N° 20 hiver 2006

Belgique - België
P.P. - P.B.
B - 018
Autorisation de fermeture B/018

CHUchotis

Bulletin d'information des médecins du **Centre Hospitalier Universitaire de Liège**

Multisite

Des chantiers tous azimuts

> page 6

Luminothérapie

Des lunettes made in Liège

> page 8

20 ans

1987 - 2007

Le CHU de Liège a vingt ans

> page 10

N° 20 hiver 2006

sommaire

1 En bref

Un coup d'œil sur l'actualité du CHU.

4 Who's who

Ph. Coucke est nommé à la tête du service de radiothérapie et P. Massagé rejoint l'équipe de chirurgie de la main.

5 Actualité

Médiation. *Depuis bientôt trois ans qu'existe la fonction de médiation hospitalière, les plaintes les plus fréquentes concernent un besoin accru d'écoute et d'information.*

Multisite. *De nombreux chantiers sont en cours ou sur le point de débuter. Les travaux les plus impressionnants concernent le site des Bruyères.*

dossier

8 Luminothérapie

Un bain de lumière pour lutter contre le blues hivernal : les bienfaits de la luminothérapie sont amplement démontrés. Une paire de lunettes très particulière a été conçue à cet effet par le Pr. Poirrier, responsable du laboratoire du sommeil du CHU.

10 Anniversaire

Le CHU de Liège fêtera ses vingt ans en 2007. L'occasion de nous rappeler les grandes étapes de sa conception et de son histoire.

12 Pharmacie

Le Pr. Delattre présente le travail réalisé par la commission chargée d'élaborer un nouveau formulaire magistral.

13 Publication

Le Pr. Scheen publie dans The Lancet *les résultats très prometteurs d'un essai clinique mené sur le rimonabant.*

éditorial

Ce 20e *CHUchotis* vous parviendra quelques semaines avant le 31 décembre. Ceci nous permet de vous souhaiter de joyeuses fêtes et de vous adresser nos meilleurs vœux de nouvel an.

En 2007, le CHU célèbrera un anniversaire qui lui tient particulièrement à cœur et dont *CHUchotis* ne manquera pas de vous entretenir : la vingtième année de son autonomie. Certains penseront peut-être que nous ne manquons pas d'occasions de fêter des anniversaires : 1960, la décision de construire l'hôpital au Sart Tilman ; 1964, la présentation du projet ; 1970, le début des travaux ; et 1985, l'inauguration officielle et le transfert des premiers patients de l'hôpital de Bavière. Tous ces événements ont été vécus au sein de notre Université.

En réalité, depuis le début des années 80, nous nous trouvions dans la situation de certains vieux couples qui n'ont jamais cessé de s'aimer mais qui, ne supportant plus la vie commune, décident d'un commun accord de se séparer. L'Université, déjà confrontée à de sérieuses difficultés financières, redoutait les déficits de la gestion d'un hôpital à ses débuts. Le CHU considérait, non sans raison, que l'administration universitaire ne répondait pas aux besoins de l'équipement et ensuite de la gestion d'un hôpital. On notera que tous les autres hôpitaux académiques du pays ont connu la même situation.

Le problème apparaissait plus compliqué pour l'Université de Liège et pour l'Université de Gand, soumises à un législation qui ne pouvait être modifiée, pourvu que les deux en conviennent, que par une autre loi, ce qui prend du temps, ou par un arrêté royal de pouvoirs spéciaux dont disposerait le gouvernement. Le gouvernement, dont l'objectif était d'accorder l'autonomie aux hôpitaux, disposait de tels pouvoirs jusqu'aux 31 mars 1987. Pour des raisons qui lui étaient propres, l'Université de Gand souhaitait également semblable séparation. L'affaire fut menée tambour battant. Le Moniteur du 1er avril 1987 publia l'arrêté royal de pouvoirs spéciaux n° 542, daté du 31 mars, qui accordait l'autonomie aux deux hôpitaux universitaires de l'État : c'était la seconde – et la vraie – naissance du CHU, qui conservait néanmoins de nombreux liens avec notre *alma mater*.

Pr. Fernand Bonnet
Directeur médical honoraire,
Directeur de la rédaction

CHUchotis

Editeur responsable : *P. Louis, Administrateur délégué du CHU (04 366 70 00), av. de l'Hôpital 13 bât. B35 - 4000 Liège* **- Directeur de la rédaction :** *Pr. F. Bonnet*
Conseil éditorial : *A. Bodson, F. Bonnet, C. Bouffioux, J.P. Delporte, Q. Désiron, D. Giet, D. Jacquemin, J.M. Krzesinski, P. Louis, M. Malaise, G. Pierard, C. Von Frenckell* **- Coordination, rédaction et réalisation :** *A. Pironet (anne.pironet@skynet.be, 0479 87 30 87)* **- Conception graphique :** *R. Gray*
Photos : *F. Hick (couverture et p.11), C. Ernotte (CHU), Belpress*
Impression : *Unijep.*

http://www.chuliege.be

Hôpital de jour gériatrique

Dans le cadre d'un projet pilote initié par le ministère des affaires sociales, un hôpital de jour gériatrique a vu le jour aux policliniques Brull. Cette structure de médecine ambulatoire s'adresse aux personnes âgées souffrant de pertes de mémoire, de troubles de la marche, de chutes ou d'une mauvaise alimentation. Toutes les mises au point nécessaires sont coordonnées sur une ou deux demi-journées et associées à une évaluation fonctionnelle réalisée par une équipe de deux infirmières, une psychologue et une ergothérapeute. « *Pour conserver autant que possible l'autonomie et le maintien à domicile des patients gériatriques, il est en effet très utile d'évaluer les répercussions de leurs problèmes de santé dans la vie de tous les jours* », souligne le Pr. Jean Petermans, chef du service de gériatrie. « *Nous pouvons ainsi leur proposer des aménagements et des adaptations qui aident à éviter certaines hospitalisations et certaines institutionnalisations.* »

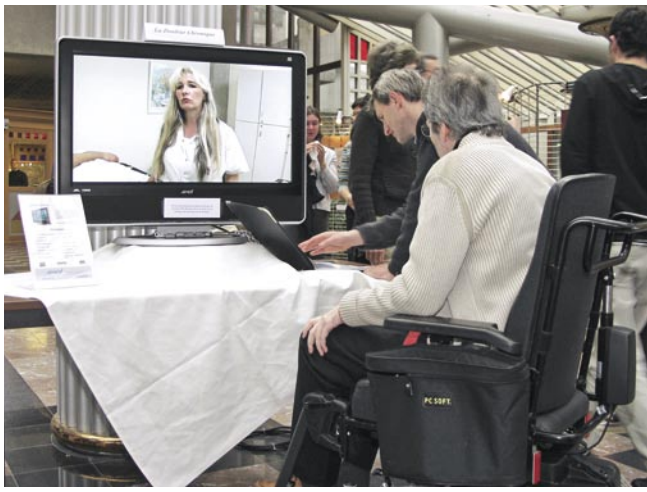
Le pôle principal de l'activité de cet hôpital de jour est assuré par le centre de la mémoire dirigé par le Pr. Eric Salmon. Un second pôle vient de le renforcer, consacré aux troubles de la mobilité. « *Beaucoup de nos patients nous sont envoyés par leur médecin traitant afin qu'ils bénéficient d'une consultation pluridisciplinaire* », poursuit le Pr. Petermans. « *Nous souhaitons intensifier ce partenariat avec les généralistes, notamment pour faciliter le maintien à domicile.* »

