est amenée à considérer les patients comme des partenaires de leurs soins. Composée de trois personnes, la cellule qualité travaille en étroite collaboration avec tous les départements et leurs services pour accomplir leurs missions.

Pour vérifier la bonne exécution de la démarche qualité, l'hôpital s'appuie sur différents modes d'évaluation à la fois externes et internes. L'ensemble des services se soumettent tous les trois ans à un audit d'accréditation internationale réalisée par l'organisme Accréditation Canada (ACI). À côté de cette reconnaissance internationale, l'hôpital suit de nombreux indicateurs dans le cadre de projets nationaux comme ceux du « patient safety » du SPF Santé publique. En interne, de nombreux services et départements ont un suivi d'indicateurs qui leur sont propres. À titre d'exemples, citons les indicateurs d'hygiène hospitalière, des soins de plaie, de la bonne exécution de la checklist au bloc opératoire. En parallèle à ces suivis, un audit interne semestriel (mars et septembre) est effectué afin d'avoir régulièrement une vision globale et complémentaire de celles exprimées par les indicateurs ci-dessus. Réalisé dans tous les services, auprès des patients et des professionnels, cet audit se base sur des critères propres aux normes nationales et internationales de la qualité et la sécurité des soins.

Une nouvelle approche des soins

Plus qu'un projet, « Qu'est-ce qui est important pour vous ? » est une approche des soins centrée sur les patient.es dans leur globalité et leurs spécificités. Rencontre avec Isabelle VERSTRAETE – Cadre infirmière, François RENARD – Coordinateur Qualité des Soins et Dr Philippe GADISSEUX – Médecin Hygiéniste et Référent Qualité.



En quoi consiste le projet « Qu'est-ce qui est important pour vous ? » ? Quels en sont les enjeux ?

Isabelle Verstraete : « Quand une personne vient à l'hôpital, c'est certes pour un événement de santé, mais ce n'est pas toujours sa seule préoccupation. Exemple : un patient âgé isolé admis aux urgences pour une chute s'inquiète d'avoir laissé son chien seul à la maison. Pour les soignant.es, cela peut sembler trivial et sans importance, mais pour cet homme, c'est une source d'inquiétude qui l'empêche d'être pleinement attentif à ce qu'on lui dit. Or, pour qu'un patient soit compliant et s'investisse dans sa prise en charge, il ne doit pas avoir la tête ailleurs ! S'enquérir de ce qui est important pour lui, là, maintenant, permet bien souvent d'apaiser ses inquiétudes, voire de régler rapidement un petit problème logistique, tel qu'un chien laissé seul au domicile. Ce faisant, il sera plus détendu et plus réceptif aux soins et conseils prodigués. Ce qui peut avoir un impact notable sur la guérison. »

François Renard : « L'objectif de "Qu'est-ce qui est important pour vous" est de remettre les patient.es au centre des soins et de les y impliquer le plus efficacement pos-

sible. Nous souhaitons que cette question leur soit systématiquement posée, qu'ils aient le temps et la possibilité de s'exprimer et que leur réponse soit écoutée et considérée, afin que leur passage à l'hôpital se passe au mieux et soit le plus efficace possible.

Cette approche s'inscrit d'ailleurs dans la démarche d'amélioration continue de la qualité dans laquelle le CHMouscron s'est investi et qui exige cette notion de "patient.e au centre" des préoccupations. »¹

Mais il n'est pas toujours possible ni même souhaitable de répondre positivement à toutes les requêtes...

IV : « La priorité reste bien sûr de soigner les gens. Le médecin ne perd pas la main sur les soins et il n'est pas question de supprimer l'objectif médical. Néanmoins, nous pensons que prendre les patient.es dans leur globalité et tenir compte de leur réalité et de leurs priorités permet de personifier les soins, de renforcer l'adhésion thérapeutique et, in fine, d'améliorer la qualité de la prise en charge. Or, dans le modèle actuel, force est de constater que ce n'est pas toujours le cas ! Certain.es soignant.es se concentrent exclusivement sur l'évènement de santé, sans tenir compte du reste. De nombreux.es patient.es n'osent pas non plus exprimer leurs besoins et leurs souhaits et, quand ils ou elles le font, leur parole n'est pas écoutée ou alors d'une oreille distraite. En revanche, si la demande du ou de la patient.e est incompatible avec son état de santé (car délétère si on y accédait), il convient de le lui expliquer et de fixer avec lui ou elle un objectif cohérent. »

La question concerne-t-elle l'aigu ou le chronique ? La consultation ou l'hospitalisation ? Seulement à l'hôpital ou aussi en extra muros ?

IV : « "Qu'est-ce qui est important..." devrait être évoqué dans tous les cas de figure, car la question est toujours pertinente, même si les enjeux diffèrent. Elle peut notamment influencer la stratégie thérapeutique. Exemple : il y a quelques mois, alors que nous envisagions une quatrième ligne de traitement pour une patiente atteinte d'un cancer, celle-ci nous a expliqué que le plus important pour elle était de pouvoir assister au mariage de sa petite-fille, deux semaines plus tard. Nous avons entendu cette demande et toute l'équipe s'est mobilisée autour de cet objectif : l'oncologue, les kinés, les infirmières... même les bénévoles qui réalisent les soins esthétiques au pôle cancérologie ont pomponné cette patiente qui a pu se rendre à ce mariage et en profiter ! Résultat : quand elle est revenue la semaine suivante, elle était d'attaque pour entamer son nouveau traitement. »

Qu'est-ce qui est important pour vous ?

Demander ...
écouter ...
considérer !

La question *Qu'est ce qui est important pour vous ?* a pour objectif d'aider à engager une conversation avec les patients sur ce qui compte pour eux, de créer un partenariat et de contribuer à la décision partagée.

contact@paqs.be - @PAQSASBL
En collaboration avec la Fédération des Hôpitaux vaudois

PAQS
chm
Centre Hospitalier de Mouscron

#CIPV
www.paqs.be/cipv

IV : « À terme, les hôpitaux seront financés en regard de la qualité et de l'expérience patient². De plus, la diminution des durées de séjour implique davantage la nécessité de préparer, d'organiser la sortie de l'hôpital et de renforcer les soins extramuros. Raison pour laquelle nous espérons convaincre la première ligne de la pertinence de cette approche. Car, plus qu'une stratégie, c'est une évolution de la façon même de soigner. C'est une réalité à laquelle nous devons tout.es nous adapter. »

Tant la première ligne que le personnel soignant hospitalier courent souvent après le temps... « Qu'est-ce qui est important pour vous ? » est une intention louable, mais n'est-ce pas chronophage ?

