19/11 | JOURNÉE MONDIALE DES TOILETTES

Un besoin pressant ? Les toilettes svp

PP. 8-9

Votre santé nous tient à cœur

Le patient

Le magazine de votre hôpital universitaire | Mensuel N°27 | octobre 2018

08/11 | JOURNEE MONDIALE DE LA RADIOLOGIE

PP. 2-4

DE RÖNTGEN À LA RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

L'intérieur du corps n'a plus de secret pour la médecine. Entretiens avec le Dr Meunier et le Pr Hustinx sur un incroyable bond technologique

17/11 | PRÉMATURITÉ

PP .5-6

UN BÉBÉ SUR DIX NAÎT PRÉMATURÉ DANS LE MONDE

24/11 | VACCINATION CONTRE LA POLIO

C'EST LA VACCINATION QUI A SAUVÉ LE PLUS DE VIES HUMAINES

P. 10

L'HOMME TRANSPARENT

DES RAYONS X À L'IMAGERIE MODERNE

Digne héritière de la découverte des « rayons X » à la fin du XIXe siècle, la radiologie a révolutionné la pratique médicale. Comment concevoir aujourd'hui la médecine sans image ? Elles ont rapidement acquis un rôle central au cœur de l'observation et de la compréhension du corps humain, des pathologies, du diagnostic, de la recherche et même de la thérapeutique. Grâce à une progression spectaculaire de la radiologie les 40 dernières années, l'intérieur du corps n'a presque plus de secret pour nous. Pourtant, l'imagerie médicale est encore loin d'avoir épuisé toutes ses promesses.

Au moment même où en France les frères Lumière inventaient le cinéma, en Allemagne, le physicien W. K. Röntgen faisait une étrange découverte: des rayons capables de traverser la matière. Le soir du 8 novembre 1895, Röntgen réalisait sans le savoir les premières radiographies de l'histoire, en plaçant divers objets dans le faisceau des rayons devant une plaque photographique en verre.

Transpercés par les rayons, les objets manifestaient une transparence variable. Il répéta alors l'expérience avec la main de son épouse, laissant un cliché devenu illustre. La médecine ne serait plus jamais la même. L'invisible était devenu visible. Baptisée « rayons X», cette curieuse invention fit le bonheur des fêtes foraines avant que ne se développent les premières applications médicales. Six années plus tard, elle valut au chercheur le tout premier Prix Nobel de physique.

LA MAIN DE MME RÖNTGEN (1895)

«Aujourd'hui, même si elle a beaucoup progressé dans sa mise en œuvre, ses résultats et sa sécurité, la radiologie conventionnelle fonctionne toujours selon le même principe», explique le Dr Paul Meunier, chef du Service de Radiodiagnostic au CHU de Liège. « *Très longtemps on n'a disposé que de la radiologie conventionnelle, qui permettait de voir essentiellement les os et les poumons. Dans les années '30, on a découvert l'apport des produits de contraste, à boire ou injecter, qui permettent de suivre la progression du liquide dans l'appareil urinaire, digestif et vasculaire. Puis progressivement à partir des années '70, d'autres techniques ont été mises au point : l'échographie, le CT scanner, puis l'IRM* ». Avec la radiologie conventionnelle, ces techniques constituent ensemble la «boîte à outils» du radiologue actuel.

LE DR MEUNIER
CHEF DU SERVICE DE RADIODIAGNOSTIC

PREMIERS SUCCÈS : LES « PETITES CURIE »

À l'aube de la Grande Guerre, Marie Curie, physicienne elle aussi, dessine le tout premier véhicule d'ambulance équipé pour la radiographie. Elle partira aux quatre coins du front dans une de ces «Petites Curie» pour faire passer des radiographies aux soldats blessés. Les photos en 2D, face et profil, permettent aux chirurgiens de localiser les projectiles, balles ou débris de grenade, et de les extraire. Désormais, plus aucun hôpital ne serait dépourvu d'appareil radiographique.

Aujourd'hui, la radiologie conventionnelle fonctionne toujours selon le même principe

"Le rôle des médecins dans la bataille de Liège" (Louis Maraite)

"Le rôle des médecins dans la bataille de Liège" (Louis Maraite)

EDITO

VOTEZ POUR LES VACCINS

Alors que débutent ces jours-ci les campagnes de vaccination contre la grippe et que l'on dit tellement de choses négatives sur les vaccins, Le Patient a décidé, avec le Dr Philippe Léonard, spécialiste des maladies infectieuses, de couper les ailes aux idées reçues. Cinq affirmations sont passées au crible. Vrai ou faux ?

Il rappelle que, de tous les actes médicaux, c'est la vaccination qui a sauvé le plus de vies humaines. Vaccinez-vous ! Cela vous évitera peut-être et dans certains cas le recours aux antibiotiques qui sont aujourd'hui prescrits à tort et à travers. *«On estime à 50% le nombre de prescriptions d'antibiotiques qui n'ont pas lieu d'être, pour une grippe ou une bronchite par exemple, et/ou qui ne sont pas utilisées adéquatement »*. Le Patient fait aussi le point, à l'occasion de la journée mondiale de la radiologie, sur cette incroyable évolution technologique qui a révolutionné l'imagerie médicale. Ce sont les ingénieurs qui font évoluer les machines qui facilitent l'interprétation par les médecins. L'homme est aujourd'hui «transparent», l'intérieur du corps n'a quasi plus de secret pour la médecine.

Une médecine qui a de plus en plus besoin de la participation des citoyens. Votre santé, elle dépend aussi de votre propre hygiène de vie, de votre alimentation, et aussi du lavage de vos mains.

Bonne lecture et …bonne santé !

La rédaction

Editeur responsable :
Sudpresse - Pierre Leerschool
Rue de Coquelet, 134 - 5000 Namur
Rédaction :
• Frédérique Siccard
• Vinciane Pinte
• Georges Larbuisson
• Caroline Doppagne
• Cécile Vrayenne
• France Dammel
Coordination :
• Louis Maraite
• Rosaria Crapanzano
Photographies :
• Michel Houet
• François-Xavier Cardon
Mise en page :
• Sudpresse Creative
Impression :
• Rossel Printing

" li ci k' èst rogneûs k' i s' grète "

(C'est celui qui a des démangeaisons qui se gratte !)

Extrait de « S'initier au wallon liégeois par les proverbes et les expressions», Dr Emile Meurice, Éditions du C.R.I.W.E., Djazans walon, 176 pages

DE RÖNTGEN À LA RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

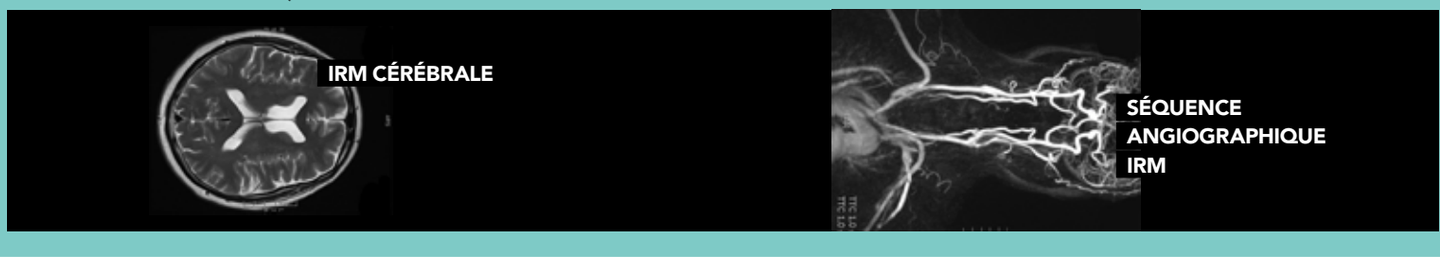
4 techniques complémentaires

• LA RADIOGRAPHIE CONVENTIONNELLE découverte en 1895, elle utilise les rayons X. Elle produit des images photographiques en 2D (face et profil) et sert entre autres à diagnostiquer les fractures, pneumonies, etc.

• L' ÉCHOGRAPHIE : Appliquée en médecine à partir des années '70, l'échographie utilise les ultrasons, sur le principe du sonar développé pour détecter les sous-marins ennemis durant la guerre 1940-1945. L'échographie sera d'abord appliquée en obstétrique, puis en gynécologie. Elle sert aussi par exemple à détecter des problèmes abdominaux, musculo-tendineux ou thyroïdiens.

• LE CT SCANNER (computed tomography) ou tomodensitométrie : mis au point en 1972, il associe les rayons X à l'ordinateur inventé durant la Deuxième Guerre mondiale. Il nécessite souvent l'injection de produits de contraste. La source de rayons X tourne autour du sujet pour produire des images numériques 3D reconstituées par ordinateur : le scanner donne les premières coupes anatomiques virtuelles sur un être vivant. Souvent utilisé en cas d'urgence, il offre une excellente vision spatiale et permet d'observer des structures millimétriques.

• L'IRM/RMN (imagerie par résonance magnétique) conçue en 1985, elle utilise les propriétés du champ magnétique associées aux ondes de radiofréquence. Si son principe est fondamentalement différent, l'IRM est souvent confondue avec le scanner : le patient est également installé dans un « tunnel », elle nécessite souvent l'usage de produits de contraste, et les images acquises découpent également le corps en « tranches ». Mais l'examen IRM est plus long (30 minutes, contre 5 à 15 minutes pour un scanner), n'est pas irradiant, et excelle plutôt dans la vision des contrastes entre des tissus de composition différente.