Obésité des enfants

Plus de 10 % des enfants et adolescents présentent un excès pondéral significatif. Les praticiens se sentent assez démunis pour leur venir en aide, la plupart des formules de prise en charge se révélant peu efficaces. Pour répondre à cette problématique croissante, l'équipe du Pr. Jean-Pierre Bourguignon, chef du service de pédiatrie ambulatoire et responsable du centre de santé de l'adolescent, a ouvert fin novembre au CHU des Bruyères une consultation spécifique pour traiter l'obésité des enfants et des adolescents. Une prise en charge pluridisciplinaire est proposée aux familles, combinant séjours d'impulsion, consultations et ateliers éducatifs, en collaboration étroite avec les médecins généralistes, dont le rôle est prépondérant tant en amont qu'en aval. « *Notre objectif est d'aider nos jeunes patients et leur famille à prendre conscience des causes et des conséquences de leur excès de poids, pour construire avec nous les solutions adéquates à long terme* », explique le Pr. Bourguignon. Ce programme de prise en charge globale, auquel les familles s'engagent pour une période de quatre mois, vise à encourager les patients à transposer dans leur quotidien les comportements conseillés par l'équipe pluridisciplinaire. Une collaboration avec l'École de santé publique de l'ULg (Pr. M. Guillaume) permettra d'objectiver les résultats obtenus au fil des mois.

Unis contre la douleur

Dans le cadre de la Semaine européenne de la douleur, le centre de référence de la douleur chronique du CHU a monté en octobre dernier une exposition de sensibilisation. Trois vidéos présentaient au public une définition de la douleur chronique et de la douleur aiguë, les conséquences d'une douleur chronique sur la vie quotidienne du patient et de son entourage et les différentes prises en charge envisagées. Initiative heureuse, les organisateurs de l'exposition ont invité cinq artistes qui ont côtoyé le centre à dévoiler quelques-unes de leurs toiles, accompagnées de textes souvent poignants. Une manière originale de mettre des mots sur les maux du corps et du cœur. D'après une enquête récente, 38 % des Belges souffrent d'un problème de douleur chronique.



Chirurgie en direct

Deux chirurgiens, l'un du CHU, le Dr Thierry Defechereux, l'autre d'une clinique américaine de Cleveland, le Dr Eren Berber, ont réalisé en août dernier, depuis le Sart Tilman, une intervention de thyroïdectomie retransmise et commentée sur internet. Cette intervention a été réalisée à l'aide d'un bistouri à ultrasons, qui permet avec un seul instrument de couper les tissus et de coaguler les nombreux vaisseaux sanguins présents dans la glande. Le gain de temps offert par cette nouvelle technique est appréciable : la durée de l'opération est réduite de 50 %. Au CHU, l'équipe du service de chirurgie endocrine réalise chaque année un millier d'ablations de la thyroïde.

en bref...

Jogging d'Esneux

Avec 302 coureurs valides et 14 handbikers, la deuxième édition du jogging d'Esneux qui s'est tenue le 19 août dernier a remporté un franc succès. Non seulement le taux de participation a crû de manière spectaculaire, mais les recettes engrangées ont suivi la même courbe, notamment grâce à la participation du Fonds Hubert Lapaille. Ce Fonds fait chaque année un don à une association active dans l'aide aux personnes handicapées. Les quelque 7 500 euros de recettes nettes ont d'ores et déjà permis aux organisateurs de la manifestation, l'équipe du centre de revalidation du CHU d'Esneux, d'acquérir un projecteur et un écran, afin de permettre aux patients du centre d'organiser régulièrement des soirées cinéma. Outre une donation à Cap 48, les organisateurs prévoient d'affecter le reste des recettes à l'achat d'une chaise adaptée aux activités sportives et ludiques (handbike ou fauteuil de basket, par exemple), d'une table de ping-pong, de matériel pour la réparation des fauteuils roulants, voire d'un équipement spécial permettant à un tétraplégique d'utiliser un ordinateur. « *Tous nos bénéfices sont exclusivement destinés à nos patients. La plupart sont des personnes jeunes, hospitalisées pendant de longs mois. Les distractions conviviales et sportives que nous essayons de leur procurer améliorent sensiblement leur moral et facilitent la récupération de leur autonomie* », explique Christian Pirard, l'un des kinésithérapeutes à l'origine du jogging d'Esneux. « *Tous les membres de l'équipe soignante, ainsi que des patients et des anciens patients, se mobilisent bénévolement pour mener à bien cette manifestation.* »

A vos agendas

Les thèmes privilégiés par la prochaine édition du festival ImagéSanté, qui se tiendra en mars 2008, seront officiellement dévoilés lors d'une séance de prestige le 20 mars 2007 au cinéma Le Parc (Droixhe). En plus d'extraits des films primés en 2006, un film « grand public » sera projeté en avant-première. Vous y êtes cordialement invités. Pour de plus amples informations, ainsi que pour réserver vos places, consultez dès début février le site <www.imagesante.org>.

Imagerie numérique

Nous l'évoquions dans notre dernier numéro, le dossier médical informatisé (DMI) progresse à grands pas. Une nouvelle étape a été franchie le 1er décembre avec la disparition sur le site du Sart Tilman des clichés argentiques en imagerie viscérale : artériographie, scanners et échographies indiqués dans les pathologies abdominales, thoraciques et uro-gynécologiques. Les médecins traitants reçoivent depuis cette date les clichés sous forme digitale, sur un cd-rom comprenant le logiciel de lecture adéquat. Dès le 1er février 2007, c'est la neuroradiologie et la radiologie ostéo-articulaire qui passeront à l'ère numérique. Les autres unités d'imagerie, implantées aux Bruyères, à Esneux, au Brull et à Aywaille, connaîtront la même évolution au cours des mois suivants.

Médecine nucléaire

Le Pr. Roland Hustinx, nommé en 2004 à la tête du service de médecine nucléaire du CHU, vient d'obtenir la charge universitaire de médecine nucléaire.

Synthèse 2006

La première édition des rencontres médico-scientifiques organisées par le CHU s'est tenue le 14 octobre dernier. Destinée à mettre en lumière les contributions croisées scientifiques et cliniques typiques d'un hôpital universitaire, cette manifestation a accueilli 281 participants, dont 125 hors CHU. Les communications seront prochainement publiées dans un numéro spécial de la *Revue médicale de Liège*.

Le coût forfaitaire des médicaments par pathologie

Au 1er juillet 2006, un nouveau pas a été franchi dans la régulation des coûts hospitaliers, par l'attribution de coûts forfaitaires destinés à couvrir la thérapie médicamenteuse de la quasi totalité des pathologies traitées en lits aigus hospitaliers. Ces forfaits, établis sur base de la moyenne des coûts médicamenteux observée dans l'ensemble des hôpitaux belges pour chacune des pathologies concernées, touchent la plupart des classes pharmacologiques, à l'exception notamment de médicaments particulièrement coûteux utilisés dans des affections sévères ou destinés au traitement de situations pathologiques impliquant des coûts élevés mais sans liaison directe avec les causes de l'hospitalisation.