IV : « Au contraire, cela fait gagner du temps ! Des études ont montré que, quand on le leur demande, les patient.es nous informent de ce qui leur importe le plus dans les 90 secondes... Ce dialogue crée un climat de confiance. Il permet de désamorcer ou de prévenir nombre de situations problématiques, de malentendus, de résistances et de réticence.



Ce n'est pas seulement positif pour les patient.es ; les soignant.es aussi en tirent des bénéfices. Il y a beaucoup d'épuisements dans notre secteur, beaucoup de pression, des contraintes administratives et informatiques toujours plus nombreuses et, parfois, une perte de sens. Surtout après cette pandémie qui nous a bien éprouvé.es... "Ce qui est important pour vous" nous reconnecte à l'essence même de nos métiers : prendre soin de l'autre, au sens large. Elle retisse le lien humain dans la relation soignant.e/soigné.e. Elle favorise l'approche multidisciplinaire et renforce la cohésion de groupe et, ce faisant, améliore le sentiment de satisfaction et le bien-être au travail. »

Notes

1. Pour rappel, le CHMouscron a été accrédité « OR » à deux reprises, en 2016 et 2019.
2. L'expérience patient invite à considérer le ou la patiente, non pas seulement par rapport à la pathologie dont il ou elle souffre, mais comme une personne à part entière, avec sa personnalité, ses préoccupations, ses attentes. Plus d'informations sur le site de l'Institut français expérience patient : www.experiencepatient.fr



En pratique

L'approche consiste en trois étapes :

1. Poser la question au ou à la patient.e : « Qu'est-ce qui est important pour vous ? »
2. Écouter attentivement sa réponse et ses souhaits.
3. Les considérer sérieusement, voir dans quelle mesure il est possible d'intégrer la demande dans son parcours de soins. Si pas, prendre le temps d'expliquer pourquoi.

Cette démarche est directement inspirée de la PAQS (www.paqs.be). Elle est pertinente à toutes les étapes d'une prise en charge médicale ou paramédicale : en prévention, lors d'une première consultation ou dans le cadre d'un suivi régulier, pour bien préparer un plan de sortie ou un projet de réhabilitation réaliste, dans le cadre d'une planification anticipée des soins, etc.

Chirurgie robotique versus laparoscopie



Le CHMouscron a récemment acquis un robot Da Vinci®. Quelles différences y a-t-il entre ce robot d'assistance chirurgicale et la chirurgie par laparoscopie? Réponses avec un urologue, Dr Philippe FRANCOIS et un chirurgien digestif, Dr David HEUKER.

Les avantages de l'approche peu invasive par rapport à la chirurgie conventionnelle sont bien connus : diminution du risque de complications postopératoires, durée d'hospitalisation plus courte, convalescence plus rapide, un moindre recours à la transfusion sanguine, etc. Autant de raisons qui expliquent le succès de la laparoscopie ! Ce qui est moins connu, en revanche, ce sont les avantages de la chirurgie robotique. « Pour les chirurgien.nes, la première différence tient à ce que nous pouvons voir et comment nous le voyons », explique le Dr Philippe François, urologue et chef du Département de chirurgie du CHMouscron. « La laparoscopie offre une vision en deux dimensions, ce qui implique une certaine distance. Avec le Da Vinci®, en revanche, nous avons "le nez dessus" ! Grâce à une visualisation en trois dimensions, nous pouvons appréhender l'intérieur du corps de façon beaucoup plus précise. De plus, il est possible de fixer une sonde d'échographie sur l'un des bras du robot. Ces endoéchographies sont très utiles quand vous devez réséquer une lésion à l'intérieur d'un organe comme le rein ou le foie. »

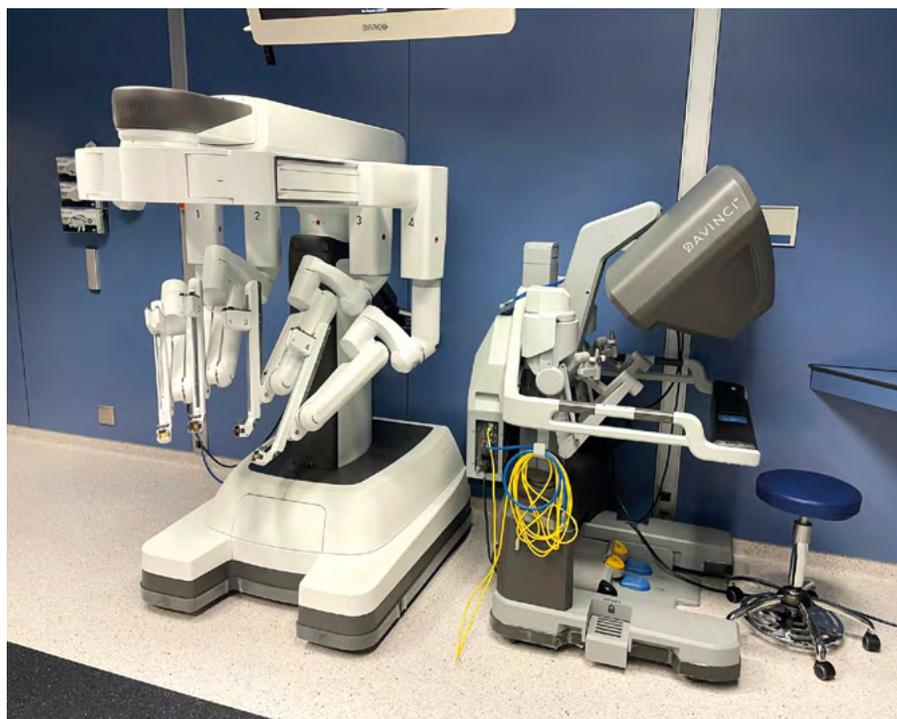
100 % des dissections

Ce surcroît de précision visuelle va de pair avec l'extrême maniabilité du robot. Alors que les instruments laparoscopiques sont rigides et monodirectionnels, les quatre bras articulés du Da Vinci® peuvent bouger dans tous les sens et tourner à 360°. Ce qui permet d'accé-