IRM CÉRÉBRALE

SÉQUENCE ANGIOGRAPHIQUE IRM

TECHNOLOGIE

L'INTÉRIEUR DU CORPS N'A PLUS DE SECRET POUR LA MÉDECINE

ENTRETIENS AVEC LE DR MEUNIER ET LE PR HUSTINX SUR UN INCROYABLE BOND TECHNOLOGIQUE

De l'ombre portée photographique des os à la reconstitution d'images 3D en mouvement, la radiologie a fait un bond incroyable en l'espace de 40 ans : « *Aujourd'hui, on peut quasiment tout voir, l'intérieur du corps n'a presque plus de secrets pour la médecine* ». La radiologie est devenue l'imagerie médicale, permettant de voyager véritablement à l'intérieur du corps humain.

POURQUOI LES TECHNIQUES NON IRRADIANTES N'ONT-ELLES PAS SUPPLANTÉ LES RAYONS X ?

« *Parce que ces techniques ne sont pas du tout concurrentes, mais bien complémentaires* », souligne le Dr Meunier. « *L'imagerie permet de voir beaucoup de choses, mais à condition de savoir ce que l'on cherche ! Chaque technique peut montrer des choses différentes et répond à des indications précises. Cela n'a pas de sens de faire une image pour une image. Par exemple, l'échographie explore un calcul vésiculaire mieux que le scanner. Et le scanner explore mieux le parenchyme pulmonaire que l'IRM* ». C'est le rôle du radiologue de déterminer l'examen le plus adéquat, avec le plus grand confort possible pour le patient et le moindre coût pour la société.

OBSERVER, DIAGNOSTIQUER… SOIGNER

La révolution de la radiologie, c'est la possibilité d'observer l'intérieur du corps humain sans l'abîmer ni même le toucher. Mais pas seulement. Pour le Pr Roland Hustinx, chef du Service de Médecine nucléaire et imagerie oncologique du CHU de Liège, ce que l'imagerie médicale a de remarquable, c'est « *la diversité et la multiplicité de ses applications dans le temps et aux différentes étapes du processus médical* ». Elle intervient dans une foule de recherches, « *et tient un rôle central dans un grand nombre de pathologies : au niveau du diagnostic ; du bilan d'extension de la pathologie ; de l'évaluation de l'efficacité du traitement et de la complétion du traitement… Et même en thérapeutique !* ».

Car à côté du radiodiagnostic, une foule d'actes médicaux invasifs sont réalisés par des radiologues ou sous contrôle radiologique, pour traiter ou diagnostiquer nombre de pathologies. C'est ce qu'on appelle la « radiologie interventionnelle », qui permet par exemple d'accéder à une lésion située à l'intérieur de l'organisme pour effectuer un prélèvement, d'obturer des vaisseaux, de brûler des tumeurs, d'aspirer des caillots en cas de thrombose, etc.

LE CONFORT DU PATIENT AU CŒUR DES PERFORMANCES

« *Les progrès de la radiologie ont considérablement amélioré à la fois la quantité et la qualité des informations qu'on peut récolter au cours d'un même examen* », commente le Dr Meunier. « *Les machines sont toujours plus performantes, moins irradiantes, les images toujours plus précises et plus rapidement obtenues. Par exemple, fin des années '80, un CT scanner réalisait des coupes de 10 mm. Aujourd'hui nous pouvons obtenir des centaines de coupe millimétriques en vision quasi immédiate !* ».

Corollaire de ces évolutions, le confort du patient est devenu une priorité. Il faut s'imaginer : au début du XXe siècle, la moindre radiographie demandait de très longues minutes de temps de pose, sans bouger, dans des positions souvent gênantes et inconfortables. Les premiers scanners prenaient environ 1 heure 30, pour obtenir des images approximatives. Les progrès de la radiologie ont fait disparaître quantité d'examens incommodants, désagréables ou moins performants. « *Les examens sont toujours plus rapides, plus confortables, moins invasifs… Et leurs performances accrues ont permis d'obtenir de meilleurs diagnostics, plus rapidement, avec moins d'examens inutiles et une meilleure adaptation des traitements* ».

LE PR. HUSTINX
CHEF DU SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE ET IMAGERIE ONCOLOGIQUE

LA QUALITÉ DE L'EXAMEN DÉPEND DU PATIENT !

La prise en compte du confort du patient implique réciproquement que les recommandations avant un examen ne sont pas à prendre à la légère ! « *On laisse les patients s'hydrater avant un examen (eau sucrée, café). On les laisse manger autant que possible afin d'éviter de longs jeûnes… Dès lors, si on leur demande d'être à jeun c'est que c'est absolument indispensable. À jeun, cela signifie ni aliment, ni boisson, ni tabac* », insiste le Dr Meunier. « *En clair, le résultat de l'examen dépend de la collaboration du patient* ».

Il peut aussi arriver, et nous le comprenons très bien, que les patients aient peur de l'examen, ce qui entrave son bon déroulement. Le radiologue, les infirmiers (-ères) et les techniciens sont aussi là pour les rassurer et répondre à leurs questions !

Il s'agit que le patient soit rigoureux avec sa préparation autant que le radiologue est rigoureux avec les rayons X, dans une relation de confiance mutuelle essentielle à la réussite de l'examen. « *La qualité de l'image dépend en partie du patient, qui participe activement à l'acte technique dans une collaboration avec le radiologue. Il peut aussi arriver, et nous le comprenons très bien, que les patients aient peur de l'examen, ce qui entrave son bon déroulement. Le radiologue, les infirmiers(-ères) et les techniciens sont aussi là pour les rassurer et répondre à leurs questions* ».

Le résultat de l'examen dépend aussi de la collaboration du patient.

PAS DE CRAINTE … MAIS PAS D'ABUS NON PLUS !

FAUT-IL CRAINDRE LES RADIOS ?

Parmi les quatre techniques de radiodiagnostic, deux sont non irradiantes : l'échographie (ultrasons) et l'IRM (champ magnétique). Les deux autres, à savoir la radiographie conventionnelle et le scanner, utilisent des rayons X et exposent donc le patient à des rayonnements ionisants. « *Seuls ces deux examens ont une toxicité potentielle,* rappelle le Dr Meunier. *Mais la prise de conscience est ancienne : la radioprotection a émergé très tôt, parce que de nombreux radiologues, exposés à l'époque en permanence, mouraient de cancer. En outre, les machines sont actuellement beaucoup moins irradiantes. Si le risque existe, il est de plus en plus limité et contrôlé. Il faut le relativiser par rapport au bénéfice du diagnostic obtenu par l'examen* ».

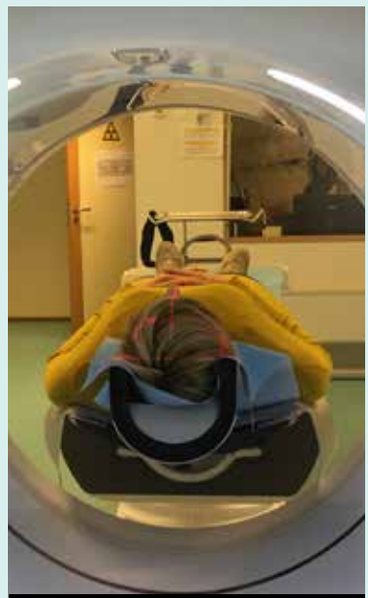
« *En fait, les rayons ont principalement un impact sur les tissus en croissance* », explique le Dr Meunier, « *d'où la prudence accrue dont nous faisons montre face aux enfants, aux jeunes et aux femmes enceintes* ». La prudence est également de mise en cas de suivi régulier, qui imposerait une exposition répétée sur le long terme. Entre les deux extrêmes, il ne faut ni craindre les rayons ni en abuser : « *Même si l'image rassure le patient, elle doit être médicalement justifiée. Les rayons X sont un outil fabuleux qui sauve de nombreuses vies, mais le radiologue pèsera toujours l'équilibre entre nécessité et risque.* ».

ET LES PRODUITS DE CONTRASTE ?

Les produits de contraste ont énormément progressé : « *ils provoquent de moins en moins d'effets secondaires. Les nausées et les vomissements sont devenus très rares, de même que les réactions allergiques* ». Certains patients craignent les produits de contraste, se croyant allergiques à l'iode. « *Mais il n'existe pas de véritable allergie à l'iode* », insiste le Dr Meunier. « *Il peut arriver qu'un patient développe une allergie à un produit de contraste iodé. Mais il s'agit d'une allergie au substrat et non à l'iode en lui-même. Dans ce cas, on teste d'autres produits en collaboration avec l'allergologue, car sans contraste on perd beaucoup d'informations. Quant à la sensation de chaleur après une injection, elle peut être tout à fait normale ; il ne s'agit pas d'une allergie* ».

LE CHU À LA POINTE DE L'IMAGERIE

Au CHU de Liège, trois services se recouvrent largement : le service de Radiodiagnostic, le service de Radiothérapie, ainsi que le service de Médecine nucléaire et imagerie oncologique dirigé par le Pr Roland Hustinx. Leur point commun ? « *Les activités de ces trois services, qu'elles soient diagnostiques ou thérapeutiques, reposent sur l'imagerie médicale* », analyse le Pr Hustinx. « *D'où l'idée de les fédérer par la création d'un Département de Physique médicale, c'est-à-dire une structure transversale dans laquelle les trois services mettent leurs ressources en commun* ». Une approche assez novatrice, inspirée des modèles scandinaves et anglo-saxons : le CHU de Liège est le seul hôpital belge à s'être doté d'une telle structure.