Cette réforme profonde du mode de facturation des médicaments pourrait entraîner une remise en question de certains protocoles, de choix de médicaments ou de certaines habitudes en matière de prescriptions pharmaceutiques dans les hôpitaux. Elle s'ajoute à d'autres mesures prises en matière de prescription (application de prix de référence, quotas de prescriptions peu onéreuses, prescription par DCI, etc.) qui pourraient affecter la transition de traitements médicamenteux tant du domicile vers l'hôpital que de l'hôpital vers le domicile. C'est pourquoi *CHUchotis* se propose de revenir plus longuement sur cette question dans un prochain numéro.

Détecter la conscience

Comment établir avec certitude si un patient cérébrolésé est plongé dans un état végétatif, dans un état de conscience minimale ou enfermé dans son corps par un *locked-in syndrom* ? Des résultats étonnants ont été publiés dans le numéro de septembre de *Science* par deux équipes scientifiques, l'une conduite par Adrian Owen, neuropsychologue à l'Université de Cambridge, l'autre par Steven Laureys, neurologue au CHU de Liège et chercheur qualifié du FNRS au centre de recherches du cyclotron de l'ULg. Ils ont découvert pour la première fois un moyen de détecter, sans aucun doute possible, une conscience préservée chez un patient pourtant diagnostiqué en état végétatif. Grâce à un scanner à résonance magnétique fonctionnelle, ils ont cartographié l'activité cérébrale d'une patiente britannique de 23 ans qui présentait tous les critères caractéristiques d'un état végétatif. A leur grande surprise, ils ont constaté qu'elle était capable de comprendre des instructions orales (s'imaginer jouer au tennis, en l'occurrence) et d'y répondre par son activité cérébrale, à défaut de paroles ou de gestes, ce qui confirme qu'elle était consciente d'elle-même et de son entourage. À l'avenir, d'autres travaux tenteront de savoir si cette technique peut être utilisée plus largement chez les patients diagnostiqués en état végétatif, voire conduire à une manière de communiquer avec des patients qui peuvent être conscients mais incapables de bouger et de parler.

Hypnosédation

Le Pr. Marie-Elizabeth Faymonville, responsable du centre de la douleur et pionnière de l'hypnosédation, vient de recevoir le prix Pierre Janet. Décerné cette année pour la première fois, ce prix récompense une personnalité francophone pour des travaux apportant une contribution scientifique ou clinique originale dans le domaine de l'hypnose. L'hypnosédation est une méthode anesthésique mise au point par le Pr. Faymonville au CHU de Liège, au début des années nonante, comme alternative à l'anesthésie générale.

Who's who ?

Pr. P. Coucke
Chef du service de radiothérapie
04 366 79 49
pcoucke@chu.ulg.ac.be

■ Philippe Coucke

Né à Gand en 1959, le Pr. Coucke a passé le plus gros de ces deux dernières années au Québec, où il dirigeait le service de radio-oncologie de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal. Diplômé de l'Université de Gand en 1984, il a terminé sa spécialisation de radiothérapeute en France, avant de partir pour Lausanne où il a pratiqué pendant un peu moins de quinze ans. Nommé le 1er octobre titulaire de la chaire de radio-oncologie de l'ULg, il vient de succéder au Pr. Jean-Marie Deneufbourg à la tête du service de radiothérapie du CHU de Liège.

Dans le cadre de ses nouvelles fonctions, la priorité du Pr. Coucke sera de mettre rapidement à niveau le plateau technique et de développer des technologies innovantes. La modulation d'intensité, par exemple, permet de distribuer l'irradiation de manière optimale, d'éviter les tissus sains et d'atteindre plus efficacement les régions tumorales potentiellement résistantes (hypoxie). La radiothérapie 4D, pour sa part, prend en compte une dimension supplémentaire par rapport à la radiothérapie utilisée jusqu'ici : celle des mouvements respiratoires, que l'on peut à présent modéliser pour y adapter le traitement. Philippe Coucke entend également relancer la radiothérapie stéréotaxique des tumeurs cérébrales, en collaboration avec le service de neurochirurgie.

Autre projet dans les cartons du nouveau chef de service : implémenter des études de phase 1 pour étudier la toxicité de l'association entre la radiothérapie et les nouvelles drogues, en partenariat avec les spécialistes de l'imagerie fonctionnelle. Enfin, il encouragera la standardisation des protocoles radiothérapeutiques utilisés dans les quatre hôpitaux partenaires (CHU, CHR, Saint-Joseph et Libramont), de manière à assurer au patient la même qualité de traitement quel que soit le lieu où il choisira de se rendre.

■ Patrick Massagé

L'équipe du Pr. Alain Carlier, dont les compétences en chirurgie de la main sont largement reconnues, compte un nouveau membre depuis le 1er octobre dernier : le Dr Patrick Massagé, engagé au CHU de Liège avec le titre de chef de clinique.

Né en Allemagne en 1962, Patrick Massagé a été diplômé en médecine par l'Université de Leuven en 1988. Il a exercé la médecine générale au sein de l'armée belge pendant quatre ans, avant de partir pour diverses missions humanitaires à travers le monde. C'est après une telle mission en Irak, à l'issue de la première guerre du Golfe, qu'il a décidé d'entreprendre une spécialisation en traumatologie. Son diplôme en poche (KUL, 1998), il a exercé au Centre des brûlés de Nederoverhembeek et au Gasthuisberg (UZ Leuven). Le Dr Massagé a quitté l'armée en 2005, puis suivi un *fellowship* en chirurgie de la main auprès du Pr. Carlier.

Le Dr Massagé entend mettre à profit, dans ses nouvelles fonctions, l'expertise qu'il a acquise dans la reconstruction du visage et des mains de grands brûlés à l'aide de substituts cutanés, une technologie de pointe appliquée depuis peu dans le domaine de la chirurgie de la main. Signalons à ce sujet qu'il a reçu en 2003 le prix Martin Ramlot pour la reconstruction des visages avec un derme artificiel. Le Dr Massagé compte également s'associer aux missions humanitaires développées par ses confrères, notamment au Vietnam et au Burkina Faso.

Dr P. Massagé
Chirurgie de la main
Service de chirurgie maxillo-faciale et plastique
04 366 84 76

Miser sur l'écoute

Empathique et rigoureuse à la fois, la médiatrice hospitalière du CHU est à l'écoute des patients qui le souhaitent. Une fonction instaurée en 2004 pour le plus grand bénéfice des patients, mais aussi des soignants.

Depuis bientôt trois ans, Caroline Doppagne exerce la fonction de médiatrice hospitalière pour le GIE « Pôle hospitalier liégeois » qui regroupe le CHU, le CHR de la Citadelle, le Bois de l'Abbaye et la clinique André Renard. La médiation des plaintes en milieu hospitalier a été créée en application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Comment la fonction a-t-elle évolué ? Quelles sont les plaintes les plus fréquemment formulées ?

Renouer le dialogue

Caroline Doppagne dégage deux grandes tendances. La première est l'augmentation du nombre de plaintes reçues par la médiation hospitalière – une augmentation à mettre au crédit d'une meilleure connaissance des possibilités de la médiation plutôt qu'à une baisse des performances des hôpitaux concernés. En 2004, 70 plaintes lui ont été adressées pour l'ensemble des quatre hôpitaux ; ce chiffre s'est élevé à 113 en 2005 ; en 2006, il devrait avoisiner les 130 (108 plaintes ayant été déposées au 1er novembre). Ce sont les médecins qui sont le plus fréquemment visés, le droit à des soins de qualité est le plus souvent invoqué.