der plus facilement à des zones qui, auparavant, étaient nettement plus compliquées à atteindre. « En urologie, la laparoscopie permet d'effectuer 95 % des dissections en toute sécurité », poursuit le Dr François. « Avec le Da Vinci®, nous pouvons désormais toutes les faire. C'est particulièrement intéressant en cas d'adhérences entre organes, causées, par exemple, par de la radiothérapie ou de l'endométriose. Il est parfois difficile de différencier des structures incarcérées les unes dans les autres. Avec le Da Vinci®, ce n'est plus un problème : nous voyons beaucoup mieux et nous pouvons intervenir partout. » « C'est plus que de la laparoscopie améliorée », estime le Dr David Heuker, chef du service de chirurgie digestive. « Le robot permet de "se balader" dans l'abdomen et d'y faire tout ce qui est nécessaire. Nous pouvons notamment retourner la caméra vers la partie interne de la paroi abdominale, par laquelle elle est rentrée, et y intervenir, ce qui n'est pas possible avec la laparoscopie. »

Respect des tissus et gestes plus doux

La précision robotique est aussi plus respectueuse des tissus. « En urologie, pour accéder à la région postérieure du rein par laparoscopie, nous devons disséquer davantage », explique le Dr François. « Avec le Da Vinci®, les dissections sont moindres puisque nous accédons directement et plus facilement à la zone à opérer. Et en épargnant les tissus environnants, nous diminuons les risques



Vers un centre d'excellence en cancérologie

L'acquisition du robot chirurgical Da Vinci® terminera de faire du CHMouscron un centre d'excellence en cancérologie. « Nos patient.es pouvaient déjà compter sur notre expertise en oncologie médicale, en radiothérapie et en anapathologie », commente le Dr François. « En complétant nos compétences en chirurgie oncologique par l'approche robotique, nous serons désormais en mesure de leur proposer un service de très haute qualité, complet et de proximité. »

Robot Da Vinci® équipé de 4 bras robotisés interactifs, d'un système de vision haute performance et d'instruments brevetés.



Console ergonomique d'où le chirurgien commande le robot. Elle offre une vision 3D du champ opératoire.

Quelles opérations avec le Da Vinci® ?

Les équipes des Drs François et Heuker ont été les premières à se former à la chirurgie robotique.

- **En urologie**, la première intervention – une prostatectomie radicale pour cause de cancer – a été réalisée avec succès en mai dernier. Le Da Vinci® peut aussi être utilisé pour réaliser des néphrectomies totales ou partielles, des réparations rénales ou encore des résections vésicales.
- **En chirurgie digestive**, l'ablation d'une vésicule biliaire en octobre sera la première intervention réalisée dans ce service avec le Da Vinci®. Par la suite, les indications porteront principalement sur la chirurgie colorectale et la chirurgie pariétale (cure de hernie, chirurgie d'événration, etc.).

À terme, le Da Vinci® devrait être utilisé dans tous les services de chirurgie du CHMouscron.



Un assistant infirmier.ère aux cotés du robot et patient durant toute l'intervention pour aider le chirurgien.

de certains problèmes postopératoires. Ainsi, une prostatectomie radicale réalisée avec le Da Vinci® entraîne moins d'incontinence et de troubles de la fonction érectile. Un plus pour les patients, évidemment !

Moins de dissections permet aussi de raccourcir le temps opératoire, de réduire les saignements et, donc, le risque de complications. « *Un tissu moins traumatisé par l'intervention fait généralement moins de fuites sur les sutures* », explique le Dr Heuker. « *Or, une bonne suture va de pair avec une bonne vascularisation, ce qui, par conséquent, favorise la cicatrisation.* »

Ce respect accru des tissus est en grande partie dû aux gestes calmes, posés et délicats que le chirurgien est obligé de poser avec le Da Vinci®. « *C'est toute la difficulté et la beauté de la chirurgie robotique !* », poursuit le spécialiste. « *Nous ne sentons pas de la même façon nos gestes, les pressions de nos mains, l'inertie ou la mollesse des tissus, etc. Et, au début, on n' imagine pas la force que les pinces et manettes de la machine sont capables d'exercer. Un geste trop brusque et vous pouvez casser des aiguilles ou, pire, déchirer un tissu !* » Raison pour laquelle tout.es les chirurgien.nes doivent apprendre à se servir du Da Vinci® comme s'il était un prolongement de leurs mains.

Formation des binômes

En Belgique, dans les hôpitaux universitaires, les jeunes médecins en cours de spécialisation chirurgicale sont désormais initiés à l'approche robotique. Pour le CHMouscron, investir dans un Da Vinci® est d'ailleurs une manière efficace d'attirer et de retenir cette nouvelle génération de talents. Quant aux chirurgien.nes plus expérimentés, ils peuvent se former à l'IRCAD de Strasbourg et/ou à l'ORSI, près d'Alost, deux centres de référence en chirurgie robotique. Les Drs François et Heuker s'y sont rendus, en compagnie d'un.e infirmier.ère, formé.e en parallèle pour pouvoir les assister au mieux durant ces interventions particulières. « *Les médecins qui opèrent déjà par laparoscopie ont généralement une courbe de progression plus rapide* », constate le Dr François. « *Mais tout le monde passe d'abord des heures sur le simulateur intégré au Da Vinci®, à faire des sutures et des agrafages virtuels, des hémostases, etc. Ensuite, nous utilisons le robot sur modèle animal et, enfin, quand tout est impeccablement maîtrisé, nous opérons des patient.es.* » « *Honnêtement, c'est plus difficile sur le simulateur, car pour considérer un exercice comme réussi, la machine exige un geste parfait !* », ajoute le Dr Heuker. « *Tant que vous n'avez pas atteint cette perfection, vous ne pouvez pas passer aux exercices et étapes suivantes.* » Une excellente façon de garantir aux patient.es qu'ils et elles seront entre de bonnes mains... humaines et robotiques.

Gériatre et généraliste, un duo gagnant pour les patient.es !



Les patient.es de plus de 75 ans ont tout intérêt à ce que médecins généralistes et gériatres communiquent et collaborent davantage. Un bilan médical à l'hôpital de jour gériatrique du CHMouscron est une bonne occasion d'amorcer cette collaboration, explique le Dr Gwenaëlle DEBUGNE, Gériatre.