Les nouvelles machines sont hybrides

Depuis son lancement en 2011, les performances du Département de Physique médicale ne font aucun doute : « *dans un contexte d'évolution technologique très rapide, il permet de se doter des meilleures technologies d'imagerie médicale, et de bénéficier des meilleurs experts. Au sein du Département, les échanges sont constants entre les trois services* ». A la clé, une meilleure circulation des images, une meilleure interprétation, un meilleur diagnostic, le tout au service d'une meilleure prise en charge des patients. « *En particulier pour les patients dont le parcours les mènera au travers des trois services, comme c'est souvent le cas notamment pour les patients oncologiques* », précise le Pr Hustinx. L'enjeu est également de répondre aux besoins du futur Centre intégré d'oncologie (CIO), où sera installé un parc complet d'imagerie oncologique.

L'IMAGERIE HYBRIDE, ENTRE RADIOLOGIE ET MÉDECINE NUCLÉAIRE

Ces imageries de pointe ne font pas seulement appel aux techniques de radiologie : « *la plupart de nos machines sont hybrides,* commente le Pr Hustinx, *c'est-à-dire qu'elle combinent des techniques de médecine nucléaire avec des techniques de radiologie. La médecine nucléaire réalise de bonnes images du fonctionnement d'un organe, mais donne peu d'informations anatomiques ou structurelles. Exactement l'inverse de la radiologie. En couplant deux types de machines, on obtient un bilan complet en un seul examen. C'est devenu un standard : actuellement, 70 % des examens que nous réalisons sont hybrides* ».

L'avenir est à l'imagerie hybride et à ses promesses : au-delà de son versant diagnostique, ses potentialités thérapeutiques progressent sans cesse dans de nombreux domaines, y compris l'oncologie. « *Par exemple, se réjouit le Pr Hustinx, une nouvelle ligne de traitement pour le cancer de la prostate est en cours d'évaluation* », soit le cancer le plus répandu chez les hommes. « *Nous disposons au CHU d'un traceur radiomarqué spécifique à ce cancer, qui permet en imagerie de détecter les récidives de manière très précoce et de les localiser très précisément, autorisant une thérapeutique beaucoup plus ciblée* ». Si le traitement en est encore au stade expérimental, la découverte constitue un bel espoir, et une arme supplémentaire dans l'arsenal thérapeutique contre le cancer.

JEN. D.

50% DES PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES N'ONT PAS LIEU D'ÊTRE

LE PR. FRIPPIAT
INFECTIOLOGUE

La famille des antibiotiques a évolué depuis la découverte de la pénicilline par Flemming en 1928 mais, entre mauvais usage, surconsommation et automédication, le potentiel thérapeutique de ces médicaments est fortement menacé.

Été 2017. Un homme se blesse au pied dans l'Ourthe. La coupure nécessite quelques points de suture. En quelques jours, la plaie s'infecte, les antibiotiques ne font pas effet. Une semaine plus tard, l'homme est amputé d'urgence : *« La plaie s'est infectée avec des bactéries dont plusieurs étaient présentes dans l'eau. Le fait est que chez ce patient en particulier, se trouvaient plusieurs bactéries en même temps, dont une qui avait un profil de résistance aux antibiotiques assez sophistiqué. Il est malgré tout déroutant de rencontrer ce type de résistance dans un environnement "banal" de la vie de tous les jours »*, relève le Pr Frédéric Frippiat, infectiologue au CHU de Liège. Et de dénoncer, dans la foulée, l'usage excessif des antibiotiques, qui renforce la résistance de nombreuses bactéries.

LES BACTÉRIES RÉSISTENT ET GAGNENT

« Vingt ans après la première utilisation des antibiotiques, l'Homme a cru que la guerre contre les bactéries était gagnée. Et, de fait, le recours aux antibiotiques a sauvé des millions de vies. Mais son usage a aussi rapidement favorisé l'émergence de résistances des bactéries aux antibiotiques. Alors on a inventé de nouveaux antibiotiques, avec la certitude de pouvoir profiter de cette solution indéfiniment. Sans tenir compte des signaux d'alerte », reprend le Pr. Frippiat. Le phénomène, pourtant, n'a cessé de s'amplifier : *« On a constaté des échecs thérapeutiques dès les années 1980 dans la famille des Gram positifs (staphylocoques, streptocoques, entérocoques). A la fin des années 1990, on a rencontré le même phénomène de résistance aux antibiotiques dans les bacilles Gram négatifs. Et actuellement ce phénomène prend une tournure dramatique avec la présence de bactéries résistantes à tous les antibiotiques actuellement disponibles. »*

Cette « explosion » de résistance, accompagnée d'une diminution drastique des moyens que l'industrie pharmaceutique consacre à la recherche sur les antibiotiques, s'inscrit dans une politique de surconsommation qui touche aussi bien la santé humaine que la médecine vétérinaire et l'industrie agro-alimentaire, qui recourt massivement à l'usage préventif d'antibiotiques. *« Cet usage « tous azimuts » favorise la dissémination de germes résistants aux antibiotiques : on en trouve dans les terres, les eaux de surfaces, les sources même ! Personne n'est à l'abri : quand on analyse aujourd'hui la flore intestinale d'un Chinois qui vit à la campagne, en perpétuant un mode ancestral de culture et d'alimentation, on découvre des monstres absolus de résistance aux antibiotiques ! On trouve une plus forte concentration d'antibiotiques dans certains fleuves indiens que dans le sang d'un patient sous traitement ! C'est une aberration ! Je suis en homme en colère »*, tempête encore le médecin.

POSSIBILITÉS THÉRAPEUTIQUES : RETOUR VERS LE FUTUR

En colère, il l'est aussi contre les prescriptions largement excessives effectuées en médecine ambulatoire : *« On estime à 50% le nombre de prescriptions d'antibiotiques qui n'ont pas lieu d'être, pour une grippe ou une bronchite par exemple, et/ou qui ne sont pas utilisées adéquatement : on n'a pas prescrit le bon antibiotique, à bonnes doses et pour une durée correcte. Or, toute prescription antibiotique (bonne ou mauvaise) risque de favoriser la sélection de bactéries résistantes dans votre propre corps (en particulier dans votre flore digestive) pour des durées très longues (mois ou années), bactéries que vous pouvez transmettre potentiellement aux membres de votre entourage direct ou, plus largement, par élimination par voie naturelle. Il faut comprendre aussi que les bactéries ont la capacité de s'échanger entre elles ces mécanismes de résistances, et donc d'amplifier le phénomène. Nous voyons aujourd'hui mourir des patients atteints de germes multirésistants ! »*

Une respiration, un clin d'œil, et le Pr. Frippiat poursuit : *« Prenons ce grand classique. L'automne arrive et, avec lui, des infections essentiellement virales. Vous toussez un peu, vous prenez votre mal en patience. Quinze jours. Vous toussez toujours, surtout la nuit, ce qui réveille votre mari, et puis d'ailleurs le petit est enrhumé aussi. Or, vous savez quoi ? Une toux d'origine virale peut persister jusqu'à 6 semaines ! N'allez pas trop vite chez le médecin et, surtout, n'exigez pas un antibiotique s'il ne vous assure pas que ce traitement est nécessaire. Car si rien ne change, d'ici 2050, on mourra plus d'infections que de cancers, comme au temps d'avant les antibiotiques. »*

F.Si.

LA BELGIQUE, 5E CONSOMMATEUR D'ANTIBIOTIQUES SUR 29 !

« Il est très compliqué d'expliquer pourquoi la Belgique est, quantitativement, dans le top 5 des pays les plus consommateurs d'antibiotiques de l'Europe élargie », remarque Frédéric Frippiat. *« On sait qu'il y a une forte demande de la part des patients, longtemps éduqués à aller chez le médecin pour recevoir des antibiotiques, et qui vivent aujourd'hui dans une société individualiste où chacun veut tout, tout de suite, y compris guérir, fût-ce avec des antibiotiques inutiles. Par ailleurs, la formation des médecins sur le sujet devrait être renforcée et uniformisée dans les différentes Universités, ce qui n'est pas le cas actuellement. Je rêve de formations spécifiques pour les médecins, et de remises à jour obligatoires, avec des moyens de contrôle ad hoc. Ce serait, sans doute, un premier pas. »* Et de conclure : *« Les Pays-Bas, derniers au classement, ont une consommation trois fois plus faible que nous. Or, on n'y meurt pas trois fois plus d'infections… »*

F.Si.