La seconde tendance est relative aux attentes des patients. Plus que d'un accord financier, la majorité des plaignants semblent avoir besoin d'une oreille attentive. 25 % d'entre eux demandent une explication compréhensible de la part du praticien, 20 % s'adressent à la médiatrice pour être tout simplement entendus ou signaler un dysfonctionnement, 5 % souhaitent obtenir une copie de leur dossier médical. Même parmi les 50 % de plaignants qui avancent en priorité une attente d'ordre financier, la demande d'information et d'écoute est souvent présente.

« *Certaines personnes s'adressent à moi avant même d'avoir essayé de renouer par leurs propres moyens le dialogue avec les soignants* », explique Caroline Doppagne. « *Elles pensent que les médecins ne prendront pas le temps de les recevoir, de les écouter. Presque tous les patients que je reçois ressentent ce besoin d'être entendus et reconnus. Certains souhaitent simplement me faire part des épreuves qu'eux-mêmes ou un de leurs proches ont traversées, dans l'espoir qu'on puisse éviter, grâce à leur témoignage, que d'autres personnes subissent la même souffrance.* »

Indépendance et impartialité

Dans la plupart des cas, Caroline Doppagne reçoit les plaignants en consultation, sur rendez-vous. Chaque plainte fait l'objet d'un rapport résumant son objet, l'exposé et la chronologie des faits, ainsi que les attentes du patient. Le directeur médical de l'institution concernée est rapidement averti. Au CHU, c'est donc le Pr. Christian Bouffioux qui prend ensuite un premier contact avec le membre du personnel concerné et, selon les cas, transmet un rapport à la médiatrice ou lui conseille de rencontrer directement le soignant.

Une fois les deux parties entendues, en toute impartialité, le travail d'analyse suit son cours. Lorsqu'une erreur est avérée ou suspectée, la compagnie d'assurance prend le dossier en charge ; ce sont les conclusions de son expert qui seront déterminantes. Dans les autres cas, une rencontre en médiation peut être organisée, avec l'accord des deux parties, afin de restaurer le dialogue et de fournir les explications attendues. Aux protagonistes, alors, de parvenir à un accord. « *Le médiateur n'a pas le pouvoir de trancher* », précise Caroline Doppagne. « *Son rôle est de permettre aux deux parties de chercher ensemble une solution.* »

Au fil du temps s'est construite une véritable reconnaissance de la médiation hospitalière. Plutôt frileux au début, les soignants ont pris conscience des effets positifs de cette fonction dans l'amélioration du dialogue et la prévention des conflits. Il arrive même qu'ils contactent la médiatrice de leur propre chef, par exemple pour éviter qu'une situation s'envenime. Même constat du côté des plaignants, confiants quant à l'indépendance, la neutralité et le professionnalisme de la médiatrice.

Autre signe de reconnaissance de sa fonction, particulièrement apprécié par Caroline Doppagne : la création récente d'une association francophone des médiateurs des institutions de soins, l'AMIS. Cette association organise chaque année plusieurs rencontres thématiques ; en 2007 se déroulera une formation spécifique de quatre jours, financée par la Fondation Roi Baudouin. « *La possibilité de mettre nos expériences en commun est d'autant plus importante que nous travaillons seuls, sans collègues, et que nous sommes régulièrement confrontés à des situations douloureuses. Une formation continue adaptée, ainsi peut-être que des groupes de supervision, nous seraient vraiment utiles.* »

■ Au CHU du Sart Tilman, la médiatrice hospitalière reçoit les patients tous les mercredis de 9 à 12h, sur rendez-vous uniquement. Elle est joignable tous les jours par courriel (mediationhospitaliere.gie@skynet.be) ou par GSM (0498 31 11 12). Son intervention est gratuite.

Des chantiers tous azimuts

Le redéploiement multisite a aujourd'hui largement dépassé le stade des projets. De nombreux chantiers sont en cours, d'autres sont déjà achevés, d'autres encore sont sur le point de débuter. Si le site des Bruyères est particulièrement concerné, Esneux et le Sart Tilman ne sont pas en reste. Le point sur quelques nouveautés marquantes.

Vous n'avez pas manqué de le constater si vous vous rendez de temps à autre sur le site du CHU des Bruyères, les grands travaux programmés dans le cadre du plan multisite ont bel et bien débuté.

Un paysage profondément modifié

Le parking situé à l'entrée du site vient d'être considérablement agrandi, afin de compenser la perte des trois parkings qui étaient situés derrière l'étang. A la place de ceux-ci se préparent les fondations du nouveau bâtiment prévu pour abriter le service des urgences et celui de gériatrie. Les travaux de déboisement et de terrassement ont dégagé une surface impressionnante de 2350 mètres carrés, soit 350 de plus que la surface au sol de l'hôpital actuel.

Longé par le chemin d'accès au porche d'entrée, le chantier retient immanquablement l'attention des visiteurs. « *L'ampleur des travaux marque une rupture avec le passé de la clinique* », constate le Dr Bernard Bassleer, directeur médical adjoint, coordonnateur du site. « *Si la plupart des gens apprécient la modernisation des infrastructures, certains ressentent un léger pincement au cœur en voyant aussi profondément modifié le cadre dont ils avaient l'habitude.* » Le nouveau bâtiment, qui sera terminé en 2008, devrait cependant rallier à sa cause les plus nostalgiques.

Urgences et gériatrie

Au rez-de-chaussée, un plateau moderne de 2000 mètres carrés accueillera dans des conditions optimales le service des urgences, aujourd'hui à l'étroit dans ses 422 mètres carrés. Il a été conçu en intégrant les dernières normes architecturales, fonctionnelles et techniques propres aux services d'urgence spécialisés. Une desserte spécifique pourra recevoir simultanément trois ambulances, les enfants bénéficieront d'un circuit pédiatrique bien distinct de celui des adultes et, pour ces derniers, deux filières de soins seront destinées respectivement aux patients ambulants et aux patients admis sur civière. Dix salles d'examen, quatorze boxes de consultation, une salle de déchocage et plusieurs autres locaux affectés aux techniques de l'urgence (plâtres et sutures, notamment) permettront de recevoir les patients dans les conditions de sécurité, d'intimité et de confort psychologique indispensables dans ces moments difficiles.

Au premier étage, le service de gériatrie comprendra deux unités de trente lits, qui bénéficieront d'une équipe médicale et paramédicale renforcée et de locaux communs : salle à manger, espace de détente et de socialisation, salle de kinésithérapie, salle d'ergothérapie, local de logopédie, salle de revalidation, etc. Le regroupement aux Bruyères des lits gériatriques aujourd'hui installés à Esneux et au Sart Tilman permettra de répondre plus efficacement aux besoins croissants de la gériatrie, discipline en plein essor qui exige des soins de plus en plus spécifiques et de plus en plus lourds.