N'importe quel médecin (généraliste, spécialiste) qui l'estime nécessaire peut prescrire un bilan multidisciplinaire à l'Hôpital de jour gériatrique (HJG). En revanche, pour que ce bilan soit remboursé aux patient.es, l'INAMI exige une demande signée par leur médecin généraliste traitant... même s'il ou elle n'a pas demandé personnellement ce bilan. « *Quand le rendez-vous à l'hôpital de jour gériatrique est pris, nous envoyons un courrier de confirmation au patient* », explique la Dr Gwenaëlle Debugne, chef du service de gériatrie du CHMouscron. « *Nous y joignons un formulaire de demande, prérempli. Le médecin doit juste signer et cacheter cette demande et nous la faire parvenir, soit par retour de courrier, soit par fax/mail, soit en la remettant en mains propres à son ou sa patient.e. Malheureusement, dans la moitié des cas, cette démarche administrative est zappée et le ou la patient.e arrive à l'hôpital de jour gériatrique sans ce document...* » C'est d'autant plus gênant que tout a été organisé en amont pour réaliser et personnaliser le bilan...

qu'il soupçonne, les examens qu'il propose, etc. « *L'idéal est que le médecin généraliste ajoute également la liste des traitements en cours et des antécédents du ou de la patient.e sur le formulaire de demande* », recommande la Dr Debugne. « *Nous donner quelques indications sur son environnement social, son lieu de vie et son entourage est également un plus que nous aimerions retrouver plus souvent sur les demandes de consultation et même lors d'une hospitalisation. En effet, grâce à leur proximité avec les patient.es et leur entourage, les généralistes connaissent mieux leur environnement, leur situation familiale et d'éventuels problèmes psychosociaux. Ils ne doivent pas non plus hésiter à nous passer un coup de fil lors des hospitalisations pour donner leur avis sur le plan de sortie. De notre côté, lors d'une hospitalisation, nous voyons comment les patient.es évoluent et nous nous efforçons de tenir leur médecin généraliste au courant de ce que nous observons et préconisons.* » Le but de ce dialogue étant, bien sûr, d'améliorer la prise en charge et le suivi au long cours des patient.es gériatriques.

Le regard précieux du généraliste

Tout commence par l'analyse de la demande. Le médecin prescripteur est invité à préciser pourquoi il demande un bilan, de quel type (cognitif ? locomoteur ? autre ?), ce

Préparation et organisation du bilan

Afin de préciser les examens et consultations qui devront être réalisés lors du bilan, quelques jours avant, une infirmière de l'hôpital de jour gériatrique contacte le ou la



Les activités de l'HJG

L'hôpital de jour gériatrique du CHMouscron a ouvert ses portes en 2012. Son activité s'organise autour de trois axes.

- **Axe diagnostique** : bilans cognitifs, fonctionnels, évaluation oncogériatrique, bilan préopératoire, évaluation du maintien à domicile, etc.
- **Axe thérapeutique** : soins et suivi de plaie, transfusions, traitement contre l'ostéoporose, etc.
- **Axe de revalidation fonctionnelle, cognitive, etc.**

Pour ce faire, l'équipe est composée de deux gériatres, deux infirmières spécialisées, plusieurs kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, assistantes sociales, neuropsychologues et diététiciennes. Plus tous les spécialistes médicaux et paramédicaux qui, au sein du CHMouscron, sont mobilisables selon les besoins des patient.es.

Les consultations à l'hôpital de jour gériatrique ont lieu le mercredi et le jeudi.

☎ : +32 (0) 56 85 87 60



patient.e ou son aidant.e proche en vue d'une hétéroanamnèse. Là encore, connaître le contexte social est nécessaire pour approcher les patient.es dans leur globalité et apporter des propositions adaptées à leur état. « C'est la raison pour laquelle nous essayons de recueillir un maximum d'informations en amont », explique la Dr Debugne. « Nous programmons alors les examens et fixons les rendez-vous avec tou.tes les professionnel.les de la santé que les patient.es devront voir sur la même (demi) journée, au même endroit, essentiellement dans nos locaux¹. Certes, cela peut aussi être fait au cours d'une hospitalisation classique, mais un bilan en ambulatoire permet d'éviter les conséquences délétères induites par une hospitalisation : déclin fonctionnel, confusion, risque de chutes, etc. »

Les étapes du bilan dépendent de ce qui l'a motivé en premier lieu. En cas de chute, par exemple, l'équipe prévoit généralement un test de marche, des consultations avec le kinésithérapeute et/ou l'ergothérapeute, un bilan cognitif avec le neuropsychologue, un bilan avec une diététicienne pour vérifier s'il y aurait une dénutrition qui peut favoriser les chutes, etc. Le passage d'une logopède pour l'évaluation de la déglutition ou du langage est parfois demandé. Selon les cas, des imageries, un bilan sanguin ou encore l'avis d'autres spécialistes (cardiologues, gastro-entérologues, pharmaciens cliniciens, etc.) peuvent aussi être nécessaires. Tous ces rendez-vous sont complétés par une consultation avec le ou la gériatre.

Et après ?

Le ou la spécialiste en gériatrie a un rôle de coordination et de synthèse puisque, après avoir personnellement interrogé et examiné le ou la patient.e, ce médecin centralise les rapports des intervenants et propose un plan d'action. « Nous suggérons parfois des modifications de traitement à nos consocieurs et confrères ou nous attirons leur attention sur d'éventuels problèmes fonctionnels, nutritionnels au sens large, psychocognitifs ou sociaux », explique la gériatre. « La planification anticipée des soins en général et la question du maintien à domicile ou du transfert en MRS en particulier sont évoquées. Par le biais de l'ergothérapeute – qui évalue le lieu de vie avec les patient.es et/ou leur entourage et qui peut réaliser des mises en situation de préparation d'un pilulier ou d'un repas à l'HJG – nous pouvons aussi conseiller des aménagements du domicile. Il nous arrive aussi de prescrire une aide à la marche ou un programme de revalidation pour rééduquer ce qui peut l'être et renforcer l'autonomie du ou de la patient.e. »

Dans tous les cas, l'ensemble du dossier est transmis au médecin prescripteur et au médecin généraliste par courrier (électronique). Le cas échéant, les résultats d'examen sont envoyés sur le Réseau Santé Wallon. « Et, bien sûr, les médecins généralistes peuvent nous appeler pour en discuter ou demander des éclaircissements sur ce que nous préconisons. Nous sommes convaincu.es que le dialogue et la collaboration avec la première ligne améliorent la qualité des soins dont bénéficient les patient.es gériatriques. »

Note

1. Conformément à la législation en vigueur, l'hôpital de jour gériatrique du CHMouscron répond à toutes les normes architecturales nécessaires à son accréditation. Il dispose ainsi d'une salle d'attente, d'une salle de repos (avec fauteuils ou lits) surveillé par une infirmière et de cabinets de consultation.