Country	2011	2012	2013	2014	2015	Trends in antimicrobial consumption, 2011–2015	Average annual change 2011–2015	Statistically significant trend
Netherlands	11.4	11.3	10.8	10.6	10.7		-0.21	<
Estonia	12.2	11.7	11.7	11.7	11.6		-0.11	
Sweden	14.3	14.1	13.0	13.0	12.3		-0.51	<
Latvia	12.8	13.0	13.5	12.6	13.3		0.06	
Austria	14.5	14.0	16.3	13.9	14.0		-0.12	
Germany	13.9	14.8	15.7	14.6	14.3		0.07	
Slovenia	14.4	14.3	14.5	14.2	14.5		0.01	
Norway	16.5	16.9	16.2	15.9	15.8		-0.24	
Denmark	17.4	16.4	16.4	15.9	16.1		-0.32	
Lithuania	19.0*	16.2	18.5	16.0	16.7			N/A
Hungary	15.9	15.0	15.5	16.2	17.0		0.33	
Finland	20.1	19.5	18.3	18.1	17.2		-0.71	<
Czech Republic	18.5	17.5	19.0	19.2	19.6		0.38	
Iceland	22.3*	22.1*	21.9*	19.3	19.9			N/A
United Kingdom	18.8	20.1	20.6	20.8	20.1		0.35	
Portugal (a)	23.2	22.7	19.6†	20.3†	21.3†			N/A
Bulgaria	19.5	18.5	19.9	21.2	21.4		0.67	
Croatia	19.4	21.7	21.1	21.4	21.8		0.45	
Malta	23.4	22.5	23.8	23.7	22.2		-0.14	
Spain	20.9†	19.7†	20.3†	21.6†	22.2†		0.47	
EU/EEA	**21.5**	**21.7**	**22.2**	**21.9**	**22.4**		**0.19**	
Slovakia	23.8*	20.0	23.6	20.9	24.5			N/A
Ireland	22.6	23.0	23.8	23.1	25.6		0.60	
Poland (a)	21.7†	22.9	23.6	22.8	26.2			N/A
Luxembourg	27.8	27.7	27.7	25.8	26.3		-0.48	
Italy	28.2	27.6	28.6	27.8	27.5		-0.12	
Belgium	29.0	29.8	29.6	28.4	29.2		-0.09	
France	28.7	29.7	30.1	29.0	29.9		0.18	
Cyprus	32.0*	29.7*	28.3*	26.1*	31.1*		-0.54	
Romania	30.9*	30.4*	31.6*	31.2*	33.3*		0.56	
Greece	35.7	32.5	32.2	35.1	36.1		0.34	

UN SERVICE OÙ GRANDIR DOUCEMENT

Un bébé sur dix naît prématuré dans le monde, soit 15 millions de naissances prématurées chaque année. La Journée Mondiale de la Prématurité permet de mettre en lumière le service de néonatologie du CHU de Liège, le plus important en Belgique francophone. Installé au CHR de la Citadelle, le service universitaire est également le seul à accueillir ensemble mère et enfant en soins intensifs.

« L'ancêtre de notre service, qui s'appelait alors « le Centre des prématurés », était installé à Bavière, de l'autre côté de la rue par rapport à la maternité. Les deux bâtiments étaient reliés par un couloir souterrain. On raconte que les néonatologues de garde, pour aller plus vite, sautaient les barrières et traversaient la rue en courant », sourit Vincent Rigo, chef du service. *« Quand la maternité est venue s'installer à la Citadelle, dans les années 1980, le service a suivi, tout naturellement. »*

Plus question de sauter des barrières ou de courir dans la rue : un néonatologue est toujours de garde dans le service, qui compte 80 infirmières en soins intensifs (NIC) et 20 en soins intermédiaires (N*), mais aussi 7 néonatologues, 6 médecins assistants, 2 psychologues, 1 kinésithérapeute, 1 laborantin, des secrétaires et une équipe de suivi pour les grands prématurés, qui travaille avec eux jusqu'à leur 6e anniversaire. *« Nous travaillons réellement en équipe, aux côtés des pédiatres, des obstétriciens, des sages-femmes et des anesthésistes, mais aussi et surtout aux côtés des parents »*, souligne le Pr Rigo.

PARENTS-KANGOUROU…

Ici, en effet, les parents sont encouragés à venir aussi souvent qu'ils le souhaitent, 24h/24. *« Renforcer leur place est l'un des défis que nous souhaitons relever. Ils participent de plus en plus aux soins, à l'alimentation par voie entérale, au peau-à-peau (méthode kangourou). Trois chambres complètement équipées leur sont également réservées dans le service, pour rester le plus longtemps possible auprès de leur bébé et assurer, le cas échéant, une sorte de transition entre le service et le retour à la maison, une mise en situation avec une équipe à proximité en cas de problème. Nous installons également des lits d'appoint, quand c'est possible, dans les chambres qui ne sont pas encore équipées. »*

…ET HUMANISATION DES SOINS

Car les petits patients, et leurs parents, viennent parfois de loin : le service, universitaire, est partenaire d'autres maternités situées en provinces de Liège (CHU-Notre Dame des Bruyères, Bois de l'Abbaye, Verviers, Huy, Eupen, Malmédy, Saint-Vith) et de Luxembourg (Libramont, Arlon) qui lui adressent une centaine de nouveau-nés en difficulté par an, ainsi que des *« transferts in utero »*. Difficile, dès lors, d'organiser 3 mois durant les déplacements et la vie d'une famille qui compte parfois d'autres enfants, autour du centre liégeois. Les enfants dont les mères étaient suivies dans d'autres maternités sont retransférés dans un service N* (néonatologie non intensive) près de chez eux, dès que leur situation le leur permet.

« Outre ce projet d'aménager de nouvelles chambres maman-bébé, nous essayons au maximum de garder l'enfant auprès de sa mère à la maternité : les « petits poids », les bébés dont la maman souffre de diabète, sont suivis au quotidien par un pédiatre néonatologue : c'est l'une des spécificités de notre service », ajoute Vincent Rigo. Une humanisation des soins que l'on retrouve dans les défis du service pour l'avenir, avec l'allaitement maternel exclusif (lire aussi ci-contre), les premières minutes de vie, le traitement des apnées et défaillances respiratoires secondaires, la maîtrise des infections, la croissance et la neuroprotection.

Un véritable travail d'équipe pour entourer les grands prématurés, depuis la naissance jusqu'à la 6e année

UN DÉFI POUR LA VIE

Devant chaque chambre, un petit tableau noir, où sont inscrits à la craie les prénoms des tout petits qui les occupent : un, deux ou trois et, parfois *« Maman »*. Les murs des couloirs sont garnis de faire-part, de photos et de remerciements. Dans cette ambiance feutrée, où l'on limite au maximum la lumière et le bruit, on pourrait presque oublier que chaque chambre peut devenir salle d'opération et chaque son un signal d'urgence. *« Dans cet hôpital, tout est fait pour que chaque naissance se passe au mieux. Et, dans notre service, pour que chaque enfant grandisse, avec la surveillance et les soins dont il a besoin »*, chuchote le Pr Rigo.

Frédérique SICCARD

LE PR. RIGO
CHEF DU SERVICE NÉONATOLOGIE

LA BANQUE DU LAIT A 15 ANS

Elles sont sept, dans quelques pièces aseptisées du 5e étage du CHR. Deux diététiciennes et cinq puéricultrices, qui préparent chaque jour 3 à 400 biberons de lait maternel ou artificiel à destination des petits patients de néonatologie, de maternité et de pédiatrie. « *Le lait maternel est important pour chaque bébé, mais il est essentiel pour les bébés nés prématurément, à la fois sur le plan neurologique et immunitaire : leurs défenses sont encore immatures, et ils n'ont pas reçu in utero tous les anticorps généralement transmis pendant le dernier trimestre de la grossesse* », explique Virginie de Halleux, néonatologue, responsable de la Banque du Lait du CHR. « *Or, la maman a parfois du mal à démarrer l'allaitement, ou à produire suffisamment de lait pour son enfant. Les lactariums, ou banques de lait, se chargent de récolter, pasteuriser et redistribuer du lait maternel à ces tout petits bébés.* »

DON DE LAIT, DON DE VIE

Ouvert en 2003 sous l'impulsion du Pr. Jacques Rigo, le lactarium de la Citadelle est alimenté par environ 120 donneuses par an, qui offrent près de 400 litres de lait maternel, en plus des 1.000 litres environ dont bénéficient leurs propres enfants.

« *Le lait maternel n'est pas toujours suffisamment riche en calories ou en protéines pour permettre à l'enfant de grandir correctement: la composition est donc analysée par notre service, et éventuellement enrichie, avant d'être distribuée aux tout petits patients. De même, les mamans donneuses sont triées sur le volet: elles ne peuvent ni boire d'alcool, ni fumer, ni être sous traitement médical. Elles doivent aussi, et surtout, avoir suffisamment de lait pour leur propre enfant : le premier objectif du lactarium, c'est de pouvoir donner aux bébés hospitalisés en néonatologie le lait de leur propre mère, et cela dans les meilleures conditions d'hygiène et de sécurité* », sourit le Dr de Halleux. Précision : le don de lait n'est pas rémunéré, c'est un geste maternel solidaire, une démarche simple et désintéressée.

F.Si.

5.000 naissance/an au CHU

Près de 5000 bébés naissent chaque année dans les maternités du CHU de Liège localisées sur trois sites : au CHR de la Citadelle (2.550), au CHU site ND Bruyères (1200) et au CHBA (1.200).

Le service universitaire de néonatologie, au CHR de la Citadelle, accueille environ 600 nouveau-nés par an, dont 90 à 100 grands prématurés et environ 25 enfants nés à moins de 28 semaines de grossesse (6 mois et demi). Outre les prématurés (moins de 37 semaines de gestation) et grands prématurés (moins de 32 semaines), le service admet les bébés souffrant de difficultés respiratoires, d'infections, de problèmes neurologiques et de malformations, ou dont l'état nécessite une intervention chirurgicale. Ils proviennent de tous les hôpitaux publics de la région.

On parle de nouveau-nés jusqu'à 4 semaines, ou 4 semaines d'âge corrigé (l'âge que l'enfant aurait s'il était né à terme ou date prévue d'accouchement).

Les premières couveuses ont été créées à la fin du 19e siècle.