Revenons au présent – et aux parkings. Si l'aménagement définitif du parking principal ne sera réalisé qu'à l'issue du chantier de construction, avec notamment une gare d'autobus destinée à faciliter l'accès au site, six emplacements réservés aux personnes handicapées viennent

d'être redessinés devant le château, à proximité de l'entrée de l'hôpital. Le personnel, pour sa part, bénéficie déjà d'un nouveau parking installé derrière le château.

Pédiatrie et néonatologie

Les travaux entrepris ne se cantonnent pas à l'extérieur des bâtiments. Au troisième étage de l'aile A, d'importants travaux ont été entrepris pour créer un service de pédiatrie flambant neuf (23 lits), répondant aux normes d'architecture hospitalière pédiatrique. Chaque chambre comprend un lit et une salle de douche pour le parent qui accompagne le jeune patient. Cinq chambres sont spécialement conçues pour les enfants de moins de trois ans. École, espace de jeux et espace de vie pour les familles : tout est prévu pour accueillir les enfants dans un cadre sécurisant et agréable.

Ces travaux sont aujourd'hui terminés, mais les premiers petits patients ne seront accueillis dans l'unité que dans le courant du mois de décembre. Pendant quelques semaines, en effet, ce sont les jeunes mamans et leur bébé qui profitent provisoirement des nouvelles installations, le temps de réaliser les finitions nécessaires suite aux transformations effectuées dans la maternité. Le service d'obstétrique vient d'être adapté architecturalement pour accueillir les six lits de néonatologie «N*» auparavant hébergés en pédiatrie. Cette intégration de la néonatologie dans la maternité permet aux nouveau-nés qui nécessitent une surveillance pédiatrique de rester à proximité immédiate de leur mère, une proximité essentielle pour l'établissement du lien précoce mère-enfant et la réussite de l'allaitement.

Enfin, dès que l'unité de pédiatrie hospitalière sera transférée dans ses nouveaux locaux, la phase suivante des travaux de rénovation pourra commencer dans l'espace libéré au quatrième étage, où seront installés la polyclinique et l'hôpital de jour pédiatriques.

« *Les différents chantiers ouverts sur le site des Bruyères sont conduits de manière très sérieuse* », se réjouit le Dr Bassleer. « *Les ouvriers semblent parfaitement conscients de la nécessité de préserver autant que possible le confort acoustique des patients, par exemple. Même dans les chambres situées à l'avant du bâtiment, les patients ne sont pas incommodés par les travaux.* »

Revalidation neurologique

Au CHU d'Esneux, vingt lits de chirurgie viennent d'être reconvertis en autant de lits de revalidation neurologique, qui viennent s'ajouter aux vingt lits de revalidation locomotrice. Ouverte le 1er octobre, cette salle connaît déjà un beau succès, avec un taux d'occupation optimal. Si les séjours sont généralement moins longs qu'en revalidation locomotrice, ils durent tout de même un à deux mois, voire beaucoup plus dans certains cas. La présence régulière au sein de l'unité d'un neurologue spécialisé représente indéniablement un atout pour la prise en charge de ces patients atteints d'une pathologie neurologique à la suite d'un AVC, d'un traumatisme ou d'une sclérose en plaque, par exemple.

Le Dr Dominique Dive, neurologue responsable de la supervision de la nouvelle salle, intensifiera sa présence à Esneux dans le courant du premier trimestre 2007. Il entend notamment développer, en plus de l'hospitalisation, une filière ambulatoire spécifiquement adaptée aux patients souffrant de sclérose en plaque. Dans ce cadre, une intensification des contacts entre les généralistes et les physiothérapeutes sera la bienvenue, afin de promouvoir l'intégration des soins de proximité lors du retour à domicile.

Unité stérile

Enfin, au Sart Tilman, c'est l'unité stérile qui a été rénovée de fond en comble. Ouvertes début septembre, sept nouvelles chambres offrent aux patients un confort et une intimité accrus. Plus grandes, plus lumineuses – elles bénéficient enfin d'une fenêtre –, les chambres sont équipées d'une salle de bain confortable, d'un frigo, d'une télévision à écran plat et d'un lecteur de DVD. « *C'est important pour nos patients, qui restent parfois confinés dans leur chambre pendant un mois ou deux* », explique le responsable de l'unité, le Pr. Yves Beguin. D'ici la fin de l'année, des connexions internet et des ordinateurs portables seront en outre mis à la disposition des patients.

Les consignes strictes en matière d'hygiène ont été assouplies, tout en préservant les conditions de stérilité et de sécurité essentielles dans une telle unité. « *La qualité de l'air est comme par le passé assurée par un système de filtration performant, et nous insistons plus encore sur l'importance du lavage des mains, tant auprès du personnel qu'auprès des visiteurs* », précise le Pr. Beguin. « *Pour le reste, les mesures imposées sont moins contraignantes. Il n'est plus nécessaire de passer sous la douche ni de s'équiper de pied en cap. Un simple passage au vestiaire suffit, afin d'enfiler un masque, un jogging de salle d'op et de changer de chaussures.* » Cette simplification des procédures allège les visites, tant de la famille que du médecin traitant. Autre amélioration notable, très appréciée des familles, un parent peut à présent passer la nuit au chevet de son enfant hospitalisé.

De la lumière plein les yeux

Un bain de lumière pour lutter contre le blues hivernal : les bienfaits de la luminothérapie sont aujourd'hui amplement démontrés. Une paire de lunettes très particulière vient d'être commercialisée à cet effet par une spin off de l'Université de Liège. Elle a été conçue par le Pr. Poirrier, neurologue et responsable du laboratoire du sommeil du CHU, en collaboration avec une équipe d'ingénieurs de l'ULg.

Pr. R. Poirrier
Centre d'étude des troubles de l'éveil et du sommeil
04 366 85 65
robert.poirrier@chu.ulg.ac.be

Certains de vos patients se plaignent d'entrer en hibernation dès l'arrivée de la mauvaise saison ? Fatigue, somnolence diurne, manque d'énergie, moral dans les talons, consommation accrue de café, d'aliments sucrés, de chocolat et d'alcool, prise de poids, difficultés de concentration, diminution de la libido : c'est le blues hivernal, qui touche un grand nombre de personnes, environ 15 à 20 % de la population. On estime que le manque saisonnier de lumière et son corollaire, la sécrétion en excès de « l'hormone du sommeil », la mélatonine, peuvent aller jusqu'à provoquer de véritables troubles dépressifs chez un Belge sur vingt.

Ce syndrome affectif saisonnier est dû à des perturbations de l'horloge biologique interne, qui régule les variations de la température corporelle, la fréquence cardiaque, la vigilance, l'humeur, les activités cognitives et bien d'autres paramètres physiologiques. Dans un bureau bien éclairé, l'intensité lumineuse ne dépasse pas 500 lux, cinq fois moins que le minimum nécessaire pour « remettre à l'heure » nos rythmes biologiques circadiens.

Depuis quelques années maintenant, le remède est bien connu : la photothérapie, ou luminothérapie. Il s'agit tout simplement de baigner les patients dans une lumière blanche de forte intensité au moment où leur horloge biologique est le plus sensible, le matin.