La précieuse pompe à insuline

Les patient.es diabétiques de type 1 équipé.es d'une pompe à insuline savent très bien s'en servir. Mais tout le monde n'est pas expert de cette technologie et la débrancher peut avoir de graves conséquences, développe le Dr Philippe ORIOT, Endocrinologue-Diabétologue.



« Il ne faut jamais débrancher une pompe à insuline sans relai thérapeutique ni avis d'un diabétologue ! », martèle le Dr Philippe Oriot, chef du service de diabétologie du CHMouscron. « Pour rappel, les diabétiques de type 1 sont dépendant.es de l'insuline (auto)injectée ou administrée par la pompe. Or, ce dispositif-là doit rester brancher 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Si, pour l'une ou l'autre raison, la pompe est débranchée, une heure plus tard, le ou la patiente se retrouvera sans insuline dans le corps. Avec, à la clé, une acido-cétose, voire un coma diabétique et un transfert aux soins intensifs. »



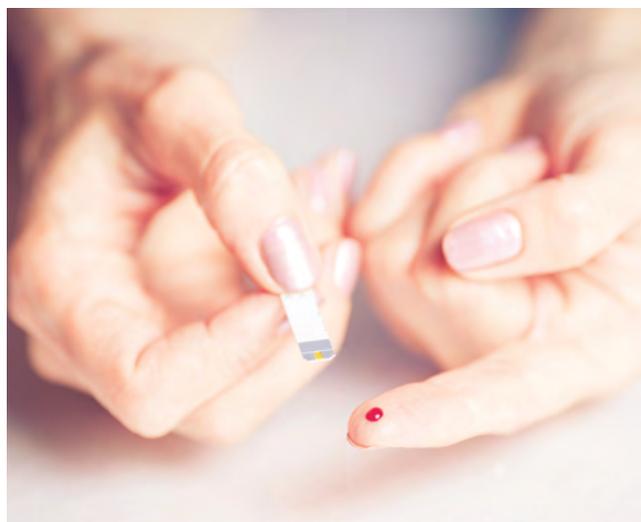
Vers un « pancréas technologique »

Car s'il y a un domaine dans lequel les technologies font des progrès stupéfiants, c'est bien celui de la diabétologie ! En 2016, le contrôle de la glycémie via une piqûre au bout du doigt a fait place au « Continuous Glucose Monitoring » (CGM). Ce capteur, collé à même la peau, contrôle la glycémie minute par minute et communique via une appli sur smartphone. Les diabétologues peuvent ainsi consulter l'évolution glycémique à distance, via une plateforme dédiée et aider leurs patient.es à distance.

Bientôt, le CGM enverra l'information au stylo-injecteur d'insuline qui proposera la dose adéquate. Mieux certain.es patient.es sont équipé.es d'un dispositif appelé « boucle fermée » : la pompe et le capteur communiquent en permanence et gèrent seuls la glycémie. Ce « pancréas technologique » existe déjà en Belgique pour certains patients diabétiques de type 1.

L'indispensable expertise du diabétologue et de son équipe

Les pompes les plus récentes proposent toujours plus de fonctions. Par exemple, elles sont capables de détecter une hypoglycémie et d'interrompre la délivrance d'insuline quelques heures (photo 1). En cas d'hyperglycémie, elles émettent une alarme. « Bref, nous avons de plus en plus de filets de sécurité technologiques qui facilitent la prise en charge », commente le Dr Oriot. « Mais ces dispositifs doivent être gérés par des médecins diabétologues ou des infirmier.ères spécialisé.es en diabétologie, qui sont rompu.es à la manipulation de ces technologies et à la prise en charge du diabète. Raison pour laquelle il est primordial de les contacter quand c'est nécessaire. »



Des patient.es très bien éduqué.es

Les patient.es équipé.es de cette technologie médicale la connaissent bien. D'ailleurs, pour pouvoir prétendre à une pompe à insuline au CHM (1), ils ou elles doivent d'abord suivre un rigoureux programme d'éducation thérapeutique. Chaque module fait l'objet d'une évaluation qui doit être réussie avant de passer au module suivant. « Nos patient.es sont donc très bien éduqué.es au bon usage de leur pompe », explique le Dr Oriot. *Le problème, c'est lorsque la personne diabétique n'est plus en état de gérer son matériel seule... »*

Exemples de situations à risque :

- un accident de la route lors duquel la pompe a été endommagée ou arrachée ;
- un ambulancier qui ne reconnaît pas le dispositif et le retire pendant le transport vers les Urgences ;
- un médecin qui débranche la pompe suite à une injection de glucagon ;
- une intervention chirurgicale en urgence pour laquelle on retire la pompe sans relai insulinaire, etc.

De telles situations sont plutôt rares, mais elles existent. De plus, vu le nombre croissant de patient.es équipé.es de pompe à insuline ou qui le seront à l'avenir (1), ces événements indésirables, mais évitables risquent de se multiplier.



Photo 1. Pompe par perfusion continue avec tubulures - Diabète de type I

À quoi ressemble une pompe à insuline ?

Les pompes à insuline existent depuis une vingtaine d'années. Le modèle le plus courant en Belgique est un peu plus gros qu'un smartphone et se porte en bandoulière. Au bout d'une tubulure de taille variable, un système d'injection sous-cutanée délivre la dose d'insuline via une canule. Cette canule, qui doit être changée tous les trois jours, est fixée sur les mêmes sites habituels d'(auto)injection du ou de la patient.e : le ventre, le haut d'une cuisse, le bras, etc. (photo 1).

Depuis septembre 2020, certain.es patient.es du CHMouscron sont équip.e.s de pompes-patches qui se collent eux aussi sur les sites d'injection. Sur ces nouveaux modèles, il n'y a plus ni tubulure ni canule. Le dispositif a été miniaturisé ; ses dimensions sont d'environ 4 cm sur 5 et de 1,5 cm d'épaisseur (photo 2).