Les étapes du don de lait

Prendre contact avec le lactarium du CHR de la Citadelle au 04/321.73.51. 2.Remplir un questionnaire qui autorise les médecins du lactarium à prendre connaissance du dossier obstétrical. 3.La donneuse reçoit des biberons stériles qui serviront à stocker le lait maternel et seront stockés dans le congélateur familial (-18°). 4.Lorsqu'elle dispose de plusieurs biberons, la donneuse les apporte au lactarium du CHR en veillant à respecter la chaîne du froid.

VIIIITE, OÙ SONT LES TOILETTES, SVP ?

Même les WC ont désormais leur « *Journée mondiale* »… Où va-t-on, pensez-vous? Quand vous aurez lu cet article, vous comprendrez à quel point ce petit endroit - surtout sa localisation - est important pour des centaines de personnes atteintes de maladies qui affectent leur continence.

« *Il n'y a pas toujours de toilettes dans les supermarchés. Ou elles sont fermées, faute de « Madame Pipi »… Donc, impossible d'aller faire les courses* », explique Sophie. L'urgence, le besoin pressant, elle connaît: elle-même l'a vécu il y a une dizaine d'années, suite à l'ablation de 21cm d'intestin. Puis, l'an dernier, c'est Henri, son époux, qui connu semblable cauchemar, après une chirurgie pour un cancer de la prostate.

Les fuites, rester debout des heures par crainte d'appuyer sur le bas-ventre en s'asseyant, sortir avec des protections de rechange dans sa poche ou son sac. En arriver à se priver de tout plaisir (cinéma, restaurant, balade). Finir par rester cloîtré chez soi. A déprimer.

La Journée mondiale des Toilettes, chaque 19 novembre, existe pour tous ces patients qui souffrent d'incontinence, passagère ou permanente, anale ou vésicale, qui ont besoin de pouvoir se rendre aux toilettes à cause de leur maladie, et qui trouvent encore trop souvent porte de bois ou se heurtent à un refus dans l'HoReCa. « *Les commerçants ne sont en effet pas obligés de donner accès à leurs toilettes* », confirme Jean-Luc Vasseur, président du Commerce liégeois. « *Ou ils peuvent demander une participation financière.* »

RUSER AVEC LA MALADIE

Cancers (côlon, vessie, prostate), maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) comme un Crohn ou une rectocolite: des centaines de personnes sont concernées! Le port de protections - dont les pubs nous bassinent les oreilles à la télé - n'est ni une solution 100% efficace, « *ni agréable, surtout quand on a 30 ans!* », assène le Pr Edouard Louis, chef du service de Gastro-entérologie, Hépatologie et Oncologie digestive du CHU de Liège. Pour soulager le problème, il faut ruser, penser à tout: « *d'abord en contrôlant mieux la maladie/l'inflammation, pour diminuer les diarrhées séquellaires. Puis en prévenant les symptômes: prendre deux ou trois médicaments anti-diarrhéiques avant de sortir de chez soi pour être tranquille 4-5h* », poursuit le spécialiste (ou ne pas prendre son diurétique). « *Mais ça reste un combat de tous les jours, et la peur d'avoir un « accident » est là.* »

CÉCILE VRAYENNE

WC ASAPP, UNE APPLI PRÉCIEUSE

A n'évidemment pas confondre phonétiquement avec «WhatsApp», l'application pour smartphones «WC ASAPP» (pour «as soon as possible») permet de localiser rapidement les toilettes les plus proches par géolocalisation sur son GSM. Un outil précieux, initié par des firmes pharmaceutiques et des associations de patients, qui fait désormais chemin via les internautes qui peuvent ajouter des WC (près de 4.000 déjà recensés), mais aussi les noter (accessibilité, espace pour stomie, propreté, tarif). Une urgence en plein milieu de la place Cathédrale? L'app' n'indique pas moins de douze toilettes dans les parages!

Autre initiative, la «carte urgence toilette» de l'association Crohn-RCUH (mici.be), délivrée sur attestation médicale, à présenter afin d'avoir accès plus facilement aux toilettes dans l'HoReCa.

Fondation Léon Fredericq
Fondation d'utilité publique

Soutenez la recherche médicale à Liège
Faites un don : 04 366 24 06
Vendredi 9 novembre 2018 dès 18.30 à Médiarives
La Soirée de Gala PRO.JE.TS 2019
au profit de la recherche médicale, des projets innovants en faveur du patient et de la lutte contre le cancer à Liège.

SE LAVER LES MAINS, UN GESTE INDISPENSABLE

Saviez-vous qu'il est possible de développer une infection par simple contact entre vos mains contaminées et votre bouche (diarrhée), votre nez (rhume) ou vos yeux (conjonctivite) ? Une hygiène stricte des mains est un moyen très efficace, rapide et peu coûteux de lutter contre les infections.

Serrer une main pour dire bonjour, ouvrir une porte, prendre un billet dans un portemonnaie : chaque jour, nous répandons et nous nous exposons à des germes. Nos mains sont de vrais nids à bactéries. Selon des tests effectués en laboratoire, on peut potentiellement transmettre de 100.000 à 100 millions de bactéries en serrant la main d'autrui. D'où l'importance pour les soignants d'avoir des mains propres lorsqu'ils soignent un patient, de même que pour les patients eux-mêmes et leurs visiteurs.

Sur nos mains, DES MILLIONS de bactéries !

En l'absence de point d'eau et de savon accessibles, le lavage des mains peut être remplacé par la désinfection des mains avec une solution hydro-alcoolique, liquide antiseptique disponible en pharmacie et en grande surface. Le personnel soignant a d'ailleurs recours à cette solution avant et après s'être rendu au chevet d'un patient.

VINCIANE PINTE

1 À QUELS MOMENTS SE LAVER LES MAINS ?

- Après être allé aux toilettes ou avoir aidé un enfant à y aller.
- Avant de manger, de donner à manger ou de manipuler des aliments.
- Après avoir aidé un enfant à se moucher ou après s'être mouché, avoir toussé, éternué.
- Après avoir touché une surface sale ou du matériel souillé.
- Après avoir manipulé du sable, de la terre, du linge sale, de l'argent.

2 COMMENT BIEN SE LAVER LES MAINS ?

- Enlevez vos bagues et mouillez vos mains abondamment.
- Appliquez suffisamment de savon pour recouvrir toute la surface des mains.
- Frictionnez-vous les mains pendant 20 à 30 secondes. Frottez paume contre paume par mouvements rotatifs, sans oublier les doigts, sous les ongles et le dos des mains.
- Rincez-vous bien les mains sous l'eau courante.

BON À SAVOIR :

Préférez l'usage de serviettes en papier plutôt que les essuies en tissu afin d'éviter toute nouvelle contamination avec un essuie maintes fois utilisé, véritable nid à microbes

Évitez la brique de savon, au profit du savon savon liquide, pour un usage unique.

Les mains des enfants sont contaminées lors de leurs diverses activités (jeux extérieurs, passage aux toilettes,…). Pour cette raison, il est important de leur apprendre dès le plus jeune âge à se laver les mains régulièrement.

1.000 DÉCÈS PAR AN EN BELGIQUE À CAUSE DE LA GRIPPE VACCINEZ-VOUS !

LE DR LÉONARD
SPÉCIALISTE DES MALADIES INFECTIEUSES

La journée mondiale contre la polio tombe pendant la campagne de vaccination contre la grippe. L'occasion de faire le point sur les vaccins avec le Dr Philippe Léonard, responsable de la clinique de médecine des voyageurs et spécialiste des maladies infectieuses. Cinq affirmations : vrai ou faux ?

LE VACCIN CONTRE LA GRIPPE NE PROTÈGE PAS À 100%, DONC IL EST INUTILE

FAUX Le vaccin contre la grippe n'est pas 100% efficace : il permet simplement de réduire le risque de contracter la maladie, ou d'atténuer la maladie, en présentant à l'organisme des virus grippaux. Son efficacité ne peut pas être prédite avec certitude avant la période épidémique puisque les virus changent chaque année. Le vaccin proposé chaque année est un pari, tenant compte des souches virales isolées dans certaines régions du monde. Ce vaccin contient maintenant 4 souches de virus de la grippe, pour en garantir la meilleure efficacité. Or la vaccination contre la grippe n'est efficace que si les virus qu'il contient correspondent bien aux virus en circulation. Même s'il n'est pas parfait, on vaccine contre la grippe depuis plus de 30 ans et ce geste reste, pour les populations âgées et les patients atteints de certaines maladies chroniques (diabète, insuffisance cardiaque ou respiratoire, par exemple) ou immunodéprimés, le moyen le plus efficace de se prémunir contre la maladie ou ses complications, selon l'OMS. On vaccine également le personnel médical et paramédical, à la fois pour le protéger de la maladie et pour éviter qu'il ne contamine une population par essence déjà plus fragile.

J'AI EU LA GRIPPE ALORS QUE JE SUIS VACCINÉ

VRAI ET FAUX Même vaccinées, certaines personnes pensent avoir eu la grippe. Cela peut s'expliquer de différentes manières : soit il ne s'agit pas d'une grippe mais d'une infection provoquée par un virus non-grippal, dont les symptômes ressemblent à ceux de la grippe, soit la personne a pu être contaminée par le virus avant que le vaccin ne fasse effet, soit le vaccin a réellement été peu efficace ou inefficace, en raison d'une moindre réponse au vaccin chez des personnes dont le système immunitaire est affaiblis, ou d'unmauvais pari lors de l'élaboration du vaccin épidémique annuel.

LES ANTIBIOTIQUES PERMETTENT DE LUTTER CONTRE LA GRIPPE

FAUX Les antibiotiques ne sont d'aucun secours contre la grippe, puisque cette infection est provoquée par un virus. Or les antibiotiques ne protègent que contre les infections bactériennes.