On n'arrête pas le progrès

Trois années de recherches appliquées en luminothérapie menées à l'Université de Liège avec le concours de la Région wallonne ont abouti à la création de la société liégeoise Lucimed. C'est le Pr. Robert Poirrier, responsable au CHU du centre d'étude des troubles de l'éveil et du sommeil (Cétes), qui a donné l'impulsion nécessaire. Ce neurologue avait déjà mis au point, voici quelques années, un casque à visière lumineuse d'une intensité de 10 000 lux, plus pratique que les écrans de lumière précédemment utilisés. Développé en collaboration avec la firme Schréder, ce casque permettait aux patients de consommer leur dose quotidienne de lumière blanche tout en vaquant à leurs occupations matinales, sans rester immobilisés devant un écran de luminothérapie.

© Belpress.com (M. Fautsch)

Une étape supplémentaire vient d'être franchie avec la commercialisation par Lucimed, depuis septembre dernier, de lunettes plus légères

et plus ergonomiques que le casque, dont le poids et le volume pouvaient être inconfortables. Pour miniaturiser le dispositif, les chercheurs du laboratoire Hololab de l'institut de physique de l'ULg ont exploité les dernières innovations de la photonique et des nanotechnologies. Une lentille diffractive condense vers la pupille la lumière émise par une source placée dans la monture, en dehors du champ de vision du patient. Cette lentille est posée sur un support formant l'écran panoramique de la paire de lunettes. Elle est constituée d'une mince couche de résine présentant un microrelief obtenu par un procédé d'enregistrement holographique. Les huit diodes électroluminescentes miniaturisées sont alimentées par une pile rechargeable logée dans une des branches des lunettes, avec une autonomie d'une heure.

Efficacité thérapeutique

Contrairement aux autres appareils de luminothérapie, cette « Luminette » permet à la lumière de pénétrer dans l'œil selon un angle naturel, comme le soleil, et d'atteindre la zone de la rétine la plus favorable au traitement, quelle que soit la position de la tête ou des yeux. La combinaison du système holographique diffractif et des diodes génère une répartition uniforme de la lumière sur les lunettes et augmente de façon considérable le nombre de rayons lumineux passant par la pupille, tout en maintenant une vision confortable. Avec un éclairement de 2 000 lux sur la cornée, ce dispositif offre les mêmes effets thérapeutiques que les écrans de 10 000 lux, sans éblouissements désagréables.

Last but not least, la Luminette peut se porter sur des lunettes correctrices et son coût, quoique non négligeable (380 euros) est inférieur à celui des écrans et des casques de luminothérapie. Le succès ne s'est pas fait attendre : en deux mois à peine, quelque 3 000 Luminettes ont déjà été vendues. Lucimed ne compte pas s'arrêter en si bon chemin. Des demandes de brevets ont été déposées pour le Canada, les États-Unis et l'ensemble des pays européens ; des négociations sont d'ores et déjà en cours avec plusieurs distributeurs potentiels.

Des indications nombreuses

La luminothérapie ne s'adresse pas uniquement aux patients atteints d'une dépression saisonnière. Elle est également administrée pour renforcer les effets des antidépresseurs lors du traitement d'autres types de dépressions, réguler les troubles du sommeil de la personne âgée, traiter la fatigue, les insomnies, les avances ou les retards de phase du sommeil, aider les patients souffrant de la démence d'Alzheimer à maintenir des cycles circadiens réguliers, voire prévenir les risques de rechute après un sevrage alcoolique.

Les travailleurs de nuit ou à pauses variables et les grands voyageurs, hommes d'affaires ou sportifs souffrant du décalage horaire, sont également concernés.

Signalons toutefois qu'une promenade matinale d'une heure présenterait les mêmes avantages qu'une séance de luminothérapie, même par mauvais temps : l'intensité de la lumière du jour est généralement sous-estimée par rapport à l'éclairage artificiel. Bonus non négligeable, cette solution économique offre en outre tous les bienfaits, notamment sur le plan cardiovasculaire, d'une activité physique régulière !

www.lucimed.com
www.luminette.be

Photos Luminettes : © Special Medical Diet - Forum Media Production

Quizz

Répondez à quelques questions et gagnez une Luminette d'une valeur de 380 euros

■ *Les rythmes circadiens ne concernent que les mammifères.*
☐ vrai ☐ faux

■ *L'unité d'éclairement est le :*
☐ lumen ☐ lux ☐ candela

■ *C'est la longueur d'onde correspondant à la lumière bleue qui permet de stopper la sécrétion de mélatonine.*
☐ vrai ☐ faux

■ *Le mode d'action de la luminothérapie passe essentiellement par les yeux, mais également par la peau.*
☐ vrai ☐ faux

■ *Le noyau suprachiasmatique agit sur l'hypothalamus, l'hypophyse et l'épiphyse.*
☐ vrai ☐ faux

■ *Une séance de luminothérapie à midi présente peu d'effets.*
☐ vrai ☐ faux

■ *Pour préparer un vol transméridien vers l'ouest, les séances de luminothérapie seront appliquées le matin.*
☐ vrai ☐ faux

Communiquez-nous vos réponses à l'adresse ci-dessous, avant le 31 décembre 2006 à minuit (par courriel ou par courrier postal), en indiquant lisiblement vos nom et coordonnées (adresse postale, téléphone, adresse électronique) :

CHU de Liège
Service Communication
Domaine universitaire
du Sart Tilman - B 35
4000 Liège

service.communication@chu.ulg.ac.be

Un tirage au sort départagera les personnes ayant réalisé un parcours sans faute.

1987 – 2007 le CHU fête ses 20 ans

Vingtième anniversaire du CHU de Liège, l'année 2007 s'annonce particulièrement festive. Congrès, colloque, exposition, fêtes, concerts et manifestations diverses animeront les prochains mois. CHUchotis sera bien sûr de la partie, avec une série d'articles évoquant les débuts de l'hôpital, ses déboires, ses succès et ses spécificités.

D'après l'ouvrage (à paraître) rédigé par le Pr. Fernand Bonnet, directeur médical honoraire, à l'occasion du vingtième anniversaire du CHU de Liège.

Déjà vingt ans, s'étonneront peut-être certains nostalgiques. Vingt ans seulement, se récrieront d'autres, avec l'impression tout à fait justifiée d'être « sur le pont » depuis bien plus longtemps. C'est qu'avant d'ouvrir ses portes sur les hauteurs de Liège, le CHU a connu une gestation longue de plus d'un quart de siècle. Sans oublier que l'actuel Centre hospitalier universitaire n'a pas surgi par génération spontanée : il est né des cendres de l'ancien hôpital de Bavière.

Mise au vert

C'est le 8 juin 1960, deux ans après l'acquisition par le recteur Marcel Dubuisson des 172 hectares destinés au futur campus, que le conseil d'administration de l'ULg décida d'installer au Sart Tilman l'hôpital universitaire, à l'étroit sur le site de Bavière. Une décision bien dans l'air du temps : à l'époque, nombre de nouveaux hôpitaux s'érigeaient en périphérie de villes comme Bruxelles, Charleroi, Bruges ou Anvers.

Liège rejoignait ainsi les autres universités belges, qui avaient choisi de construire leur propre hôpital académique, indépendamment des établissements gérés par les commissions d'assistance publique de leur commune. Rappelons que jusqu'à la première moitié du XXe siècle, tous les hôpitaux académiques du pays étaient administrés conjointement par les universités et les CAP (rebaptisées CPAS en 1976). Cette prise d'autonomie des deux anciens partenaires aboutira à la naissance des deux plus grands établissements hospitaliers liégeois, le CHU et le CHR de la Citadelle.