Photo 2. Pompe-patch sans tubulure ni canule - Diabète de type 1



Photo 3. Système de surveillance du taux de glucose par capteur

En cas d'hospitalisation programmée ou attendue, c'est facile : il suffit de prévenir le service de diabétologie. *« Par exemple, quand une patiente diabétique de type 1 va accoucher, elle doit être soignée par pompe à insuline. La maternité nous prévient et notre équipe se rend sur place. »*

Qui contacter lorsque qu'un patient diabétique est soigné par pompe ?

C'est lors de situations médicales aiguës et/ou imprévues que les choses peuvent se gêner. Normalement, les patient.es sous pompe doivent toujours avoir sur eux ou elles une carte reprenant les numéros de téléphone à contacter en cas de problème : le service de diabétologie où ils ou elles sont suivi.es, les Urgences en cas de problème de santé ou un numéro gratuit commençant par 0800, fourni par le fabricant, à former en cas de problème ou défaillance technique de la pompe.

En l'absence de cette carte et faute d'un proche pouvant prévenir les professionnels du statut diabétique de la personne ou encore si celle-ci est inconsciente ou dans le coma, il convient de rechercher un éventuel diabète de type 1 dans son DMI ou sur le Réseau Santé Wallon. *« Au pire, si la pompe est défectueuse ou retirée, vous finirez par le voir, car le monitoring des corps cétoniques et des glycémies révélera des taux très élevés »,* poursuit le Dr Oriot. *« Mais l'idéal est bien sûr de le savoir avant. Dans tous les cas, il ne faut jamais débrancher une pompe à insuline et certainement pas sans l'avis d'un.e diabéto-logue. »*

Durant les heures ouvrables, le service de diabétologie du CHMouscron est joignable au +32(0)56 85 81 41. Une garde de médecine interne est présente sur place la nuit et les week end. Dès lors, les diabétologues peuvent être contactés via cette garde pour toutes questions aux sujets de ces patients porteurs de pompe à insuline.

Les relais insuliniques

Si la pompe est défectueuse ou débranchée, il convient bien sûr d'assurer un relai insulinique dans l'heure, par stylo-injecteur ou par voie intraveineuse. Les hôpitaux disposent de pousse-seringues qui permettent d'administrer l'insuline en perfusion continue. Un membre du personnel infirmier doit alors contrôler la glycémie toutes les heures afin de régler la délivrance d'insuline. *Car « stabiliser la glycémie est tout aussi important et doit être fait en même temps que la prise en charge du problème médical et/ou chirurgical qui a conduit un.e patiente au CHM »,* conclut le diabéto-logue. *« Le cas échéant, une fois qu'il ou elle est stabilisé.e sur tous les plans, il faudra bien entendu rebrancher la pompe à insuline ambulatoire. »*

Note

1. Actuellement, en Belgique, les pompes à insuline ne sont remboursées qu'en cas de diabète de type 1 sévère ou instable et en présence de comorbidité(s).

Quand demander une scintigraphie osseuse ?



La scintigraphie osseuse est l'examen le plus fréquemment réalisé par le service de médecine nucléaire du CHMouscron. Les Drs Anne DELCOURT et Félicie SHERER vous dressent le tableau des indications de cette imagerie fonctionnelle sont plus étendues qu'on ne le croit.

La scintigraphie osseuse est généralement associée aux bilans d'extension et à la recherche de métastases osseuses. Mais elle ne se limite pas à ces indications oncologiques. « Cet examen est prescrit lorsqu'un patient a mal quelque part et que les précédentes investigations n'ont pas permis de déterminer la cause et l'origine de la plainte », explique la Dr Anne Delcourt, chef du service de médecine nucléaire¹. « Soit parce que la radiographie n'a rien révélé d'anormal, soit parce que la douleur éprouvée est diffuse et généralisée et qu'on ne peut pas scanner tout le corps. La scintigraphie osseuse, par contre, est un examen peu irradiant, qui permet de visualiser tout le squelette et de détecter une éventuelle activité métabolique inhabituelle. Et donc, de confirmer ou d'exclure toute une série de diagnostics. »



Caméra « hybride » de haute qualité capable de réaliser dans le même temps une scintigraphie et un CT-Scan.

Une imagerie fonctionnelle

La scintigraphie osseuse met en évidence les signes de souffrance osseuse. « Nous utilisons essentiellement du technétium-99 métastable ($Tc-99m$)² », rappelle la Dr Félicie Sherer, médecin nucléariste. « Ce traceur isotope peut s'attacher à différents vecteurs et différentes cibles. Dans le cas d'une scintigraphie osseuse, le $Tc-99m$ -HDP se fixe sur la matrice osseuse néoformée par les ostéoblastes. Nous le voyons grâce aux rayons gamma émis par le traceur isotope. En d'autres termes, ce n'est donc pas la lésion en tant que telle que nous voyons, mais bien l'activité de l'os qu'elle génère. »

Des fractures occultes

Ceci permet de détecter des lésions subtiles et certaines fractures très fines, peu, voire pas du tout visibles aux rayons X.

Exemples :

- les fractures de fatigue du sportif ou sur ostéopénie ;
- les fissures du col du fémur ou du bassin, fréquentes chez les patientes atteintes d'ostéoporose et qui ont fait une chute ;
- les fractures spiroïdes, causées par une torsion du bras, etc.