ON NE MEURT PLUS DE LA GRIPPE

FAUX On en meurt directement (en cas de pneumonie grippale notamment) ou indirectement (surinfection bactérienne). On compte environ 1.000 décès chaque année en Belgique à cause de la grippe.

On meurt aussi de la rougeole : au cours des 6 premiers mois de 2018, plus de 41.000 personnes ont contracté la rougeole en Europe, parmi lesquelles 37 sont décédées. Pendant la même période, la Belgique a comptabilisé 73 cas, dont un tiers de cas hospitalisés. Ces nombres dépassent les totaux annuels des dix dernières années, notamment parce que la vaccination est en recul. Or, en me vaccinant, j'évite à la fois des complications qui peuvent être dangereuses pour moi (pneumonie, encéphalite, gravissime panencéphalite tardive…) et je protège les autres : un confrère racontait récemment que l'un de ses patients, qui venait d'être greffé, est décédé de la rougeole. Mais les risques sont également considérables pour les femmes enceintes, par exemple (fausses couches, décès in utero…). L'épidémie prend vite de l'ampleur si la population n'est pas suffisamment et correctement vaccinée.

ON DIT QUE CERTAINS VACCINS PEUVENT ÊTRE DANGEREUX

VRAI ET FAUX Un vaccin est un médicament. L'aspirine aussi, pourtant elle est en vente libre et elle peut entraîner la mort chez un patient allergique ou souffrant d'ulcères, par exemple. On calcule toujours le rapport risque/bénéfice avant de prescrire un médicament, et c'est valable pour les vaccins : tout le monde ne reçoit pas l'entièreté des vaccins disponibles. Par exemple, on ne vaccine contre la Fièvre jaune que les voyageurs qui partent pour un pays à risque ou si il y a une nécessité administrative à l'entrée dans le pays. Parfois, certains voyageurs ne sont pas vaccinés contre la fièvre Jaune car pour eux, le vaccin peut être dangereux (patients greffés, sous traitement immunosuppresseurs, stade SIDA, ..). Mais, de tous les actes médicaux, la vaccination reste celui qui a sauvé le plus de vies humaines, on l'oublie souvent ! Si le taux de mortalité du tétanos est faible aujourd'hui, ce n'est pas parce qu'il a disparu, c'est parce qu'on a beaucoup vacciné. Idem pour la polio, que l'OMS voulait éradiquer pour l'an 2000. Elle est en recrudescence dans des régions où la vaccination n'est pas obligatoire, ou qui sont en guerre ou difficile d'accès, comme l'Afghanistan, le Pakistan, la Syrie, le Nigéria, la Somalie ou la Papouasie-Nouvelle-Guinée.

FRÉDÉRIQUE SICCARD.

Se vacciner, c'est réduire le risque de contracter la grippe © Photo CHU

24 OCTOBRE : JOURNÉE MONDIALE CONTRE LA POLIO

La poliomyélite, également appelée polio, est une maladie infectieuse aiguë et contagieuse, causée par un entérovirus. Elle est transmise essentiellement par voie oro-fécale, via l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés, et occasionnellement par voie oro-orale via la salive. Elle attaque la moelle épinière et peut entraîner une paralysie touchant le plus souvent les membres inférieurs, mais également l'appareil respiratoire. « *Dans les années 50, on constatait beaucoup d'atteintes de l'appareil respiratoire, notamment chez les adultes : c'est à cette époque qu'ont été créés les premiers respirateurs artificiels externes, les poumons d'acier* », rappelle le Dr Rigo.

Depuis 1988, l'éradication de la poliomyélite fait l'objet d'une initiative mondiale sous l'égide de l'OMS, de l'Unicef et du Rotary International.

F SI.

L'OSTÉOPOROSE, CELA TOUCHE AUSSI LES HOMMES !

LE DR OLIVIER MALAISE
RHUMATOLOGUE

En matière d'ostéoporose, l'homme est une femme comme les autres: il n'est pas à l'abri de cette maladie qui ronge les os jusqu'à les fragiliser au point qu'ils se brisent sans prévenir. Des facteurs de risque comme un faible indice de masse corporelle, le tabagisme, l'alcoolisme, la prise de corticoïdes ou encore une maladie chronique inflammatoire doivent amener les hommes à se faire eux aussi dépister. 10 % des patients touchés sont des hommes !

Même les hommes doivent protéger leur squelette !

L'ostéoporose, mal à l'origine de fractures (vertèbres, col du fémur) survenant souvent chez la femme après la ménopause et la chute des oestrogènes, n'est pas l'apanage de celle-ci, contrairement à ce que l'on pense souvent: 10% des patients atteints de cette maladie sont des sujets… masculins. *« Le fait d'être une femme est un critère qui a longtemps fait partie des facteurs de risque de l'ostéoporose, c'est vrai, mais cela a tendance à faire oublier que l'homme peut également être touché »*, confirme le Dr Olivier Malaise, du service de Rhumatologie du CHU de Liège. Autre mythe: il est 'normal' qu'un os se casse à 70 ans… *« Non, l'ostéoporose n'est pas un vieillissement normal de l'os, passé un certain âge »*, poursuit notre interlocuteur, *« c'est une maladie qu'il faut prévenir dès le plus jeune âge, et qu'il faut dépister à temps pour soutenir le squelette si besoin, et éviter la fracture. »* Car cette « casse » pèse lourd: la mortalité, à un an, d'une fracture de hanche est importante et jusqu'à la moitié des patients âgés qui se fracturent le fémur vit une perte d'autonomie significative.

DENSITOMÉTRIE: AUSSI POUR LES MESSIEURS

Si la mesure de la densité minérale osseuse (densitométrie) est recommandée chez la femme en péri-ménopause, cet examen doit aussi être envisagé chez l'homme de plus de 50 ans qui présente des facteurs de risque: + de 5 à 6 verres d'alcool par semaine, tabagisme, traitement par cortisone + de 3 mois, hormonothérapie, séropositivité, maladie inflammatoire chronique pulmonaire, articulaire, intestinale, insuffisance rénale, diabète…

La densitométrie est remboursée dans certains de ces cas, mais pas tous (le coût pour le patient est alors de 37€).

En cas d'ostéoporose avérée, un traitement médicamenteux peut être proposé par le médecin. Parallèlement, il est recommandé de prévenir le risque de chutes, qui sont majoritairement à l'origine des fractures ostéoporotiques les plus courantes (hanche, poignets), en adaptant l'environnement (attention aux escaliers, aux plis dans le tapis…) et en veillant à conserver une bonne vue et une marche assurée afin de pouvoir anticiper les obstacles.

CÉCILE VRAYENNE

COMMENT PROTÉGER SON SQUELETTE?

En veillant, dès le plus jeune âge et tout au long de la vie, à avoir une alimentation équilibrée, suffisante en protéines, antioxydants (fruits & légumes) et sources de calcium (fromage, yaourt, jus végétaux…), et en assurant ses apports en vitamine D qui permet d'absorber et de fixer le calcium. Les sodas doivent être évités car ils sont déminéralisants: leur acidité favorise la fuite des phosphates, essentiels aux os.

En ayant une activité physique régulière qui, d'une part, travaille la posture et l'équilibre pour diminuer le risque de chute (yoga, danse …) et qui, d'autre part, soit assez dynamique pour être micro-traumatique, comme la marche active ou la course à pied, les micro-lésions lors de l'entraînement stimulant la formation osseuse et assurant ainsi une régénération plus efficace du squelette.

M.R.

PROFESSION ERGOTHÉRAPEUTE

L'ergothérapeute est là pour aider les patients à réapprendre les gestes de la vie quotidienne. © Photo CHU

L'ergothérapeute accompagne les patients qui présentent un dysfonctionnement temporaire ou permanent, qu'il soit physique, psychique ou social. Son objectif est de permettre à la personne de maintenir ou de restaurer un fonctionnement optimal et autonome.

L'ERGO ET LE KINÉ, QUELLE DIFFÉRENCE ?

Le métier d'ergothérapeute est largement méconnu. On le confond parfois avec le métier de kiné. « *Le kiné travaille sur le renforcement des membres, l'endurance, (…). L'ergo est là pour réapprendre à vivre avec un handicap, en proposant des exercices concrets, et veiller à ce que le patient ait un environnement adapté à sa nouvelle situation* », résume Alice. Kiné et ergo, des professions complémentaires, donc.

Alice est ergothérapeute au CHU d'Esneux depuis 8 ans. Elle prend en charge des patients qui ont eu un accident de la route, un AVC, ou qui présentent des troubles neurologiques, (…). « *Manger seul, se laver, utiliser la télécommande de la télévision ou l'ordinateur, sortir du lit, (…) sont autant de gestes que ces patients doivent réapprendre. Un patient paraplégique qui se retrouve en chaise roulante doit apprendre un tas de nouvelles façons de fonctionner au quotidien. C'est notre rôle de l'y aider* ».

LE PATIENT, ACTEUR DE SA PROPRE THÉRAPIE

L'ergothérapeute s'intéresse davantage aux ressources du patient qu'à ce qui ne fonctionne plus chez lui, en tenant compte de ce qui est prioritaire pour lui.

Pour rendre le patient autonome, l'ergothérapeute utilise toujours un intermédiaire (objet ou activité pertinente) comme support thérapeutique. Que ce soit au travers d'activités de la vie quotidienne (hygiène personnelle, travail, loisirs, etc.), d'exercices, ou d'une rééducation cognitive.