Les premières études architecturales et de programmation hospitalière débutèrent en 1962. Présenté en 1967, le projet initial comportait six tours articulées autour d'un bloc central, pour une capacité totale de 1 100 lits. Les terrassements furent terminés en 1971, la première tour de l'institut de pathologie occupée dès 1975, le gros œuvre fermé des deux tours d'hospitalisation et du bloc central achevé en 1980.

De Charybde en Scylla

Vingt ans après la décision d'installer l'hôpital académique au Sart Tilman, pas un seul lit n'avait encore quitté Bavière ! Cette lenteur était essentiellement due aux difficultés de financement et de gestion rencontrées par l'ULg. Le doyen de la faculté de médecine, R. Lambotte, prit alors une série de décisions destinées à accélérer l'exécution des travaux et à préparer les organes de fonctionnement du futur hôpital. Mais il n'était pas encore au bout de ses peines.

En 1982, une réforme hospitalière visant à endiguer l'ouverture de nouveaux lits mit en péril le projet du CHU. Un accord conclu avec la Communauté française réduisit finalement sa capacité à 609 lits... moyennant la fermeture compensatoire d'autant de « lits physiques », dont le futur hôpital ne disposait évidemment pas, bien qu'aient été attribués à l'ULg 935 « lits universitaires », nouvellement définis comme une simple étiquette apposée sur les lits physiques consacrés à l'enseignement. Lorsque Paul Franchimont fut élu au décanat en 1984, il s'attela à la tâche, négociant la reprise des 188 lits de l'hôpital d'Ougrée et la cession par le CPAS de 421 lits de l'hôpital de Bavière. La programmation est affinée, le budget nécessaire octroyé. « Adopté » par la Communauté française, le CHU pouvait voir le jour.

Mais que faire des « étiquettes universitaires » en surnombre ? Sur quels lits physiques les apposer ? Cette question fut à l'origine de l'implantation de services universitaires dans d'autres hôpitaux de la région (CHR, Bois de l'Abbaye et Montegnée). Une option *a priori* étonnante, mais bénéfique à la fois pour le CHU, qui conservait ainsi la possibilité de développer certains secteurs, et pour les institutions associées, l'étiquette universitaire conférant un avantage sérieux en termes de normes de personnel et de prix de journée.

Le bout du tunnel

L'hôpital du Sart Tilman fut enfin inauguré le vendredi 13 décembre 1985, en présence notamment du ministre de la santé publique, Jean-Luc Dehaene, et du recteur Arthur Bodson, nouvellement élu. A cette époque, dix postes d'hémodialyse (en mai) et 250 premiers lits d'hospitalisation (à partir de fin septembre) y avaient déjà été transférés de

La construction de l'hôpital du Sart Tilman dura de longues années... autant que sa durée de vie depuis son autonomie en 1987.

l'hôpital de Bavière. Les premiers services concernés furent l'urologie, la néphrologie et la dermatologie.

C'est toutefois en 1987 – le 1er avril – que l'existence à part entière du CHU fut actée par la publication au Moniteur belge de l'arrêté royal lui accordant l'autonomie souhaitée tant par ses responsables que par l'Université de Liège, laquelle aspirait de longue date à se séparer juridiquement de son appendice hospitalier. C'est également en 1987 que les derniers lits de Bavière, réservés aux affections les plus graves, furent accueillis au Sart Tilman. Seules les policliniques subsistèrent au centre ville.

Le premier conseil d'administration, présidé par Arthur Bodson, fut constitué le 6 mai. Paul Franchimont devint le premier administrateur délégué de l'hôpital, tandis que Fernand Bonnet, qui avait suivi de très près la conception du Sart Tilman, était désigné au poste de médecin en chef.

Viser l'excellence

Les esprits enclins à la superstition verront peut-être dans les deux dates inaugurales du CHU – un vendredi 13 et un 1er avril ! – l'origine des difficultés financières qui marquèrent sa première décennie d'existence. Ces heures sombres sont pourtant le lot de la plupart des grands hôpitaux à leurs débuts.

De 1991 à 2001, sous la houlette énergique de son administrateur délégué, Georges Bovy, et de son président, Jean Sequaris, le CHU vécut une phase de redressement financier, mais également d'élargissement avec l'acquisition de l'hôpital d'Esneux et l'accord de fusion avec la clinique Notre-Dame des Bruyères. Une politique d'investissement adaptée à l'évolution rapide des techniques médicales, ainsi que le souci d'améliorer la qualité dans les multiples aspects de l'activité hospitalière, contribuèrent à accroître les performances du jeune hôpital.

Dès 2002, c'est une nouvelle ère qui commence. Le CHU a atteint une capacité totale de 955 lits, sa santé financière est bonne. Il est temps de penser à son avenir : comment inscrire l'hôpital universitaire dans la médecine de demain ? Comment mettre en valeur ses spécificités, tout en tenant compte de l'évolution de la politique des soins de santé ?

Le contrat organisationnel et stratégique (COS) élaboré à l'initiative du troisième administrateur délégué du CHU, Pol Louis, vise la qualité totale. Il dégage plusieurs projets prioritaires à mener à bien d'ici 2009, avec un leitmotiv : c'est vers le patient que doivent converger tous les efforts. Redéploiement multisite, accueil du patient, informatisation et bien d'autres projets sont portés au cœur de l'institution par des équipes pluridisciplinaires. Rendez-vous en 2017 pour la suite de l'histoire, lorsque le CHU de Liège fêtera son trentième anniversaire...

La préparation magistrale en Belgique

La préparation magistrale reste une nécessité thérapeutique, même si elle n'intervient que pour un faible pourcentage des médicaments délivrés en officine. Un nouveau formulaire est consacré aux préparations pour application cutanée.

Par le Pr. Luc Delattre
Laboratoire de technologie pharmaceutique
Département de pharmacie ULg
04 366 43 00
L.Delattre@ulg.ac.be

La prescription de préparations magistrales, pour diverses raisons, a fortement régressé depuis de nombreuses années, au point de quasi disparaître de la médecine ambulatoire dans certains pays. Toutefois, un courant contraire semble être maintenant amorcé avec la mise à jour régulière, notamment en Allemagne et aux Pays-Bas, de formulaires décrivant la composition de préparations magistrales et leur mode de préparation. De nouveaux formulaires de préparations magistrales ont été récemment publiés en Espagne, au Portugal et en Italie.

Ce regain d'intérêt se manifeste également aux États-Unis, dont la Pharmacopée reprend depuis quelques années un chapitre spécial, intitulé « *Pharmaceutical compounding* », indiquant une résurgence de la préparation magistrale en réponse à la non disponibilité de certaines formes galéniques d'administration de substances actives et de certains dosages adaptés à des catégories particulières de patients.

Préparations magistrales à usage dermatologique

En Belgique, la première édition du Formulaire Thérapeutique Magistral (FTM) est entièrement consacrée aux préparations pour application cutanée. Parmi les disciplines médicales, la dermatologie prescrit plus souvent des préparations magistrales et, dès lors, il était logique de donner la priorité à la préparation de médicaments magistraux à usage dermatologique.