« Chez les enfants victimes de violences intrafamiliales, cette imagerie peut aussi révéler des fractures plus anciennes, car le cal osseux continue à fixer le traceur isotope pendant des mois », explique la Dr Delcourt. « En cas de

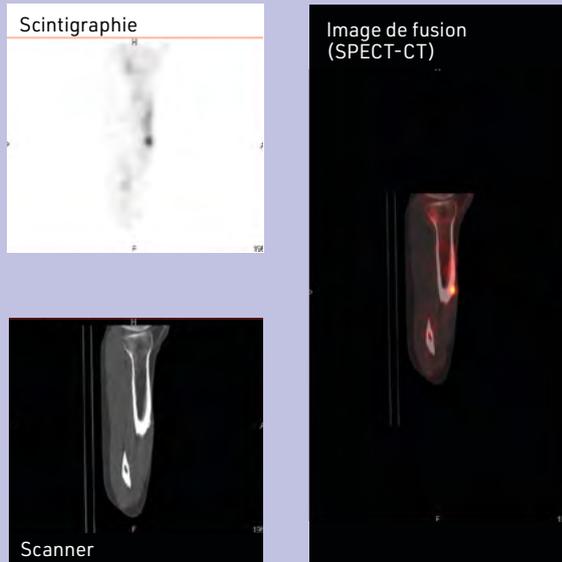
suspicion de maltraitance, les pédiatres et médecins généralistes ne doivent donc pas hésiter à nous les référer. »

Douleurs distales

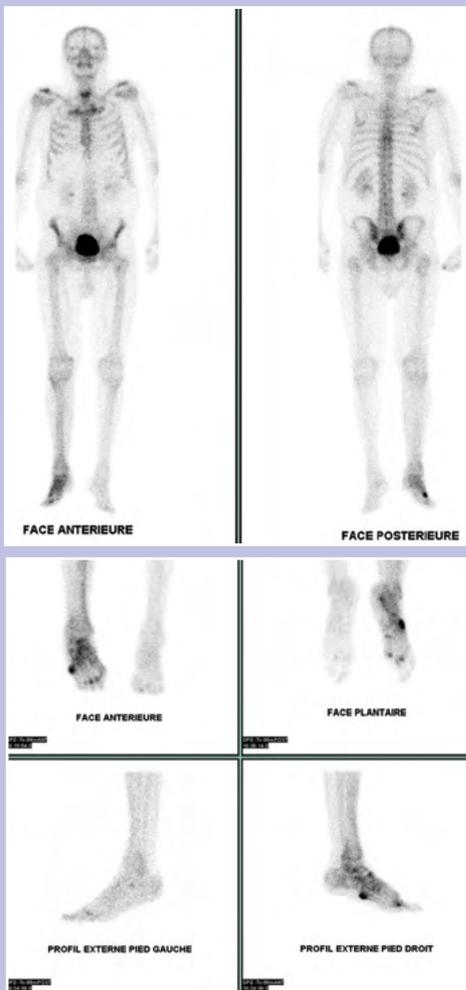
La scintigraphie osseuse aide à déterminer l'origine d'une douleur distale et projetée. « Nous recevons des patients qui ont mal au genou, par exemple, qui ont déjà fait plusieurs imageries (radio, scanner, échographie, etc.), toutes négatives », relate la Dr Delcourt. « Or, avant de cibler la zone concernée par la plainte, nous réalisons d'abord des clichés du corps entier. Et là, nous découvrons parfois que le problème ne vient pas du genou, mais de la cheville ou de la hanche. Et comme nous utilisons une caméra hybride SPECT-CT – avec un scanner intégré –, la superposition des deux types d'imagerie nous permet de localiser précisément la lésion. »

La médecine nucléaire permet aussi de réaliser des bilans thyroïdiens, d'appliquer la technique du ganglion sentinelle dans certains types de cancer et de diagnostiquer les embolies pulmonaires et la maladie de Parkinson. Pour en savoir plus, rendez-vous dans notre prochaine édition !

Fracture de fatigue du tibia chez un sportif



Fracture de fatigue du 5^e métatarsien + algodystrophie



Un « gold standard » en orthopédie

La scintigraphie peut servir à dater un tassement lombaire, grâce au niveau d'activité des ostéoblastes. « En orthopédie, la scintigraphie osseuse est d'ailleurs le "gold standard" pour détecter toute une série de problèmes, notamment les complications de prothèse », explique la Dr Sherer. « Par exemple, un descellement de prothèse de hanche finit par irriter et user l'os. Là encore, cela sti-

mule l'activité des ostéoblastes. Sans contexte de trauma, cette activité osseuse anormale met un certain temps à se mettre en place, mais si le ou la patient.e a mal, c'est que l'usure est déjà avancée ; nous la verrons nécessairement. »

Algodystrophie et infections

La scintigraphie osseuse confirme aussi les diagnostics d'algodystrophie (syndrome douloureux régional complexe) ou encore d'ostéite. Cette inflammation osseuse se rencontre parfois chez les diabétiques atteints d'un mal perforant plantaire qui progresse jusqu'à atteindre l'os. Idem en cas de matériel de synthèse. « Pour confirmer une infection sur une prothèse, nous couplons la scintigraphie aux globules blancs marqués », explique la Dr Delcourt. « Nous injectons des anticorps qui se lient spécifiquement aux globules blancs. Aucun autre examen d'imagerie ne permet de voir ces infections. De plus, la présence de composants métalliques dans le corps n'est pas un problème en médecine nucléaire ! »

Prescription et protocole

Les deux nucléaristes se félicitent des excellents contacts qu'elles entretiennent avec leurs confrères et consœurs de l'hôpital et des praticiens de première ligne de la région. « Ils ne doivent pas hésiter à indiquer un maximum d'informations cliniques sur la demande d'examen », encourage la Dr Sherer. « Que cherchent-ils ? Que soupçonnent-ils ? Quels examens ont déjà été réalisés ? Une fois les clichés acquis, nous rédigeons le protocole le jour même et nous l'envoyons rapidement au médecin prescripteur, via la plateforme Medibridge ou par courrier postal. Et, bien sûr, nous nous tenons à leur disposition pour discuter des résultats par téléphone. »

Notes

1. Le service de médecine nucléaire du CHMouscron dispose de deux caméras hybrides (6 et 16 barrettes) et réalise plus de 3 500 examens par an.
2. D'autres isotopes sont bien sûr utilisés pour d'autres types d'imagerie nucléaire.

La scintigraphie osseuse en pratique

- La scintigraphie osseuse est contre-indiquée chez les femmes enceintes ou allaitantes. Dans le doute, un test de grossesse est réalisé. Les patientes en âge de procréer sont donc encouragées à passer l'examen pendant leurs règles ou au début de leur cycle.
- Il n'est pas nécessaire d'être à jeun.
- Le jour du rendez-vous, les patient.es doivent d'abord s'inscrire aux guichets polycliniques (route 165) avant de se rendre en scintigraphie (route 299 - ☎ : +32 (0)56 85 80 01).
- L'injection du traceur et d'éventuels clichés précoces sont faits en matinée (20 minutes).
- La (seconde) série de clichés est prise 2 h 30 plus tard, dure environ une heure et peut être complétée par un CT-scan.
- Les patient.es doivent boire un litre de liquide avant l'examen proprement dit et un autre litre après, pour mieux éliminer l'isotope.