Pour remobiliser une articulation, par exemple, le patient sera amené à manipuler un objet de la vie quotidienne plutôt qu'à faire des exercices "abstraits".

INTERVENIR SUR LA PERSONNE ET SON ENVIRONNEMENT

L'ergothérapeute peut également intervenir au domicile du patient pour adapter au mieux son habitation aux activités de la vie quotidienne. Il donne aussi des conseils à l'entourage du patient afin de faciliter son intégration dans l'environnement personnel, professionnel ou social.

UNE PROFESSION EN PLEINE EXPANSION

L'ergothérapie est présente dans nombre de services hospitaliers. À l'école du dos, l'ergothérapeute détermine de manière concrète les mouvements appropriés pour les personnes atteintes de lombalgies. En psychiatrie, les ateliers d'expression et de créativité favorisent le contact social, tandis que les patients victimes d'un AVC sont soutenus dans le réapprentissage de la manipulation des objets du quotidien. En gériatrie, la personne âgée peut mettre en évidence des compétences lors d'un groupe cuisine. L'ergothérapeute intervient aussi auprès des enfants qui présentent un trouble moteur ou de l'apprentissage.

VINCIANE PINTE

ERGOTHÉRAPEUTE, ÉTYMOLOGIE

Du grec ancien ἔργον (« *travail* ») et therapeía (« *soin* »).

Traitement utilisant le travail manuel pour guérir une personne malade.

L'ergothérapie a un rôle prépondérant tout au long du processus de rééducation, de réadaptation et de réinsertion des personnes en situation de handicap physique ou psychique. — (Jean Laudet, Géronto: l'infirmière en gérontologie, 2006)

QUI PEUT REPRÉSENTER UN PATIENT ?

PRÉSENTATION DE LA SITUATION

Dans le contexte d'un dépôt de plainte du père d'une jeune fille de 18 ans et 1 mois, transmise à la Médiatrice en vue de son traitement, celle-ci a écrit au père afin de s'assurer que la patiente s'associait à la démarche. En effet, pour des parents, il n'est pas toujours aisé de comprendre les limites dans le cadre de la représentation des patients ainsi que l'autonomie accordées à ces derniers :

Cher Monsieur,

Permettez-moi de prendre contact avec vous dans le cadre du courrier que vous avez adressé à la Direction infirmière du CHU, le 6 juin dernier, à propos de la prise en charge de votre fille, Mlle A, par le service des Urgences du CHU, le 25 MAI. Le Directeur du Département infirmier, m'en a fait part afin que je puisse effectuer le suivi requis en tant que Médiatrice hospitalière. La situation exposée a retenu toute mon attention.

Mes missions s'inscrivent dans le cadre de la loi du 22-08-2002 relative aux droits du patient. Votre dossier sera traité conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre. Ce service est entièrement gratuit et assurera un suivi impartial et diligent de votre dossier. ***Néanmoins, en vue du respect de la législation, avant d'entamer mes démarches, il me serait nécessaire d'avoir un mandat de votre fille, étant donné qu'elle est majeure (un simple mail de sa part suffit), signalant qu'elle vous mandate pour la gestion du dossier, et que, de ce fait, des informations relatives à sa santé peuvent vous être communiquées.***

Je reste personnellement à votre disposition pour toute information complémentaire et vous prie de croire, Cher Monsieur, en mes sentiments distingués.

La Médiatrice

La réponse de la médiatrice du CHU

Caroline DOPPAGNE
Médiatrice

mediation.hospitaliere @chuliege.be

La Médiatrice n'a jamais reçu de mandat de la patiente, de ce fait ce dossier est resté sans suite. Ce sujet est l'occasion de vous transmettre quelques informations utiles en matière de représentant du patient.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient a institué quelques balises centrales dans ce cadre, notamment en son chapitre IV sur la représentation du patient.

L'article 12 prévoit deux hypothèses pour les patients mineurs basées sur l'aptitude du mineur à apprécier ses intérêts relatifs à sa santé :

- Le mineur est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé : dans ce cas de figure, le mineur exerce ses droits de patient personnellement et de manière autonome (art.12 §2).
- Le mineur n'est pas jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts relatifs à sa santé : sans ce cas de figure, les droits fixés par la loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur (art.12 §1).

Notons que dans les deux hypothèses, la loi prévoit que « *suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits* ».

Pour les situation où le patient mineur n'est pas en mesure d'être associé à l'exercice de ses droits, l'article 15 § 2 de la loi relative aux droits du patient précise que le praticien professionnel peut, dans l'intérêt de celui-ci et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, déroger à la décision prise par les parents ou le tuteur du patient mineur. Le législateur a ainsi souhaité encadrer la représentation du patient mineur qui doit se fonder, dans toute la mesure du possible, sur la volonté de ce dernier et, à tout le moins, sur son plus grand intérêt.

C'est ainsi qu'une opposition peut apparaître entre le représentant légal (parents ou tuteur) et le praticien professionnel lorsque ce dernier estime que la décision prise par le représentant n'est soit pas conforme l'intérêt du patient mineur soit constitue une menace pour sa vie ou risque de porter gravement atteinte à sa santé.

Le praticien professionnel dérogera alors, le cas échéant, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, à la décision prise par le ou les représentant(s) du patient mineur (article 15 § 2 de la loi et article 30 du Code de déontologie médicale). Les parents ne peuvent donc se prévaloir de la loi relative aux droits du patient pour refuser l'intervention d'un praticien professionnel vis-à-vis d'un patient mineur si l'intérêt de ce dernier le nécessite.

Dans le cadre des dossiers de médiation, il n'est pas rare que les parents interviennent pour leurs enfants, même si ceux-ci ont dépassé la majorité de plusieurs années.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est sous-tend le droit à l'autodétermination de chacun d'entre nous de disposer librement de son corps et, par voie de conséquence, de sa santé. C'est dans ce contexte que la Médiatrice n'entamera ses démarches qu'en étant certaine que le patient est correctement associé à la démarche de plainte et la gestion de celle-ci, qui lui est confiée. Pour des parents, cela n'est pas toujours évident lorsque la minorité vient juste de toucher à sa fin.

La médiatrice a un rôle de tiers autonome. Les attentes à son égard sont souvent de résultats alors que dans les faits, elles sont de moyens.

LA CHRONIQUE DES PATIENTS (26)

"Je vais vous dire tout"

Georges Larbuisson est président du Comité de Patients du CHU de Liège. Romaniste, il a été désigné par le Comité pour mettre sur papier les préoccupations des patients.

Il l'a fait de manière littéraire en différents parcours de patient (par cycle de trois) dont nous publions aujourd'hui le vingt-sizième. Le premier de chaque cycle est signé « Nous tous », le second « Nous aussi » et le troisième « Nous encore ». La gravité des trois séquences va croissante mais, dans toutes trois, percent aussi magnifiquement que pudiquement les préoccupations du malade.

Pour le Comité de Patients, Georges Larbuisson aimerait nouer des échanges avec les patients et leur propose de prendre contact via l'adresse mail **comitedepatients@chuliege.be**

« Je vais vous dire tout ! » nous dit le médecin traitant qui nous reçoit après nous avoir fait passer des examens.

Aïe ! La dernière fois qu'on nous a dit cela, c'était un ami ... et il n'est plus notre ami !

Va-t-il vraiment tout nous dire et allons-nous pouvoir tout entendre ?

Faut-il vraiment qu'il nous dise tout et devons-nous être capables de tout entendre ?

Comment va-t-il s'y prendre pour tout nous dire ? Nous pourrions très mal le prendre et nous refermer.

Comment allons-nous nous y prendre pour tout entendre ? Nous pourrions avoir le cerveau qui s'embrume et ne plus rien entendre du tout. Ça l'énerverait !

Comment allons-nous nous y prendre pour tout bien entendre ? Nous pourrions être débordés par l'émotion. Ça le vexerait.

Va-t-il tout dire sans détours ? Nous pourrions trouver ses mots trop durs. Ça nous mettrait sur la défensive.

Va-t-il tout dire sans vraiment tout dire ? Nous pourrions trouver ses propos ambigus. Ça nous rendrait méfiants.

« Je vais tout vous expliquer ! » nous dit le spécialiste que nous consultons parce que nous ne nous sentons pas bien.

Aïe ! La dernière fois que nous avons entendu cela, c'était dans notre couple … et notre couple a été en danger !

Va-t-il tout nous expliquer et allons-nous tout comprendre ?

Faut-il vraiment tout nous expliquer et devons-nous être capables de tout comprendre ?

Comment va-t-il s'y prendre pour tout nous expliquer ? Nous pourrions ne rien comprendre et nous sentir humiliés.

Comment va-t-il s'y prendre pour tout bien expliquer ? Nous pouvons mal comprendre et nous en être énervés.

Comment allons-nous faire pour tout comprendre ? Nous pouvons manquer de connaissances scientifiques. Ça lui compliquerait la tâche.

Comment pourrions-nous faire pour tout bien comprendre ? Nous pouvons avoir la mémoire qui flanche. Ça le contrarierait.

Va-t-il tout nous expliquer dans les détails ? Nous pouvons nous y perdre. Ça nous embrouillerait.

Va-t-il tout nous expliquer en simplifiant ? Nous pouvons ressentir un manque d'informations. Çà nous crisperait.