Avant de commencer les travaux de la commission chargée d'élaborer un nouveau formulaire magistral, il fut décidé de rencontrer trois critères : l'intérêt thérapeutique, l'avantage socio-économique et la qualité pharmaceutique à tous les niveaux des préparations décrites dans le FTM.

Un système de qualité

La qualité commence avec la validation sur le plan thérapeutique : toutes les formules décrites dans le FTM ont été développées en collaboration avec des professeurs de dermatologie d'universités belges, qui ont aidé à la sélection des substances actives, des véhicules et des préparations qui en renferment, en se basant sur leur efficacité thérapeutique. Ces formules ont également été évaluées quant à leur coût par rapport à des spécialités correspondantes, si elles existent.

Après la sélection des formules selon les deux premiers critères, l'étape suivante fut leur validation sur les plans galénique et analytique : cette étape fut menée en collaboration avec tous les laboratoires de pharmacie galénique et d'analyse des médicaments des universités belges.

Les études galéniques et analytiques ont abouti à la proposition de compositions particulières et à la validation des méthodes de préparation ; des garanties supplémentaires ont été apportées par des études de stabilité sur les préparations renfermant des substances actives labiles et par l'organisation de plusieurs tests circulaires (« ring tests ») destinés à vérifier la faisabilité des méthodes de préparation et à contrôler la conformité des préparations aux normes analytiques des Pharmacopées. Plusieurs centaines de pharmaciens d'officine ont participé à trois « ring tests » au cours des dernières années.

La mise en application d'un système de qualité appartient à la nouvelle tendance dans la préparation magistrale en Belgique. Cela signifie la qualité à tous les niveaux tant dans les locaux et équipements nécessaires que dans les matières premières et la préparation finale, jusqu'à sa traçabilité.

Une version électronique en chantier

Pour rester efficace, le FTM sera mis à jour régulièrement en révisant les monographies existantes, en supprimant des formules obsolètes et en insérant de nouvelles formules rencontrant des besoins thérapeutiques.

Deux versions du FTM ont été publiées en néerlandais et en français à la fin de l'année 2003 : un formulaire pour les pharmaciens comprenant environ 400 pages et décrivant près de 70 préparations pour application cutanée et, parallèlement, une version abrégée pour les médecins, davantage orientée sur les indications thérapeutiques des préparations.

Une version électronique avec un moteur de recherche est en chantier et les derniers chapitres consacrés aux autres classes thérapeutiques devraient être terminés à la fin de 2007.

Rimonabant : d'une pierre deux coups ?

Premier représentant d'une nouvelle classe de médicaments, le rimonabant suscite actuellement un grand intérêt. Cette molécule innovante semble efficace tant pour lutter contre l'excès pondéral que pour traiter les facteurs de risque cardiométabolique chez les patients atteints de diabète de type 2.

Le programme d'essais cliniques RIO *(Rimonabant in Obsesity)* concerne plus de 6 600 patients obèses ou en surpoids à travers le monde. Il est subdivisé en quatre études de phase III, aujourd'hui terminées. Les résultats de la dernière d'entre elles, *RIO-Diabetes*, viennent d'être publiés dans *The Lancet* par son investigateur principal, le Pr. André Scheen, chef du service de diabétologie, nutrition et maladies métaboliques et responsable de l'unité de pharmacologie clinique du CHU de Liège.

Des résultats encourageants pour les diabétiques de type 2

Cette étude a montré qu'une dose quotidienne de 20 mg de rimonabant corrigeait de façon significative le poids, la glycémie sanguine, les taux de cholestérol-HDL et de triglycérides, de même que la pression artérielle et le tour de taille. « *La réduction de ces différents facteurs de risque cardiométabolique est très encourageante pour les patients obèses ou en surpoids atteints de diabète de type 2* », commente le Pr. André Scheen. « *Les complications cardiovasculaires sont en effet responsables d'une large part des décès liés au diabète. Jusqu'à aujourd'hui, la plupart des médicaments prescrits pour traiter le diabète de type 2 entraînent une prise de poids, ce qui diminue les bénéfices du traitement.* »

En Belgique, une personne sur vingt serait diabétique, dont la moitié sans le savoir. L'augmentation spectaculaire de l'incidence du diabète de type 2 est clairement liée à celle de l'obésité et de la surcharge pondérale.

Une action sélective

Comment fonctionne cette molécule innovante ? En bloquant sélectivement les récepteurs cannabinoïdes de type 1, le rimonabant permet de réduire la suractivité du système endocannabinoïde, lequel joue un rôle important dans la régulation de la prise de nourriture, l'équilibre énergétique, ainsi que dans le métabolisme du sucre et des graisses.

Les différentes études du programme RIO ont démontré que le rimonabant exerçait une partie de ses effets métaboliques favorables indépendamment de la perte de poids, ce qui plaide pour une action directe du médicament sur certains organes cibles comme le tissu adipeux, le foie, le muscle, etc.

Cet été, la Commission européenne a autorisé sa mise sur le marché dans les vingt-cinq États membres. L'indication officielle est le traitement, en appoint du régime et de l'activité physique, des patients en surpoids ou obèses présentant des facteurs de risque cardiovasculaire comme le diabète de type 2 et certaines anomalies des graisses dans le sang.

■ *A lire*

- *Scheen A.J., Van Gaal L.F., « Le diabète de type 2 au cœur du syndrome métabolique : plaidoyer pour une prise en charge globale »*, Revue médicale de Liège, 2005, 60, 566-571.
- *Van Gaal L.F., Scheen A.J. et coll., « Effects of the cannabinoid-1 receptor blocker rimonabant on weight reduction and cardiovascular risk factors in overweight patients: 1-year experience from the RIO-Europe Study »*, The Lancet, *April 16, 2005, 365, 1389-1397.*
- *Dormandy J.A., Lefèbvre P.J., Scheen A.J. et coll., « Secondary prevention of macrovascular events in patients with type 2 diabetes in the PROactive Study: a randomised controlled trial »*, The Lancet, *October 8, 2005, 366, 1279-1289.*
- *Scheen A.J., Finer N., Hollander P., Jensen M.D., Van Gaal L.F., « Efficacy and tolerability of rimonabant in overweight or obese patients with type 2 diabetes: a randomised controlled study »*, The Lancet, *November 11, 2006, 368, 1660-1672.*

Pr. A. Scheen
Chef du service de diabétologie, nutrition et maladies métaboliques
04 366 72 38
andre.scheen@chu.ulg.ac.be

Améliorer le pronostic cardiovasculaire

André Scheen et Pierre Lefèbvre, professeur émérite de la faculté de médecine de l'ULg et président de la Fédération internationale du diabète, ont également publié dans *The Lancet*, il y a un an, les résultats d'une importante étude menée sur un antidiabétique oral, commercialisé en Belgique sous la dénomination Actos.

Pour la première fois, cette étude démontrait les effets bénéfiques d'une molécule d'une nouvelle classe thérapeutique, la pioglitazone, dans la réduction du risque cardiovasculaire chez les patients diabétiques de type 2. Destinée à améliorer l'action de l'insuline au niveau musculaire, la pioglitazone exerce en outre une action positive sur le bilan lipidique et sur l'inflammation de la paroi artérielle. Elle améliore significativement le pronostic cardiovasculaire et réduit le besoin d'ajouter une insulinothérapie au traitement oral.