ODEURS

Par le Dr Isabelle Walther

Le pouvoir, non pas des fleurs mais des odeurs

L'odeur du café le matin... comme la sonnerie du réveil qui manquerait...

L'odeur du dentifrice... comme s'il n'était plus efficace...

L'odeur du café et du dentifrice mêlé... ça c'est bien car c'est beurk... comme le goût mélangé des deux d'ailleurs...

L'odeur de la chambre... parfois bien, parfois dommage...

L'odeur de la glycine au printemps... aucun repère, aucune indication de l'arrivée du printemps

L'odeur du froid en hiver...

L'odeur de la maison... plus mes repères, qui me disent que je suis bien chez moi...

L'odeur de la maison propre... ah bon, Éva est passée?

L'odeur de son propre parfum... je ne le sens plus... ou je ne sais plus me sentir...

L'odeur de son Amoureux, de son parfum... idem... je ne sens plus, je ne le sens plus, je ne peux même plus lui dire qu'il sent bon... que je préfère tel ou tel parfum...

L'odeur du linge propre... ah bon, c'est lavé ça?

Ou du linge sale... oui ça c'est pas lavé... c'est bien ce que je disais...

L'odeur de son enfant... mon P... et ma L... ils sentent bon ou pas ce matin... aucune idée.

L'odeur après le sport... en général désagréable... sais plus...

L'odeur du pain grillé... synonyme de vacances ou du moins de we, de temps devant soi... d'un œuf à la coque...

L'odeur du bois... j'adore mais...

L'odeur du feu de bois... une petite soirée au coin du feu avec F..., une côte à l'os avec des amis? Possible...

L'odeur de la bougie qui s'éteint... fin de soirée... super réussie, comme toujours. Il est tard mais on est heureux...

L'odeur des oignons... ah ça, ça veut dire sauce ou plats mijotés... miammm...

L'odeur des pignons de pain qui cuisent... salsa et barbecue...

L'odeur du barbecue... justement, celui-là non plus je ne le sens plus... c'était pourtant promesse d'une belle soirée...

L'odeur du vin... mes possibles talents d'œnologue sont tués dans l'œuf...

L'odeur du cacao... ça c'est P... qui part à l'école...

L'odeur de la grenadine... très rare que j'en prenne mais j'aime cette odeur d'enfance...

L'odeur du cognac... oui bon ça c'est plus fort, plus sérieux, plus fin de soirée...

L'odeur de l'été, de la chaleur, des plantes écrasées pas la chaleur... synonyme de vacances, de voyages, du sud...

L'odeur des pins, des sapins, ça dégage le nez... ah bon?!

L'odeur de l'humus... promenade en forêt, que l'on ne fait plus vraiment non plus...

L'odeur de la lavande... une de mes plus grosses pertes...

L'odeur des roses... difficile aussi...

L'odeur du muguet, le printemps est là... cette année, je l'attends toujours...

De toutes les fleurs en fait... Même celles qui sentent mauvais... eh oui, ça arrive...

L'odeur de l'eau... oui même l'eau a une odeur... que je ne sens plus non plus bien sûr...

L'odeur de l'essence... départ en vacances...

L'odeur du diesel... idem mais en plus dégueulasse...

L'odeur du white spirit... oufti, ça prend au nez... ça c'est synonyme de peinture, d'aménagement, de changement, de renouveau...

L'odeur de l'ammoniac... oups... paraît que ça rééduque le nez après le Covid... eh ben, ils y vont fort...

L'odeur du soufre... ça, étonnement, j'aime... j'aimais bien, nuance...

L'odeur des champignons, dans les bois ou à la casserole... un de mes péchés mignons... disparue aussi...

L'odeur du chocolat noir, 75%, 80%, miammm... que de bonnes choses, de belles choses... impression qu'on croque un peu de voyage...

L'odeur de l'œuf pourri ou d'une moule avariée... ahhhhh! Quelle horreur mais cela vous sauve une vie...

L'odeur d'une cigarette... ancien souvenir de soirées...

L'odeur de nos petits chats... je ne me rappelle plus...

QUOI DE NEUF ?

ARRIVÉ(E)S

Docteur Théophile TAMAKLOE, médecin spécialiste au service de Cardiologie a rejoint l'équipe des cardiologues : Dr M. KAMGA, Dr F. LIEM, Dr N. MBEKU, Dr X. MICHEL, Dr E. PATERNOTTE, Dr A. SOURGKOUNIS.

Docteur Nicolas DUHAMEL, médecin spécialiste au service de Pneumologie a rejoint l'équipe des pneumologues : Dr A. BETANCURT, Dr M-O BLEUZE, Dr A. STRECKER, Dr S. VINTILA, Dr A. VEGA ARIAS.

Docteur Elliot SABOGAL, médecin spécialiste au service d'Orthopédie-Traumatologie a rejoint l'équipe des orthopédistes : Dr J-F. LABRIQUE, Dr B. GADISSEUX, Dr J-R. LAURENT, Dr B. MENGAL. Médecins Consultants Externes en Orthopédie - Traumatologie : Dr M. BERTRAND et Dr O. NOSEDA

Docteur Maria-Claudia NEGREA, médecin spécialiste au service d'Endocrinologie-Diabétologie a rejoint l'équipe des endocrinologues-diabétologues : Dr M. GAVRILIU et Dr P. ORIOT



DÉPARTS

Docteur Marie-Christine EVERAERTS, médecin spécialiste en Ophtalmologie, a cessé ses activités en septembre 2021.

Docteur Valérie PROVOST, médecin spécialiste en Pédiatrie pour le Centre Ouïe et Parole, a cessé ses activités en septembre 2021.

Docteur Lionel VAN MALDERGHEM, médecin spécialiste en Génétique médicale, est décédé en juillet 2021.



QUOI DE NEUF ?



PublicCHMed 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, F. OLLEVIER, Adobe Stock

Rédaction : CHMouscron et Candice LEBLANC, Journaliste rédactrice indépendante

Collaborateurs : F. RENARD, M. NICKMILDER, Dr Ph. GADISSEUX, Dr G. DEBUGNE, Dr Ph. ORIOT, Dr Ph. FRANCOIS, Dr D. HEUKER, Dr A. DELCOURT, Dr F. SHERER