Nous encore

À vos agendas

Pour le deuxième anniversaire de son existence, le Comité de Patients du CHU de Liège, premier comité de patients installé en Belgique, organise, le 14 décembre 2018 à Liège, un colloque de réflexions sur le thème : « *Comité de Patients : comment impliquer les patients dans et en dehors de la relation thérapeutique Patients-Soignants ?* ». Avec des conférenciers internationaux.

« ***Save the date*** ».
Les renseignements suivront.

MERCI

Le Comité de Patients

MÉNOPAUSE I JOURNÉE MONDIALE CE 18 OCTOBRE

Quand la douleur prend le pas sur le plaisir…

La « dyspareunie » lors des rapports sexuels peut être soulagée par différents traitements

Parmi le cortège d'effets indésirables de la ménopause, la « dyspareunie » - une douleur lors des rapports sexuels - est taboue et souvent tue par les femmes qui en souffrent. Pourtant, des moyens existent pour se libérer de cet inconfort qui ne doit pas être vu comme une fatalité liée au vieillissement.

Avoir mal lors des rapports sexuels n'est pas une "exclusivité" de la ménopause: la femme peut en souffrir à tout âge, parfois dès le début de sa vie sexuelle, notamment à cause de la pilule. Toutefois, la dyspareunie - c'est son nom scientifique - liée à la chute hormonale de la ménopause affecte un quart et jusqu'à la moitié des femmes: c'est énorme, et beaucoup n'ose pas en parler, comme si cette souffrance était un passage obligé de la vieillesse… « *D'un point de vue gynécologique, on distingue deux types de douleur* », explique le Pr Aude Béliard, du service de Gynécologie-Obstétrique CHU au Centre Hospitalier du Bois de l'Abbaye (CHBA). « *Soit c'est la pénétration qui est douloureuse, à cause d'un problème vulvo-génital, d'une carence hormonale ou parce que les muscles sont trop contractés; soit la douleur survient au fond du vagin, notamment en présence d'endométriose. A la ménopause, la cause de cette douleur est souvent liée à la baisse des hormones.* » Et plus on avance en âge, moins ça s'arrange… D'où l'intérêt de ne pas souffrir en silence et d'oser en parler à son gynécologue.

HORMONE DE JEUNESSE ET ACIDE HYALURONIQUE

La prise en charge de la dyspareunie peut être médicamenteuse, mais il y a aussi moyen de se passer de médicaments grâce à d'autres techniques. Première piste pour soulager l'inconfort, les produits intimes lubrifiants et/ou hydratants, que l'on peut facilement trouver en grandes surfaces. A utiliser pendant les rapports, voire aussi en-dehors de l'activité sexuelle, pour contrer la sécheresse de la muqueuse vaginale. Certains produits contiennent de l'acide hyaluronique (oui oui, ce même ingrédient-phare des soins antirides pour le visage). La DHEA, souvent surnommée « *hormone de jouvence* », délivrée sur prescription médicale (en magistral) et non encore commercialisée par l'industrie pharmaceutique en Belgique actuellement, fait également partie, par la voie intime, des traitements 'de rajeunissement' de la muqueuse du vagin.

« *Le laser CO_2 pulsé est une autre approche* », poursuit le Pr Béliard, « *une sonde vaginale délivre le laser sur la paroi vaginale; les petits trous ainsi formés vont, en cicatrisant, améliorer la muqueuse et sa vascularisation.* » Compter trois séances par semaine, pendant quatre semaines (traitement non remboursé).

DES OVULES D'OESTROGÈNES

Enfin, un traitement aux oestrogènes peut être utilisé pour traiter la dyspareunie. Attention toutefois, comme il s'agit d'hormones, les femmes ayant eu un cancer du sein, ou à risque élevé d'en avoir un, doivent absolument demander l'avis de leur gynécologue et/ou oncologue.

« *Ce traitement existe en gel, en crème ou sous forme d'ovules à glisser dans le vagin. On l'utilise deux fois par semaine, en-dehors des rapports sexuels pour ne pas exposer l'homme aux hormones* », précise notre interlocutrice. « *Ça marche généralement très bien.* » Le traitement (sur ordonnance) revient à 6,60€ pour deux mois. Il a l'avantage de traiter en même temps les symptômes urinaires.

« *Moins on a de rapports, plus ils deviennent difficiles et douloureux. Garder une activité sexuelle est donc important* », conclut le Pr Béliard.

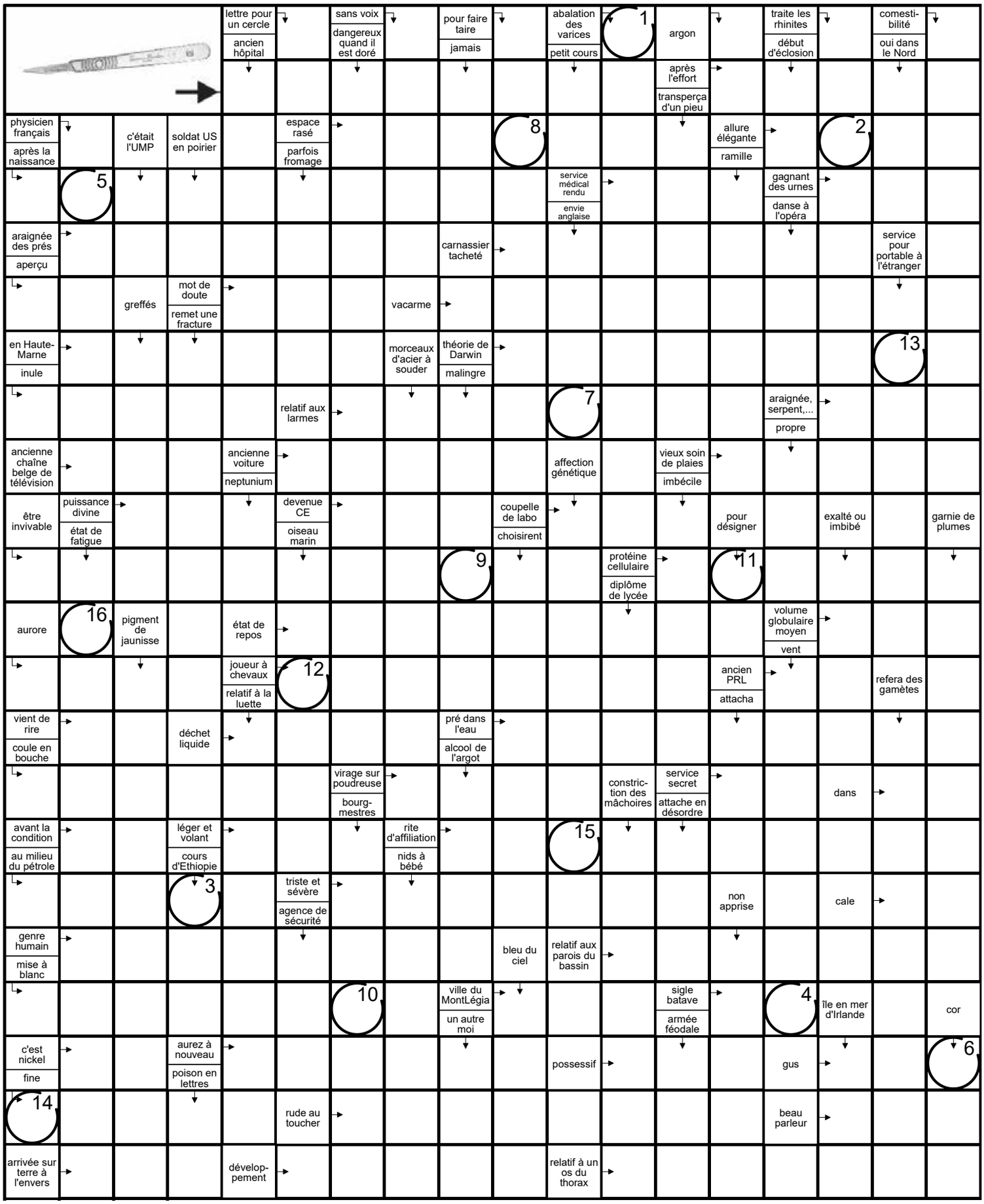
Cécile Vrayenne

DR AUDE BELIARD

LES MOTS FLÉCHÉS «SANTÉ»

PAR STÉPHANE DROT

Chaque mois, « *Le Patient* » propose une grille exclusive et liégeoise de mots fléchés sur le thème de la santé. Chaque grille propose un mot clé final. Chaque participant qui le souhaite, peut envoyer ce mot clé avec ses coordonnées à l'adresse mail **lepatient@sudpresse.be** . Un vainqueur sera mensuellement tiré au sort. Bonne chance et amusez-vous bien !



MOT CLÉ :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16

Une assurance Habitation sans franchise, vous aimez ? Ethias aussi !

Vous avez déjà subi des dégâts à cause du feu, de l'eau ou d'une tempête ? Vous savez donc à quel point le montant grimpe vite. Dorénavant, avec l'assurance incendie d'Ethias, vous ne payez plus de franchise ! Et c'est unique en Belgique !

www.ethias.be – 0800 23 777

* automatiquement 0 € de franchise dès que votre sinistre dépasse 258.70 €
Infos et conditions de l'assurance Incendie sur ethias.be
Ethias SA, n° d'agrément 0196, rue des Croisiers 24 à 4000 Liège, est une compagnie d'assurance agréée en Belgique et soumise au droit belge. RPM Liège TVA BE 0404.484.654 – IBAN : BE72 0910 0078 4416 BIC : GKCCBEBB.
Document publicitaire. E.R. : V. Pécasse

ethias
Les efficassureurs